Agence de la santé publique du Canada
Public Health Agency of Canada

Test de dépistage du VIH et la consultation : **Politiques en transition?**

Rapport de recherche rédigé pour le Dialogue international sur la santé publique concernant les tests de dépistage du VIH et la consultation

Toronto, le 17 août 2006

Canada

Cette publication peut être reproduite par des agences ou des individus à l'extérieur de l'administration fédérale s'ils demandent une autorisation au préalable par écrit.

Pour obtenir des copies supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Centre canadien d'information sur le VIH/sida
1565, avenue Carling, bureau 400
Ottawa (Ontario) K1Z 8R1
Téléphone : 1-877-999-7740

Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2007

Cat.: HP40-12/2007

ISBN: 978-0-662-49711-0

Test de dépistage du VIH et la consultation : **Politiques en transition?**

Rapport de recherche rédigé pour le Dialogue international sur la santé publique concernant les tests de dépistage du VIH et la consultation

Toronto, le 17 août 2006

REMERCIEMENTS

L'Agence de la santé publique du Canada aimerait remercier le Forum for Collaborative HIV Research d'avoir préparé le présent document pour le Dialogue international sur la santé publique concernant le test de dépistage du VIH et la consultation.

L'Agence aimerait également remercier les membres suivants du comité directeur qui ont fourni de précieux commentaires sur le présent rapport :

Dre Veronica Miller, Forum for Collaborative HIV Research

Dre Françoise Hamers, Centre européen de prévention et de contrôle des maladies

Dr Anindya Chatterjee, ONUSIDA

Mme Seema Paul, ONUSIDA

Représentants de l'Agence de la santé publique du Canada

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements ..... **ii**

Introduction **1**

SECTION UN
Contexte historique et comment nous sommes arrivés là où nous sommes maintenant **3**

Aperçu 3

Bref historique des politiques en matière de dépistage du VIH et de la consultation 5

Quarantaine et isolement 7
Déclaration obligatoire 7
Surveillance et déclaration des cas 7
Recherche des contacts et notification des partenaires 8
Confidentialité 8
Dépistage 8
Test de dépistage obligatoire 9
Consentement éclairé 9
Stigmatisation et discrimination 10
Divulgation de la séropositivité 10
Exceptionnalisme du sida 11

Politiques actuelles et nouvelles approches 11

Législation sur le test de dépistage du VIH 15

Barrières sociales et structurelles du dépistage et de la consultation 16

Historique : diverses réactions nationales 21

Suède 21
Grande-Bretagne 21
États-Unis 22

Surveillance du sida 22
Dialogue avec les collectivités à risque 23
Test de détection des anticorps du VIH volontaire, y compris un test anonyme 23
Notification des partenaires 23
Opposition au dépistage et à la consultation 23
HIV Prevention Community Planning Councils 24
Prévention de la contamination 24

Canada 25

Réaction nationale 25
Services de dépistage et de consultation 26
Test de dépistage et consultation anonymes 27
Dépistage et consultation périnatals 29
Technologies de dépistage rapide 31

Cuba 31

SECTION DEUX
Que sait-on du nombre de personnes qui ne savent pas qu'elles sont infectées par le VIH 33

Aperçu 33

Estimations mondiales 33

Utilisation d'estimations dans la surveillance 34

Méthodes utilisées pour évaluer le nombre de personnes qui ne savent pas qu'elles sont infectées par le VIH 35

Estimations par pays 35

Canada 35
Cuba 36
Pays de l'Union européenne 36
États-Unis 36

SECTION TROIS
Politiques mises en pratique : faire face aux enjeux en 2006 39

Aperçu 39

Approches s'adressant aux groupes particuliers de la population 40

Femmes sexuellement actives 40
Jeunes 43
Utilisateurs de drogues injectables 43
Hommes ayant des relations avec d'autres hommes 45
Hommes appartenant à une minorité ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes 46
Transgendéristes et transsexuels 47
Collectivités autochtones, Premières nations et Indigènes 48
Personnes appartenant à des minorités ethniques et raciales 49
Personnes habitant dans des collectivités rurales 49
Migrants, réfugiés et personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays 50
Personnes atteintes d'une maladie mentale 51

Expériences vécues de gens vivant avec le VIH 52

Service de dépistage et de consultation 52
Problèmes des personnes vivant avec le VIH 53
Technologies de dépistage rapide 55

Nous aborderons maintenant les nouvelles technologies et méthodes qui permettent d'accroître la proportion de gens qui reçoivent des services de dépistage et de consultation, y compris les technologies de dépistage rapide, comme le dosage d'amplification d'acide nucléique ainsi que le dépistage et la consultation à l'initiative du prestataire. 55

Description et utilisation 57

Résultats négatifs 57
Confirmation des résultats positifs 57
Assurance de la qualité 57
Consultation, confidentialité et consentement éclairé 58
Dépistage au point de service ou à domicile 58

Avantages 58
Recours accru 58
Taux inférieur de patients qui ne reviennent pas chercher leurs résultats 59
Utilisation dans des établissements à faibles ressources des programmes de sensibilisation communautaires 59
Confiance des clients à l'égard des résultats du test 59
Enjeux 59
Consultation, confidentialité et consentement éclairé 59
Véritable consentement éclairé sous la contrainte 60
Assurance de la qualité 60
Capacité du personnel 60
Nouvelles approches à l'égard du dépistage et de la consultation 60
Détection des infections aiguës à l'aide du test d'amplification de l'acide nucléique 60
Utilisation des tests rapides dans les programmes de sensibilisation communautaires 61
Description et utilisation 61
Avantages 61
Enjeux et préoccupations 62
Dépistage et consultation à l'initiative du prestataire 62
Description et utilisation 62
Acceptation de l'offre ou refus des services de dépistage et de consultation à l'initiative du prestataire 63
Avantages des services de dépistage et de consultation à l'initiative du prestataire 63
Enjeux et préoccupations au sujet des services de dépistage et de consultation à l'initiative du prestataire 65
SECTION QUATRE
Incidence des méthodes de consultation et de dépistage sur le changement de comportement et la réduction de la transmission du VIH 68
Aperçu 68
Incidence du dépistage du VIH et de la consultation sur le changement de comportement 69
Recherche sur les méthodes de consultation qui accompagnent le dépistage 71
Notification des partenaires 73
Facteurs ayant une influence sur le dépistage et la consultation 75
Attitude des fournisseurs de soins de santé 75
Caractéristiques des fournisseurs de soins de santé 77
Caractéristiques des patients et acceptation du dépistage et de la consultation 78
Recours aux leaders d'opinion et aux réseaux sociaux 78
Communication de masse 79

Mesures incitatives liées au dépistage et à la consultation.....80
Lien existant entre le dépistage et la consultation, d'une part,
et les soins et les traitements, d'autre part 80

SECTION CINQ
Manque de connaissances 81

Test.....81

Processus 81

Contexte 82

Conclusions.....83

Bibliographie 84

INTRODUCTION

En raison de deux éléments de plus en plus probants, il devient plus important de rejoindre une plus grande proportion des séropositives pour le VIH, mais qui ne le savent pas. Premièrement, les personnes atteintes du VIH peuvent énormément bénéficier du traitement qui est administré avant l'apparition des symptômes physiques de la maladie. Deuxièmement, les personnes qui savent qu'elles sont séropositives sont davantage portées à adopter des pratiques sexuelles plus sûres ou à prendre plus de précautions lorsqu'elles consomment des drogues injectables pour éviter que leur partenaire ne soit infecté. Lorsque les gens connaissent leur séropositivité et ont accès à des soins et à de l'information, ils sont davantage en mesure de faire face au diagnostic, de prendre en charge leur maladie, de prévenir la transmission à d'autres et d'avoir une vie saine et satisfaisante (ministère de la Santé de l'Ontario, 1995).

Lorsque les moyens de rejoindre les personnes qui ne savent pas qu'elles sont infectées par le VIH sont déterminés, il faut prendre en considération deux groupes de la population : les personnes qui ne savent pas qu'elles sont infectées parce qu'elles n'ont généralement pas accès au test de dépistage et les personnes qui peuvent avoir subi un test de dépistage, dont les résultats se sont révélés négatifs parce qu'elles étaient dans la phase aiguë de l'infection, avant la séroconversion. En raison de la grande infectiosité du virus pendant la phase aiguë, des méthodes permettant d'augmenter l'efficacité du dépistage des personnes qui sont dans la phase aiguë pourraient avoir une incidence importante sur l'épidémie. L'augmentation du dépistage chez les gens qui n'ont généralement pas accès au test de dépistage représente toutefois un défi beaucoup plus grand à relever, comme nous le décrirons dans le présent rapport.

Il existe plusieurs approches différentes au test du dépistage du VIH et à la consultation, et les décisions en matière de santé publique concernant l'approche la plus indiquée doivent tenir compte de divers facteurs. Le dépistage universel n'est pas considéré comme rentable dans les parties de la population où la prévalence est peu élevée, compte tenu des ressources nécessaires pour administrer tous les aspects du test de dépistage du VIH et des services de consultation. De plus, même dans le cas des tests effectués à grande échelle, le faible pourcentage de faux positifs est habituellement jugé trop élevé. D'autres solutions, c.-à-d. cibler les gens à risque pour les tests de dépistage et les services de consultation, donnent des résultats variables, mais ne permettent pas d'identifier toutes les personnes séropositives. Comme les tests de dépistage et la consultation deviennent plus abordables et accessibles et que les avantages connus de l'augmentation des tests de dépistage du VIH et des services de consultation commencent à l'emporter sur les inconvénients, les anciennes hypothèses sont remises en question, et de nouvelles approches sont envisagées.

Il est crucial que ces approches soient fondées sur des pratiques en matière de santé publique solides qui respectent et protègent les normes et les droits de la personne. La nature volontaire du test doit demeurer au cœur de l'ensemble des politiques et programmes relatifs au VIH, pour à la fois respecter les principes des droits de la personne et procurer des avantages durables pour la santé publique.

Le présent document jette les fondements du dialogue sur les enjeux liés au test de dépistage et à la consultation. La section Un présente le contexte historique de la consultation liée au VIH et des tests de dépistage principalement dans les pays à revenu moyen et élevé. Y sont abordés les contextes éthique, social et juridique dans lesquels le modèle prédominant, soit la consultation et le dépistage volontaires (CDV) accompagné d'une notification des partenaires a été élaboré.

La section Deux décrit brièvement ce qu'on sait du nombre de personnes qui ne savent pas qu'elles sont infectées par le VIH, à l'aide de certaines données fournies par des pays qui ont calculé son ampleur possible.

La section Trois décrit comment la consultation et les tests de dépistage sont actuellement effectués. On aborde les populations qui sont vulnérables au VIH ainsi qu'à la stigmatisation et à la discrimination liées à la maladie. On traite également des nouvelles méthodes de consultation et de dépistage, y compris un test rapide ainsi que des tests et des services de consultation offerts par un fournisseur de soins. La section Quatre résume l'ensemble des connaissances acquises concernant l'efficacité de la consultation et des tests de dépistage, y compris une modélisation de la rentabilité. La section Cinq décrit certains des secteurs dans lesquels il faudrait faire davantage de recherche pour combler le manque de connaissances sur la façon de rejoindre les victimes de l'épidémie cachée.

Comme le présent document se concentre sur les tests de dépistage du VIH et la consultation liée aux personnes qui ne savent pas qu'elles sont infectées par le VIH, nous nous préoccuperons principalement de rejoindre ces gens au moyen de leur contact avec les systèmes de soins de santé et par d'autres approches plus communautaires. Les enjeux concernant les tests de dépistage et les services de consultation offerts aux femmes enceintes pour prévenir la transmission périnatale sont présentés, car une grande partie de la recherche liée au dépistage a été effectuée dans le contexte des tests de dépistage et des services de consultation périnatals. Toutefois, le présent document se concentre sur les tests de dépistage du VIH et les services de consultation visant à rejoindre les personnes qui n'ont pas d'affiliation institutionnelle facilement identifiable.

SECTION UN: CONTEXTE HISTORIQUE ET COMMENT NOUS SOMMES ARRIVÉS LÀ OÙ NOUS SOMMES MAINTENANT

APERÇU

Depuis les 25 dernières années de lutte contre l'épidémie, bien des leçons ont pu être tirées et peuvent aider à relever le défi de rejoindre les personnes qui ne savent pas qu'elles sont infectées par le VIH. Les préoccupations en matière de santé publique et de droits de la personne ainsi que l'élaboration de stratégies optimales pour résoudre les différences apparentes entre les deux ont énormément dominé le dialogue stratégique sur le plan moral et juridique au cours des deux premières décennies de l'épidémie. Parmi les questions touchant particulièrement les tests de dépistage et la consultation, on s'est interrogé sur l'utilisation de mesures de santé publiques traditionnelles comme la quarantaine, la déclaration obligatoire, la recherche des contacts et le dépistage universel; la façon de surveiller l'épidémie; la façon de répondre à la crainte publique et communautaire injustifiée à l'égard du VIH; et la façon de protéger les droits des personnes infectées et de garantir leur bien-être et les soins qui leur sont prodigués. L'élaboration et l'instauration de nouveaux traitements et technologies ont également grandement influé sur l'élaboration des politiques relatives à la consultation et au test de dépistage de l'infection à VIH.

Dans ce contexte, l'approche normalisée concernant les tests de dépistage du VIH ont évolué au cours des deux premières décennies de l'épidémie, notamment la consultation lorsque les personnes subissent un test, les tests volontaires accompagnés d'un consentement éclairé explicite et la protection stricte de la confidentialité des résultats des tests. La déclaration de principes de l'ONUSIDA et de l'OMS sur les tests de dépistage du VIH (2004) décrit les éléments de ce qui est devenu une approche mondialement reconnue à l'égard des tests de dépistage du VIH. Elle présente également de nouvelles approches visant à identifier davantage de gens infectés par le VIH, comme le dépistage et la consultation à l'initiative du prestataire. La déclaration se trouve à la page 20 du présent document.

L'historique de la consultation et des tests de dépistage dans certains pays révèle la façon dont divers aspects du défi à relever ont été abordés. Au début de l'épidémie en Suède, par exemple, comme on s'attendait à ce que la responsabilité des gens envers la société comprenne la connaissance de leur séropositivité, une politique visant à encourager les gens qui pourraient avoir été exposés au VIH à subir le test a été instaurée. À l'inverse, en Grande-Bretagne, comme on était d'avis que chaque personne avait la responsabilité individuelle de prendre les précautions nécessaires pour éviter d'être infecté, on a élaboré une politique dissuadant le dépistage à grande échelle. Aux États-Unis, la participation de tous les intervenants au dialogue en matière de santé publique (dirigeants de la santé publique), communauté à risque, fournisseurs de soins de santé, représentants de l'industrie des banques de sang, etc.) a mené à un débat intense qui a accompagné l'évolution des politiques en matière de dépistage et de consultation. Au Canada, avec l'aide d'un comité consultatif national créé au début de l'épidémie pour orienter la prise de décision régionale, diverses réponses provinciales ont été élaborées. De son côté, Cuba a adopté une approche de confinement.

ENCADRÉ 1.1 : RÉFÉRENCES HISTORIQUES

1981 : Les premiers cas d'infections et de cancers opportunistes laissent croire à un nouveau syndrome. Une recherche et une surveillance actives de cas jettent la lumière sur un agent transmissible par le sang (transmissible sexuellement ou par l'échange de seringues) qui cause l'immunodéficience.

1982 : Selon les données épidémiologiques qui prouvent que le pathogène est transmissible par le sang, des recommandations sont émises pour prévenir la transmission dans les hôpitaux et les laboratoires.

1983 : Les premiers cas de transmission périnatale de la mère au bébé sont signalés.

1983 : L'agent causal est identifié. Après plusieurs tentatives de dénomination du virus, les scientifiques s'entendent finalement sur le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

1985 : Le test ELISA (dosage immunoenzymatique) est créé et approuvé par la Federal Drug Administration (FDA) des États-Unis pour analyser le sang. Le sang est analysé aux États-Unis (mars), en Allemagne (avril), aux Pays-Bas et en Suède (juin), en Italie (juillet), en Belgique, en Finlande, en France, en Grèce et en Norvège (août), au Danemark et au Portugal (septembre), en Grande-Bretagne (octobre), en Suisse (novembre) et au Japon (Hamers, 1996).

1987 : Le premier antirétroviral, la zidovudine, est mis au point.

1993 : Le préservatif féminin est accessible aux États-Unis.

1994 : Le Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 montre qu'un schéma posologique en trois parties de la zidovudine en monothérapie peut réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant de près de 70 %.

1996 : La thérapie combinée antirétrovirale est offerte aux patients, ce qui a amélioré énormément l'évolution de l'infection à VIH.

2002 : La FDA approuve le premier test de dépistage rapide du VIH pour utilisation au point de service.

2004 : La déclaration de principes de l'ONUSIDA/OMS sur la CDV est rendue publique.

BREF HISTORIQUE DES POLITIQUES EN MATIÈRE DE DÉPISTAGE DU VIH ET DE LA CONSULTATION

Après son élaboration comme test de détection des anticorps, le test ELISA a été largement utilisé pour la surveillance, le dépistage sanguin, le diagnostic médical et les programmes de prévention du VIH tant dans les établissements de santé publics que dans les établissements communautaires. La consultation préalable et postérieure au test est devenue partie intégrante de l'administration du test : une consultation préalable au test est offerte au moment du prélèvement sanguin, et une consultation postérieure au test, lorsque les clients reviennent deux semaines plus tard pour obtenir les résultats de leur test.

À la fin des années 1980, le Programme mondial de lutte contre le sida de l'OMS a recommandé des lignes directrices sur la consultation et les tests de dépistage ainsi qu'un programme de formation à l'intention des fournisseurs de soins de santé et d'autres intervenants. Le lien entre le test de dépistage et la consultation préalable et postérieure au test est demeuré un principe essentiel de la détection des anticorps du VIH. Au fur et à mesure que les politiques ont évolué, le terme « consultation et dépistage volontaires » (CDV) a été largement utilisé pour indiquer clairement que les gens devraient être capables de choisir de subir un test, sans pression ni cœrcition.

Dans le contexte de l'approche du dépistage et de la consultation volontaire, divers pays ont adopté des approches différentes à l'égard des tests de dépistage du VIH, certains encourageant un dépistage plus étendu que d'autres (voir les analyses de la Suède et de la Grande-Bretagne ci-dessous). À la suite de l'examen des différentes approches de dépistage et de consultation, on a constaté principalement que, dans les pays où l'on encourage fortement le dépistage du VIH et la consultation, des périodes plus longues s'écoulent entre le diagnostic de l'infection à VIH et le diagnostic du sida. En 1996, en Suède, un pays où le dépistage et la consultation sont étendues, le temps médian entre le diagnostic du VIH et celui du sida était de six ans, par rapport à la Grande-Bretagne, pays qui ne faisait pas la promotion du dépistage et de la consultation, où le temps médian était de trois ans et demi (Danziger, 1999).

L'adoption de l'approche de CDV a énormément différé d'un pays à l'autre et parmi les collectivités à risque, même dans les pays possédant des programmes de dépistage et de

La stigmatisation liée au fait de subir le test ou d'être séropositif, la crainte d'être exposé dans la collectivité, la priorité accordée à d'autres besoins médicaux et sociaux qui l'emportent sur la découverte de la séropositivité et la crainte d'apprendre que quelqu'un est séropositif pour le VIH sont toutes des raisons qui incitent les gens à éviter de subir un test de dépistage du VIH.

consultation dynamiques. La stigmatisation liée au fait de subir le test ou d'être séropositif, la crainte d'être exposé dans la collectivité, la priorité accordée à d'autres besoins médicaux et sociaux qui l'emportent sur la découverte de la séropositivité et la crainte d'apprendre que quelqu'un est séropositif pour le VIH sont toutes des raisons qui incitent les gens à éviter de subir un test de dépistage du VIH. Les gens qui pourraient bénéficier d'un test de dépistage et de service de consultation peuvent ne pas vouloir subir de test, et bien d'autres ne retournent pas pour connaître les résultats. Même si certaines personnes à risque subissent souvent le test, d'autres l'évitent totalement. Bien des personnes, particulièrement les femmes, ne savaient qu'elles étaient à risque, car elles ne savaient pas que leur partenaire avait des relations sexuelles ou consommait de la drogue avec d'autres personnes.

Le traitement aux antirétroviraux a énormément amélioré les résultats cliniques de l'infection à VIH, particulièrement lorsqu'il est devenu évident qu'une intervention précoce dans l'évolution de la maladie était optimale. Un objectif du dépistage du VIH et de la consultation en est clairement ressorti : rendre des soins accessibles aux personnes séropositives. Au cours des dernières années, l'objectif de permettre à davantage de gens de connaître leur séropositivité a alimenté davantage les discussions d'éléments de plus en plus probants révélant que les gens qui connaissent leur séropositivité sont plus susceptibles de prendre des précautions pour protéger leur partenaire que les gens qui ne sont pas au courant (Marks, 2005). Cette constatation revêt encore plus d'importance pour la prévention du VIH lorsque l'on tient compte de la valeur des antirétroviraux pour réduire la charge virale d'une personne infectée.

Au fur et à mesure que l'on a découvert l'épidémie du sida, les représentants officiels de la santé publique dans divers services de santé nationaux et locaux ont collaboré pour élaborer des politiques appropriées sur le contrôle et la prévention de la maladie. Dans certains pays démocratiques, des intervenants importants ont entamé un dialogue, lorsqu'il est devenu de plus en plus pressant d'agir, concernant les politiques à prendre en considération. Lorsque les collectivités gaies étaient bien organisées et actives, elles ont joué un rôle important dans les discussions. La principale controverse portée sur la question de savoir s'il convenait d'utiliser une approche traditionnelle en matière de santé publique à l'égard du sida exigeant des mesures comme la déclaration et la recherche des contacts comme dans le cas d'autres infections transmissibles sexuellement ou la quarantaine comme dans le cas de la tuberculose ou si cette approche dissimulerait davantage l'épidémie. Certains pays ont choisi des mesures de contrôle de la maladie obligatoires, et d'autres ont demandé la coopération volontaire des gens atteints du sida et plus tard de ceux atteints du VIH. Selon l'analyse de Baldwin (2005), les différences relevées dans les politiques en matière de santé publique étaient davantage liées au caractère strict des politiques de contrôle des maladies traditionnelles de chaque pays qu'à son conservatisme ou libéralisme social relatif.

Lorsque le test ELISA servant à la détection des anticorps du VIH a été approuvé pour l'analyse du sang et des produits sanguins, sa mise en œuvre a également soulevé la controverse en raison d'une mauvaise utilisation possible de l'information (Bayer, 1989). On ne s'entendait pas sur l'obligation d'informer les personnes dont le don de sang était séropositif et sur la façon de les aviser ainsi que sur

la rentabilité du test (cette dernière question a été posée par les banques de sang comme telles). Cette controverse a perduré, car on a commencé à utiliser les tests de dépistage pour déterminer si des personnes étaient séropositives pour le VIH à d'autres fins que l'analyse du sang et des produits sanguins.

Certaines questions critiques concernant le dépistage et la consultation sont énumérées ci-dessous et abordées plus en détail un peu plus loin. Même si bon nombre de questions portent sur la possibilité de répercussions négatives du dépistage, certaines questions, si elles sont réglées correctement, peuvent entraîner des résultats positifs.

QUARANTAINE ET ISOLEMENT

Bien des gens, y compris le public en général et le personnel des établissements de soins de santé, ont eu comme premier réflexe d'isoler les gens atteints du sida. Comme on a rapidement cerné les voies de transmission, les représentants officiels en matière de santé publique ont compris clairement au début de l'épidémie qu'il fallait une protection contre la transmission sanguine et par d'autres liquides organiques, mais que l'isolement ou la quarantaine des personnes infectées était une réaction excessive fondée sur la peur d'une maladie qu'il est entièrement possible de prévenir.

DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Bien des pays exigent que les médecins déclarent l'information sur tous les cas diagnostiqués de sida en précisant le nom du patient ou un identificateur unique aux fins de la surveillance de l'épidémie. Certains pays utilisent l'information pour la recherche des contacts. Certains pays, dans une moindre proportion, ainsi que des États ou des provinces, ont exigé que les médecins et les laboratoires déclarent tous les tests de détection de l'anticorps du VIH positif aux autorités sanitaires. Certains représentants officiels en santé publique et défenseurs des consommateurs s'inquiétaient du fait que la déclaration obligatoire des résultats du test et du nom du patient dissuaderait les gens parmi les populations vulnérables de consulter et de subir un test de dépistage. Les déclarations obligatoires par nom du patient pourraient également violer les droits de la personne dans certains pays et parmi certaines populations vulnérables.

SURVEILLANCE ET DÉCLARATION DES CAS

La distinction entre la collecte de renseignements à des fins de surveillance (surveiller l'évolution de l'épidémie) et à des fins de notification des partenaires (communiquer avec les gens qui peuvent avoir été infectés) a souvent été confuse dans les discussions stratégiques relatives à la déclaration des cas. Dans les pays démocratiques, certains soutiennent que, sans traitement efficace (comme dans le cas de la tuberculose), aucun objectif de lutte contre la maladie ne pourrait être atteint par la déclaration obligatoire du nom des gens atteints d'une maladie transmissible par un comportement volontaire et que la surveillance devrait être effectuée sans identificateur personnel. En fait, bien des épidémiologistes ont soutenu que la meilleure surveillance scientifique consistait à procéder à un dépistage non lié aléatoire systématique au sein de la population (Nicoll, 2000) plutôt qu'à surveiller les résultats des tests de dépistage du VIH des gens ayant subi volontairement le test et s'étant volontairement prêtés à des services

de consultation, particulièrement si l'on ne pouvait compter sur les nouvelles épreuves sans duplication.

Malgré ses faiblesses épidémiologiques, la surveillance des tests de dépistage du VIH déclaré a été tout de même très utile. En ce qui concerne la surveillance des résultats des tests de dépistage volontaires, le taux de participation influe directement sur les données recueillies. Plus le nombre de gens subissant un test de dépistage du VIH est élevé parmi les groupes à risque, plus on est susceptible de diagnostiquer et de déclarer de cas. La question des identificateurs uniques est soulevée même lorsque la déclaration n'est pas obligatoire. En Europe, les résultats des tests de dépistage du VIH sont principalement déclarés à l'aide d'un identificateur unique plutôt que par le nom du patient. De plus, dans certains pays, la déclaration est habituelle, et le pourcentage des déclarations est élevé, mais pas obligatoire. En général, dans les pays à revenu élevé, les systèmes informatiques et les identificateurs de cas permettent maintenant aux gens qui subissent des tests plus souvent de n'être comptabilisés qu'une seule fois (Hamers, 2003).

RECHERCHE DES CONTACTS ET NOTIFICATION DES PARTENAIRES

Pour les défenseurs des droits des victimes de la maladie et des collectivités à risque, il existe une grande différence entre les systèmes de santé publique prévoyant 1) la recherche obligatoire des contacts par les responsables de la santé publique qui sont tenus de détenir des gens ou autorisés à le faire et 2) une notification des partenaires volontaire qui pourrait être effectuée par la personne, son médecin ou un responsable de la santé publique. Dans les deux cas, il est devenu plus important d'identifier les partenaires sexuels ou les partenaires de drogue injectable de personnes séropositives et de leur faire subir un test de dépistage à des fins de prévention en raison de l'importance qu'on accorde à l'identification de tous les gens qui sont séropositifs pour le VIH afin qu'ils puissent bénéficier d'un soutien médical et social qui comprend un traitement aux antirétroviraux.

CONFIDENTIALITÉ

La déclaration et la recherche des contacts compromettent par définition la confidentialité du diagnostic médical du patient. De plus, comme le VIH est transmis par des comportements qui sont stigmatisés dans bien des sociétés et illégaux dans certaines, la confidentialité des renseignements médicaux est considérée comme primordiale par les fournisseurs de soins de santé et les groupes de consommateurs. Néanmoins, cette question a dû être continuellement renforcée dans les politiques organisationnelles et institutionnelles jusque dans la sensibilisation des travailleurs des soins de santé et des collectivités, car la confidentialité est souvent violée dans les établissements et dans les collectivités (Surlis, 2001; Klosinski, 2000). De plus, même lorsque la confidentialité est garantie, l'impression que l'information n'est pas tenue confidentielle peut dissuader des gens de subir un test de dépistage et de recourir à des services de consultation.

DÉPISTAGE

À une plus grande échelle, la seule façon d'identifier tous les gens infectés par le VIH est de faire subir un test de dépistage à toute la population. On ne le fait toutefois pas en raison du coût élevé du test et de la possibilité de résultats faux positifs et faux négatifs que l'on pourrait obtenir en procédant

Le consentement éclairé d'une personne qui subit un test de dépistage est généralement considéré comme essentiel dans le dépistage du VIH afin que la personne : 1) comprenne ce que signifie le test; 2) soit prête à un résultat positif possible; 3) accepte de subir le test (ONUSIDA/OMS, 2004).

au dépistage d'une maladie dont la prévalence est faible dans la population en général. De plus, on se préoccupe également du consentement éclairé et de la confidentialité liés à une maladie dont le diagnostic peut être associé à la discrimination, à des sanctions juridiques et à une détresse psychosociale. Enfin, on est en droit de se demander à quelle fréquence il faudrait procéder à ce genre de test dans la population pour identifier efficacement les gens qui sont infectés. Par contre, un dépistage universel permet la détection précoce de la maladie et favorise la surveillance, le traitement et la prévention.

TEST DE DÉPISTAGE OBLIGATOIRE

Dans la plupart des pays, le test de dépistage du VIH est obligatoire dans certaines situations. Par exemple, le dépistage du VIH dans le sang, les produits sanguins et avant un don d'organe est recommandé par l'ONUSIDA et l'OMS et est généralement exigé dans des politiques nationales sur le VIH et parfois dans la législation. Bien des pays appliquent un dépistage universel aux gens dans certaines organisations comme les forces militaires ou les prisons ou ceux qui subissent certaines évaluations, par exemple dans le cas d'une demande d'immigration ou d'assurance. En raison du risque de discrimination dont peuvent être victimes les personnes séropositives, certains pays ont interdit le test de dépistage obligatoire dans leur législation. Cette question demeure un enjeu important au chapitre des droits de la personne en ce qui concerne le VIH. L'ONUSIDA n'appuie pas le dépistage obligatoire pour des motifs de santé publique et recommande au pays que tous les tests de VIH demeurent confidentiels, sous réserve de consentement éclairé, comprennent une consultation préalable et postérieure au test pour les résultats tant positifs que négatifs et que les personnes déclarées séropositives soient aiguillées à des services médicaux et psychosociaux (ONUSIDA, 2004).

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Le consentement éclairé d'une personne qui subit un test de dépistage est généralement considéré comme essentiel dans le dépistage du VIH afin que la personne : 1) comprenne ce que signifie le test; 2) soit prête à un résultat positif possible; 3) accepte de subir le test (ONUSIDA/OMS, 2004). Comme dans le cas du consentement éclairé, la consultation préalable et postérieure au test est généralement fondée sur des pratiques de test de dépistage du VIH. Certaines organisations ou administrations ont élaboré des processus spéciaux comme la signature d'un formulaire de consentement écrit, afin qu'une personne ne subisse pas un test de dépistage à son insu. La question de ce que suppose le processus de consentement est l'un des sujets stratégiques qui fait actuellement l'objet de discussions. Certains soutiennent que

le consentement à un test de dépistage du VIH devient implicite lorsque l'on consent à des soins au lieu d'exiger la communication de renseignements ou une discussion supplémentaire (DeCock, 2002). D'autres soutiennent que le consentement éclairé doit comprendre une explication de la signification du test et la sollicitation d'un consentement précis afin que l'on puisse préparer le patient aux conséquences émotionnelles, sociales et médicales d'un résultat positif éventuel. La consultation et le test de dépistage perdent leur valeur de prévention si les gens ne reçoivent pas de consultation qui leur procure les outils pour changer leurs habitudes dangereuses (Csete, 2006). Cette opinion sur le consentement éclairé à l'égard du test de dépistage est fondée sur les droits de la personne, qui affirment que la sécurité de la personne comprend le droit de décider de ce qui arrive à son corps et du droit de recevoir de l'information (UNGA, 1966).

STIGMATISATION ET DISCRIMINATION

Toutes les questions précédentes nous amènent au thème central des répercussions négatives possibles liées à un test de détection des anticorps du VIH positif. Ces répercussions comprennent des attitudes et des réactions négatives (stigmatisation) et des gestes qui briment les droits légaux de la personne (discrimination) posés par des êtres chers et des membres de la famille, des réseaux sociaux informels, des institutions sociales comme des services de soins de santé ou des lieux de travail et l'État. Il peut également s'agir d'isolement social ou physique, de violence physique ou émotive, d'une incarcération ou d'une expulsion (voir la section 3 intitulée Approches envers un groupe particulier de la population et expériences vécues par des gens vivant avec le VIH pour de plus amples renseignements). Bien des gens soutiennent que, comme la stigmatisation du VIH continue d'entraîner de la discrimination, particulièrement envers les personnes marginalisées de la société, il faut continuer d'offrir une protection, particulièrement dans le cadre de programmes de consultation et de dépistage, car cette protection vise à promouvoir les avantages du test de dépistage et à en réduire les risques réels et perçus (Csete, 2006; Heywood, 2004).

DIVULGATION DE LA SÉROPOSITIVITÉ

Les fournisseurs de soins de santé ont du mal à déterminer à quel point ils doivent encourager les gens à divulguer leur séropositivité aux différentes personnes dans leur vie. L'avantage évident de la divulgation de la séropositivité pour le VIH aux partenaires sexuels et aux partenaires de drogue injectable est de leur permettre de se protéger contre toute exposition ou de les encourager à subir un test. La peur du rejet ou du jugement peut empêcher bien des gens de dévoiler leur état à leur partenaire ainsi qu'à d'autres membres de leur famille ou à des membres de leur réseau de soutien (Sandelowski, 2004; Medley, 2004; Zea, 2005). Ils se privent ainsi des avantages dont profitent bien des gens qui parlent ouvertement de leur état, y compris du soutien émotif et social, d'une plus grande capacité de planifier l'avenir et d'une diminution de l'isolement social et de la honte qu'ils peuvent ressentir lorsqu'ils font face au diagnostic dans l'isolement.

EXCEPTIONNALISME DU SIDA

On utilise le terme « exceptionnalisme du sida » pour décrire les politiques selon lesquelles le sida est traité différemment d'autres maladies (Bayer, 1991). Les politiques exceptionnalistes sont issues de préoccupations pour la protection des gens contre la stigmatisation et la discrimination à une époque où la peur publique du sida était élevée et où il n'existait aucun test de dépistage du VIH et aucun traitement efficace contre le sida. Le terme peut également servir à décrire des phénomènes comme des volets de financement spéciaux, des soins cliniques distincts, une approbation accélérée de nouveaux médicaments et la participation de la société civile à l'élaboration et la mise en œuvre de nouvelles politiques et de nouveaux programmes. De bien des façons, en faisant face au sida de façon « exceptionnelle », on a découvert de nouveaux moyens de faire face à d'autres maladies, grâce à la réaction intense des professionnels de la santé publique et des collectivités les plus touchées par le VIH. L'approche exceptionnaliste de la politique relative au VIH est devenue moins dominante lorsque l'on a fait davantage appel aux gens atteints du VIH pour les soins et la prévention (National Research Council, 1993). Certains demandent que des modifications soient apportées à bon nombre de politiques actuelles pour accroître le nombre de tests subis (De Cock, 1998). D'autres soutiennent qu'il faut maintenir en place des protections précises pour s'assurer que les dépistages et les consultations demeurent volontaires et continuent de prévoir un consentement éclairé et un droit explicite de refus, sans risquer un déni de service (de Bruyn, 2005; Wolf, 2004).

POLITIQUES ACTUELLES ET NOUVELLES APPROCHES

La plupart des pays à revenu moyen et élevé ont des politiques normalisées qui appuient la consultation et le dépistage volontaires, qui ciblent parfois les gens à risque élevé d'infection à VIH et qui offrent un test de dépistage du VIH et des services de consultation au personnel d'établissements médicaux qui peuvent être à risque. Néanmoins, compte tenu de l'importance grandissante de l'identification d'une plus grande proportion de personnes qui ne connaissent pas leur séropositivité, les approches normalisées doivent être revues. L'ONUSIDA et l'OMS ont émis une déclaration de principes en 2004 (voir l'encadré 1.2), qui réaffirme l'importance de conserver trois éléments clés de la consultation et du dépistage volontaires (CDV) : confidentialité, consultation et consentement éclairé. Cette déclaration de principes favorise également des services améliorés, des modifications concernant la façon dont les tests de dépistage demandés par le fournisseur de soins et les services de consultation sont offerts ainsi que l'utilisation de nouvelles technologies.

La politique de l'OMS et de l'ONUSIDA recommande d'abord qu'une consultation préalable au test soit offerte en groupe avec un suivi individuel pour rationaliser le processus de consultation. On recommande ensuite l'utilisation de tests rapides qui permet de donner les résultats plus rapidement (voir la section Trois pour une description de ces technologies).

En troisième lieu, en ce qui concerne le dépistage et la consultation à l'initiative du fournisseur de soins dans les établissements de soins de santé, on recommande que le test de dépistage du VIH soit offert à tous les patients dans certains établissements cliniques (voir l'encadré 1.2) ainsi qu'une consultation préalable au test qui est plus simple que la séance de consultation recommandée à l'égard de la CDV. Selon l'OMS, une consultation ou une séance d'information préalable au test devrait fournir tous les renseignements exigés pour que l'on puisse obtenir un consentement éclairé : les avantages du test, le droit de refus, la disponibilité des services de suivi et la nécessité d'informer toute personne qui risque d'être infectée si le test est positif. Le fournisseur de soins doit être en mesure d'aiguiller le patient vers des services de consultation postérieurs au test et à des services nécessaires continus, y compris le traitement du VIH.

Dans le cas des services de consultation offerts aux patients, l'OMS et l'ONUSIDA recommandent en quatrième lieu que les tests soient effectués à moins que le patient ne les refuse (option de refus), plutôt que d'être proposé et effectué uniquement avec l'accord du patient (acceptation de l'offre). Dans le cas de l'acceptation de l'offre, qui a été la norme de soins, les fournisseurs de soins de santé offrent à tous les patients la possibilité de subir un test de dépistage et de recevoir des services de consultation et procèdent au test uniquement si le patient accepte. Dans le cas de l'option de retrait, c-à-d. l'offre d'un test de dépistage et d'une consultation à l'initiative des fournisseurs de soins de santé avec un droit de refus, le test de dépistage du VIH et la consultation sont inclus dans les processus médicaux, et tous les patients sont informés que le test de dépistage et la consultation seront effectués à moins qu'ils refusent le test. L'option de retrait est plus controversée. Certains soutiennent que, lorsqu'on adopte cette approche dans les établissements médicaux, le consentement éclairé véritable concernant le test de dépistage du VIH et la nature volontaire du test sont minés.

Depuis le début de l'épidémie, les défenseurs des droits des patients et des experts en santé publique ont insisté sur l'importance d'obtenir la collaboration des gens pour changer les comportements volontaires qui transmettent le VIH, ce qui a mené aux politiques décrites ci-dessus comme « exceptionnalisme du sida ». Comme de plus en plus de pays étudient leur approche à l'égard du VIH/sida et de la consultation, il sera important de le faire de façon à protéger et à promouvoir les droits de la personne afin que ceux qui courent le plus de risque d'être infectés au VIH n'aient pas peur d'apprendre leur état. Les programmes visant les personnes qui ne connaissent pas leur séropositivité doivent continuer de se concentrer sur le maintien de la confidentialité, du consentement éclairé et de la consultation et sur l'accessibilité des services de santé pour les gens vivant avec le VIH. Ce n'est que de cette façon que nous pourrons renforcer nos efforts et rejoindre les personnes qui ne savent pas qu'elles sont infectées par le VIH.

ENCADRÉ 1.2 : DÉCLARATION DE POLITIQUE DE L'ONUSIDA/L'OMS SUR LES TESTS VIH

Le contexte

L'élargissement de l'accès aux antirétroviraux dans les pays à revenu faible et moyen constitue une occasion unique d'accélérer parallèlement l'accès à la prévention du VIH qui reste le fondement de la riposte à l'épidémie. Sans prévention efficace, il y aura un nombre toujours croissant de personnes qui auront besoin d'un traitement antirétroviral. Parmi toutes les interventions qui jouent un rôle majeur, tant dans le traitement que dans la prévention, le conseil et le dépistage volontaires sont particulièrement cruciaux.

L'accès aux services de consultation et de test volontaires reste actuellement médiocre : dans les pays revenu faible et moyen, 10 % seulement des gens qui en auraient besoin parce qu'ils ont peut-être été exposés à l'infection y ont accès. Même dans les contextes où la consultation et le dépistage volontaires sont proposés systématiquement, comme les programmes de prévention de la transmission mère-enfant, le nombre de personnes qui ont recours à ces services reste faible dans de nombreux pays. La stigmatisation et la discrimination continuent en réalité à empêcher les gens de faire le test de dépistage du VIH.

C'est pour lutter contre ce problème que l'élargissement de la consultation et du dépistage volontaires doit inclure une meilleure protection vis-à-vis de la stigmatisation et de la discrimination ainsi qu'une garantie d'accès à des services intégrés de prévention, de traitement et de soins. Les conditions de réalisation du test doivent être guidées par la protection des droits de la personne et le respect des principes éthiques. En ce qui concerne les jeunes, il faut porter une attention particulière à leurs besoins précis en leur offrant des services de santé conviviaux et garantissant la confidentialité. Les stratégies de santé publique et la promotion des droits de la personne se renforcent mutuellement.

Les « **3C** » dont la promotion remonte au début de la disponibilité du test de dépistage du VIH, en 1985, restent les principes qui doivent étayer les tests VIH individuels. En effet, les tests individuels doivent être :

- **confidentiels**
- **consultation**
- pratiqués seulement avec le **consentement** éclairé du patient, c'est-à-dire que ce dernier doit être à la fois informé et volontaire.

Dans de nombreux pays à revenu faible et moyen, le modèle de test VIH a consisté à offrir des services de consultation et de dépistage volontaires **demandés par le client**. De plus en plus souvent, les structures de santé font la promotion d'approches **demandées par le fournisseur**, c'est-à-dire que le personnel de santé propose de façon systématique le test VIH dans un endroit où le patient peut également bénéficier de services efficaces de prévention et de traitement ou bien être orienté vers une structure qui en dispose. Si l'on veut atteindre les personnes qui ont besoin d'un traitement, il faut faire des dizaines de millions de tests parmi celles qui sont susceptibles d'avoir été exposées au VIH.

L'ONUSIDA et l'OMS recommandent de bien distinguer les quatre types de test suivants :

1) Consultation et dépistage volontaires La consultation et le dépistage volontaires consistent en un test VIH demandé par le client désirant connaître son statut sérologique. Cette stratégie reste cruciale en termes de prévention réelle du VIH. L'ONUSIDA et l'OMS encouragent la promotion de la connaissance de son statut sérologique par toute personne susceptible d'avoir été exposée au VIH quel que soit le mode de transmission. Le conseil préalable au test peut se faire de manière individuelle ou en groupe avec un suivi individuel. L'ONUSIDA et l'OMS encouragent l'utilisation de tests rapides qui permettent de donner immédiatement un résultat et de procéder à une première séance de consultation après le test, que celui-ci soit positif ou négatif.

2) Un test VIH à visée diagnostique est indiqué chaque fois qu'une personne présente des **signes ou symptômes** qui évoquent une maladie liée au VIH ou au sida pour faciliter le diagnostic clinique et la prise en charge. Ceci inclut le test systématique de tous les patients **tuberculeux** dans le cadre de leur prise en charge habituelle.

3) Un test VIH doit être proposé de façon systématique par le personnel de soins de santé à tout patient :

- consultant pour une infection sexuellement transmissible dans un service pour les **infections sexuellement transmissibles** ou ailleurs – afin de faciliter un conseil adapté en fonction de la connaissance du statut sérologique
- en cours de grossesse – pour faciliter l'offre de **prévention de la transmission mère-enfant par un traitement antirétroviral**
- vu dans un centre de santé ou une structure communautaire où **le VIH a une prévalence élevée et où le traitement antirétroviral est disponible** (services de traitement pour la consommation de drogues injectables, urgences de l'hôpital, services de médecine interne, consultations, etc.) mais qui est **asymptomatique**.

La stratégie du test VIH demandé par le prestataire de services requiert des mécanismes formels de promotion de **l'orientation vers des services de consultation après le test**, qui mettent l'accent sur la prévention pour toutes les personnes testées, et vers des **services de soutien médical et psychosocial**, pour celles dont le test est positif. Les principes habituels de confidentialité, de consentement et de consultation s'appliquent mais la consultation avant le test, habituellement utilisé dans le cadre de la consultation et du dépistage volontaires, est simplifié de manière à assurer seulement le consentement éclairé du patient sans lui offrir une séance complète d'information et de consultation. Les renseignements minimaux requis pour garantir un **consentement éclairé** sont les suivants :

- les bénéfices du test en termes de prévention et de prise en charge clinique;
- le droit du patient de refuser le test;
- les services de suivi qui lui seront proposés;
- dans l'éventualité d'un résultat positif, l'importance d'anticiper le besoin d'informer toute personne exposée au risque qui autrement ne le saurait pas.

En ce qui concerne les tests demandés par le prestataire de services, qu'il s'agisse de diagnostic, de proposition de prévention de la transmission mère-enfant ou d'encouragement à la connaissance de son statut sérologique, les patients gardent le droit de refuser le test, c'est-à-dire de ne pas participer à une offre systématique de test.

4) Dépistage obligatoire du VIH

L'ONUSIDA et l'OMS soutiennent le dépistage obligatoire du VIH et des autres virus à transmission sanguine sur le sang destiné à la transfusion ou à la fabrication de produits dérivés. Le dépistage des donneurs est obligatoire avant toute procédure impliquant un don d'organes ou de liquides organiques, comme une insémination artificielle, une greffe de cornée ou le don d'autres organes.

Par contre, l'ONUSIDA et l'OMS ne soutiennent pas le dépistage obligatoire d'individus pour des motifs de santé publique. Un dépistage volontaire a en effet plus de chances de conduire à un changement de comportement évitant la transmission du VIH à d'autres personnes. Sachant que de nombreux pays exigent un test préalable à l'immigration et que certains pays pratiquent un dépistage obligatoire du personnel de l'armée avant son recrutement et dans le cadre de bilans périodiques destinés à vérifier la forme physique des recrues, l'ONUSIDA et l'OMS recommandent que ces tests ne soient pratiqués qu'accompagnés de consultation pour les personnes séronégatives comme séropositives et d'une orientation vers des services de soutien médical et psychosocial pour les personnes dont le résultat du test est positif.

Accessible à l'adresse suivante :
http://data.unaids.org/una-docs/VIHtestingpolicy_fr.pdf

LÉGISLATION SUR LE TEST DE DÉPISTAGE DU VIH

Au début de l'épidémie, plusieurs pays européens ont adopté une loi pour protéger les réserves de sang et exiger la déclaration obligatoire du sida aux autorités de santé publique (Mann, 1992). Depuis ce temps, on a adopté des lois dans le monde entier pour diverses fins. Les lois dans certains pays visent à protéger les gens atteints du sida et du VIH contre la discrimination et contre tout préjudice, tandis que, dans d'autres pays, les lois visent à protéger les gens qui ne sont pas infectés par le VIH.

Un bilan de la législation rédigé par l'ONUSIDA et l'OMS en 1997 brosse un tableau des diverses lois nationales portant sur l'infection à VIH et le sida. Des 191 États membres, 121 ont eu accès à l'information, ce qui représente 85 % de la population mondiale (D'Amelio, 2001). Selon ce bilan, 17 % des nations du monde ont une loi protégeant les victimes du VIH contre la discrimination, et ces nations ne comptent que 5 % des personnes vivant avec le sida dans le monde entier. Par contre, onze pays (représentant 25 % de la population mondiale) exigent que les personnes atteintes du VIH soient mises en quarantaine, isolées ou hospitalisées de force. Quelque 60 % des 121 pays répondants ont dit avoir des lois ou des règlements exigeant que tous les cas de sida diagnostiqués soient déclarés aux autorités, et 31 pays exigent la déclaration des infections à VIH (tous, à l'exception d'un, exigent également la déclaration du sida). Des 72 pays exigeant la déclaration des cas de VIH ou de sida, 24 exigent explicitement que cette déclaration soit confidentielle, c'est-à-dire en général que les rapports sont codés ou anonymes. Parmi les pays répondants, 42 % ont indiqué avoir une loi prévoyant le dépistage du VIH dans les dons de sang.

De plus, 37 % des 121 pays avaient une loi ciblant les personnes vulnérables, y compris les travailleurs du sexe, les hommes ayant des relations avec d'autres hommes, les personnes qui s'injectent des drogues,

les immigrants, les prisonniers, le personnel médical et les gens qui ont reçu du sang ou des produits sanguins (D'Amelio, 2001). La plupart des lois énumérées prévoyaient le dépistage obligatoire, l'interdiction de certaines activités à risque (comme le don de sang) ou la participation obligatoire à des programmes de prévention du VIH (p. ex. programmes d'échange de seringues pour les toxicomanes).

Les barrières sociales et structurelles qui contribuent au risque de transmission du VIH augmentent également la vulnérabilité des gens s'ils demandent une consultation, subissent un test de dépistage et obtiennent un résultat positif.

On a également conclu dans le rapport que neuf des 121 pays exigeaient que toutes les femmes enceintes subissent les tests de dépistage du VIH ou que ce test leur soit offert. Trois pays exigent un test de dépistage du VIH avant le mariage, et deux autres, un test de dépistage du VIH de tous les patients hospitalisés. Il est important de souligner que cette étude était fondée sur des renseignements soumis en 1997, données qui ont certainement changé depuis. En outre, elle ne fait état que de la situation des pays qui ont présenté un rapport au Directory of Legal Instruments Dealing with VIH Infection and AIDS (D'Amelio, 2001).

Dès l'an 2000, 30 États des États-Unis faisaient des lois criminalisant au moins certains comportements entraînant des risques de transmission du VIH (Burris, 2000). Certaines lois sont si vastes qu'elles rendent passible de poursuite quiconque a des relations sexuelles non protégées ou partage des seringues sans en informer son partenaire. Ce genre de loi a pour conséquence de nous faire douter de la confidentialité des dossiers de santé publique et des dossiers médicaux, ce qui dissuade les personnes en marge de la société de subir le test. Les dossiers des services de santé ont déjà été demandés et, dans un cas, obtenus, afin que la séropositivité d'une personne soit prouvée en cour.

BARRIÈRES SOCIALES ET STRUCTURELLES DU DÉPISTAGE ET DE LA CONSULTATION

Les barrières sociales et structurelles qui contribuent au risque de transmission du VIH augmentent également la vulnérabilité des gens s'ils demandent une consultation, subissent un test de dépistage et obtiennent un résultat positif. Parmi ces barrières, on compte la pauvreté, le racisme et l'inégalité des sexes; l'« omerta » sexuel; la stigmatisation du VIH/sida; les perceptions erronées concernant les facteurs de risque; et le manque de leadership (OIM, 2001). Chaque barrière fait partie du contexte dans lequel les efforts de dépistage du VIH et de consultation réussissent ou échouent. Chaque barrière devient donc également une possibilité d'améliorer le programme de prévention si les problèmes liés au contexte et à la structure sont réglés. Plus précisément, pour que de plus en plus de gens veuillent subir le test,

Chaque barrière fait partie du contexte dans lequel les efforts de dépistage du VIH et de consultation réussissent ou échouent.

il faut éliminer ces barrières afin que le dépistage du VIH devienne non pas risqué, mais bien souhaitable. En particulier, les décideurs doivent insister sur l'importance des droits de la personne comme fondement des politiques sur le VIH (voir l'encadré 1.3).

La pauvreté crée des conditions qui contribuent à la peur qu'une personne éprouve lorsqu'elle subit un test de dépistage du VIH. Par exemple, les femmes qui élèvent des enfants peuvent avoir peur de perdre la garde de leurs enfants, leur logement ou leur source de revenu. Les personnes qui quittent leur famille pour aller travailler peuvent ne plus être en mesure de se rendre dans des pays où il y a des emplois (Haour-Knipe, 1996). Les personnes ayant des problèmes de santé mentale ou une dépendance qui les rend incapables de travailler à temps plein risquent de vivre dans la pauvreté et peuvent devenir si marginalisées par la société qu'elles ne tirent pas profit de la consultation et du test de dépistage du VIH.

Les inéquités sociales du racisme et l'inégalité des sexes en ce qui concerne le dépistage et la consultation laissent supposer que les répercussions sociales perçues et réellement négatives peuvent dissuader certaines personnes de subir un test du VIH et d'obtenir des services dont elles ont besoin. Même si la race renvoie souvent non pas à un concept biologique ou scientifique, mais bien à un concept social, compte tenu des disparités raciales au chapitre de la santé et de l'épidémiologie qui sont liées au VIH/sida en Europe et en Amérique du Nord, il est particulièrement important de faire face aux problèmes raciaux qui concernent le dépistage du VIH et la consultation (FCHR, 2006). Les mêmes facteurs qui rendent les personnes appartenant à des minorités ethniques et raciales plus vulnérables à la transmission du VIH, comme les possibilités économiques et éducatives limitées et souvent des générations de marginalisation sociale qui contribuent à la pauvreté, les empêchent également de subir le test de dépistage du VIH et d'obtenir une consultation et les exposent à une stigmatisation et à une discrimination additionnelles si le résultat du test de dépistage est positif.

L'inégalité des sexes a constamment eu de grandes répercussions sur l'évaluation de l'épidémie du VIH dans des pays du monde entier. Le faible statut social et juridique des femmes a contribué à leur vulnérabilité, à la pauvreté et au VIH. Les femmes ont souvent peur de subir le test en raison des répercussions d'un résultat positif, comme les répercussions sur la reproduction (avortement ou stérilisation forcée), la confidentialité (divulgation des résultats du test aux membres de la famille ou à la collectivité) et stigmatisation et discrimination (le fait d'être obligé de fuir ou d'être obligé par la famille de déménager ou encore la perte de la garde des enfants) (Chase, 2001). Néanmoins, les femmes peuvent ne pas avoir le choix de subir le test. En Inde, c'est non pas la femme, mais bien le mari ou la belle-mère qui donne son consentement. Si une femme enceinte obtient des résultats positifs à un test de dépistage du VIH, c'est au mari que les résultats sont communiqués. En Ukraine, le médecin prend la décision au sujet du dépistage sans consulter le patient.

En raison de l'« omerta sexuel » qui semble exister dans les sociétés du monde, la collectivité semble nier la possibilité de la transmission sexuelle et rejette les programmes de prévention et d'éducation au sujet du VIH, y compris les programmes de consultation et de dépistage (OIM, 2001). Dans ce contexte, les

fournisseurs de soins de santé ne reçoivent pas la formation dont ils ont besoin pour évaluer les antécédents sexuels et ne sont pas suffisamment à l'aise pour discuter franchement des comportements à risque, de sorte qu'ils ratent des occasions d'offrir le dépistage du VIH à bien des gens pour qui il serait avantageux de connaître leur séropositivité.

La stigmatisation liée au VIH découle de divers facteurs, y compris l'homophobie, les préjugés contre les personnes qui consomment des drogues injectables, les idées rigides au sujet de la sexualité, le racisme et la peur de la contagion.

La stigmatisation liée au VIH découle de divers facteurs, y compris l'homophobie, les préjugés contre les personnes qui consomment des drogues injectables, les idées rigides au sujet de la sexualité, le racisme et la peur de la contagion. Le risque social lié au VIH est décrit comme ayant deux composantes : 1) la menace, soit les attitudes et les comportements qui peuvent causer du tort sur le plan social à une personne atteinte de la maladie; 2) la perception du risque, c'est-à-dire les attitudes et les croyances au sujet de la menace que pose la maladie parmi ceux qui sont touchés par la maladie (Burris, 2000). Que la menace soit physique ou émotionnelle, la stigmatisation a tendance à mettre à l'écart les personnes jugées vulnérables. Dans un sondage auprès d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, 68 % de ceux qui étaient séropositifs mais qui n'étaient pas au courant de leur état avaient négligé de subir le test au cours de l'année précédente parce qu'ils avaient peur de connaître le résultats alors que 34 % d'entre eux ont obtenu un résultat négatif au test de dépistage du VIH. Les personnes qui risquent de contracter le VIH, y compris les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les travailleurs du sexe, les jeunes sans abri et les travailleurs itinérants peuvent également choisir de ne pas subir de test en raison de la discrimination ou du tort physique auquel ils font face ou de l'expulsion qui les guette s'ils sont séropositifs. Dans ce même sondage auprès d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, 35 % des répondants qui n'étaient pas au courant de leur séropositivité ont choisi au cours de la dernière année de ne pas subir de test parce qu'ils craignaient que d'autres apprennent le résultat comparativement à 14 % des répondants qui n'avaient pas été infectés (CDC, 24 juillet 2005).

Les gestes discriminatoires à l'endroit des personnes atteintes du VIH comprennent le refus de logement et de soins de santé, la perte d'emploi et la violence physique. Des lois ont été adoptées contre la discrimination liée au VIH, mais elles ne peuvent empêcher de nombreux risques sociaux du VIH, comme l'expulsion d'un groupe confessionnel ou l'abandon par un conjoint. Une métasynthèse des études qualitatives sur la stigmatisation des femmes séropositives a révélé que les stigmates perçus et réels envahissent la vie des femmes et que le stigmate lié au VIH était aggravé par le fait qu'il s'agissait de femmes (Sandelowski, 2004). On a largement tenté d'instaurer des mesures de protection pour les femmes afin de maîtriser l'information et ainsi préserver leur relation sociale et leur identité morale.

En raison de certaines perceptions erronées concernant les facteurs de risque, des gens peuvent ne pas

reconnaître s'ils courent un risque réel de contracter le VIH (OIM, 2001). Les perceptions erronées proviennent souvent des collectivités qui nient la réalité du VIH, ce qui contribue à la stigmatisation continue et au maintien d'un comportement risqué. Certaines personnes peuvent croire qu'elles courent des risques simplement au contact d'une personne, ce qui augmente leur crainte des personnes vivant avec le VIH. Celles qui ne se considèrent pas comme membre d'un « groupe à risque élevé » supposent souvent qu'elles courent peu de risque et adoptent alors un comportement plus risqué (Dolcini, 1996). Elles peuvent également ne pas demander de consultation et de dépistage, de sorte qu'elles n'obtiennent pas les soins appropriés et exposent continuellement leurs partenaires.

Le manque de leadership ou de volonté politique est souvent mentionné comme problème nuisant aux efforts de prévention du VIH. L'acceptation et la promotion du test de dépistage du VIH et des services de consultation par des dirigeants communautaires reconnus (politiciens, enseignants, chefs spirituels) peut avoir une grande incidence sur la volonté de la collectivité de demander ou d'accepter le dépistage. Par exemple, le maire de Washington D.C., où la prévalence d'une infection à VIH s'élève à 4 %, a lancé une campagne à l'échelle de la ville en juin 2006 dans le but de convaincre 400 000 hommes et femmes âgés de 14 à 84 ans de subir un test de dépistage du VIH (KFF, 2006). S'inspirant du leadership civique, il a demandé à des présidents d'hôpitaux, à des chefs d'entreprise, à des médecins, à des activistes du sida et à des dirigeants communautaires de faire partie du groupe de travail du maire sur le VIH/sida, et, à l'activité d'ouverture, ils ont tous annoncé qu'ils avaient subi le test.

La guerre et le désordre civil peuvent causer une interruption sociale et mener à un déséquilibre marqué du pouvoir entre les gens. Dans ces conditions, les protections habituelles liées à la consultation et au dépistage, comme la confidentialité, les lois contre la discrimination et les lois contre le dépistage obligatoire, disparaissent souvent.

ENCADRÉ 1.3 : UNE APPROCHE FONDÉE SUR LES DROITS DE LA PERSONNE

L'élargissement de la réponse au sida, particulièrement en termes de dépistage du VIH comme condition préalable à l'amélioration de l'accès au traitement, doit être basée sur de saines pratiques de santé publique et aussi sur le respect, la protection et l'accomplissement des normes relatives aux droits de de la personne.

Le caractère volontaire du test doit rester au cœur de toutes les politiques et de tous les programmes liés au VIH, à la fois pour respecter les principes des droits de la personne et pour garantir des bénéfices durables en termes de santé publique. Il faut tenir compte simultanément des différents facteurs clés suivants qui se renforcent mutuellement :

1. Garantir une *procédure éthique de pratique du test* notamment en définissant le but du test et les bénéfices attendus par les personnes qui le subissent, en assurant une liaison entre le lieu où sont faits les tests et celui où sont disponibles les services concernés – traitement et soins notamment – le tout dans un environnement qui garantit la confidentialité de tous les renseignements médicaux.
2. Examiner les *implications d'un résultat positif*, notamment la nondiscrimination et l'accès durable au traitement et aux soins divers pour les sujets dont le test est positif.
3. Réduire la *stigmatisation et la discrimination liées au VIH et au sida* à tous les niveaux, notamment au sein des services de santé.
4. Assurer un *cadre juridique et politique* favorable à l'élargissement de la réponse, assurant notamment la sauvegarde des droits des individus sollicitant des services.
5. Veiller à ce que les *infrastructures de santé* soient adéquates pour répondre aux critères ci-dessus et disposent de suffisamment de personnes formées pour faire face à une augmentation de la demande en termes de tests, de traitement et d'autres services.

Groupe mondial de référence de l'ONUSIDA sur le VIH/sida et les droits de l'homme

Accessible à l'adresse suivante :
http://data.unaids.org/una-docs/VIHtestingpolicy_fr.pdf

ENCADRÉ 1.4 : RECADRER L'ANALYSE DES BARRIÈRES AUX CONDITIONS

Une politique visant à augmenter le dépistage et la consultation auprès des gens qui ne connaissent pas leur séropositivité, peu importe ses composants précis, réussira uniquement si elle crée un contexte dans lequel les gens atteints du VIH ou qui courent des risques de le contracter ont :

1) la possibilité de subir un test de dépistage et d'obtenir d'autres services;

2) l'information nécessaire pour évaluer et combler leurs besoins;

3) la motivation d'utiliser l'information et de saisir l'occasion qui s'offre à eux;

4) la confiance de courir les risques réels et perçus que ça suppose.

Source : adaptation de Burris, 2000

HISTORIQUE : DIVERSES RÉACTIONS NATIONALES

SUÈDE

La Suède a été le premier pays à adopter, en 1983, une loi nationale portant précisément sur le sida et exigeant la déclaration des cas soupçonnés et confirmés de sida (Mann, 1992). En vertu de cette loi, le sida a été inclus dans les lois de la Suède concernant les maladies vénériennes et autres maladies transmissibles adoptées en 1919 et en 1968. En vertu de ces lois, les personnes ayant une infection transmissible sexuellement (ITS) devaient subir un examen médical et un traitement. Si elles refusaient de suivre les ordres du médecin, elles pouvaient être détenues et isolées ainsi qu'être traitées de force. Les médecins étaient tenus de faire le suivi des contacts, et les personnes entrées en contact avec les personnes infectées devaient subir un examen médical et un traitement. Les personnes infectées pouvaient être punies pour avoir eu des relations sexuelles avec d'autres personnes (Baldwin, 2005).

En 1988, la Suède a adopté une loi plus explicite exigeant que les personnes croyant être infectées par le VIH subissent un test de dépistage. Dans le cas d'un résultat positif, ils doivent subir des examens médicaux réguliers et s'ils admettent avoir eu un comportement dangereux, le médecin traitant doit les signaler aux autorités, lesquelles ont le pouvoir de les placer en isolement. En vertu de cette loi, les personnes séropositives doivent informer leurs partenaires sexuels et utiliser des condoms lorsqu'ils ont des relations sexuelles complètes (Danziger, 1999).

Dès que le test de détection des anticorps du VIH est devenu accessible, les médias de masse ont encouragé les gens à subir le test. En 1991, 5,5 millions de tests avaient été effectués dans un pays comptant 8,6 millions d'habitants. La culture suédoise accorde une grande valeur au bien-être de la société et accorde moins de liberté aux individus. On s'attend donc à ce qu'ils assument une plus grande responsabilité sociale; Danziger (1999) attribue cette grande acceptation du dépistage et des lois restrictives à cette valeur sociale.

GRANDE-BRETAGNE

Lorsque le test de détection des anticorps du VIH est devenu accessible en Grande-Bretagne, il servait d'abord comme outil diagnostique plutôt que comme stratégie de prévention. On en faisait la promotion uniquement dans les établissements cliniques de vénérologie ou les cliniques prénatales, et il servait à détecter le VIH plutôt qu'à le prévenir. Danziger décrit le concept britannique de la prévention du VIH comme étant « la responsabilité partagée des personnes séropositives pour le VIH et des personnes dont le résultat est négatif. Selon ce point de vue, la prévention efficace exige des comportements sûrs de la part des gens qui sont infectés et de ceux qui courent ou peuvent courir des risques d'être infectés […]. La prévention efficace n'a pas besoin d'un dépistage étendu pour que l'on puisse déterminer les personnes qui sont infectées » (Danziger, 1999, p. 294). En fait, on a soutenu que le dépistage généralisé détournerait des ressources rares des stratégies de prévention jugées plus efficaces. Le problème continu de la discrimination à l'endroit des personnes atteintes du VIH dans des secteurs

comme le logement et l'assurance-maladie est une autre raison pour ne pas promouvoir le dépistage. À la suite de discussions sur le dépistage du VIH en Grande-Bretagne, le ministère de la santé et le Terrence Higgins Trust ont recommandé que l'on informe les gens des préjudices et avantages possibles du dépistage afin qu'ils puissent prendre une décision éclairée (Danziger, 1999).

En Grande-Bretagne , le dépistage confidentiel volontaire est offert dans des établissements cliniques, mais n'a pas été largement utilisé. Un vaste sondage mené récemment en Grande-Bretagne auprès d'un échantillon aléatoire stratifié a révélé que 32,4 % des hommes et 31,7 % des femmes ont subi un test de dépistage du VIH et plus de la moitié ont subi le test au moment d'un don de sang. Si l'on exclut le dépistage sanguin et prénatal, 9 % des hommes et 4,6 % des femmes ont subi un test confidentiel volontaire sur une période de cinq ans, dont le quart dans des établissements de pratique générale. Le tiers des consommateurs de drogue injectable et des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ont subi un test de dépistage au cours des cinq dernières années (McGarrigle, 2005). En Irlande du Nord et en Écosse, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués d'infection à VIH a atteint des sommets en 2004, et, en Écosse, cette hausse était largement attribuable à une augmentation du nombre de test de dépistage effectué auprès de patients dans des cliniques prénatales et des cliniques de vénérologie (HPA, 2005). Dans le cas des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, la consultation et le dépistage volontaires dans les cliniques de vénérologie sont passés à 79 % en 2004 (HPA, 2005).

On peut évaluer la promotion de la consultation et du dépistage volontaires auprès des patients de clinique de vénérologie en surveillant la proportion de patients dont l'infection à VIH aurait pu être diagnostiquée pendant leur visite, mais qui ont quitté la clinique sans avoir été informés de leur infection à VIH (HPA, 2005). Dans le cas des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, cette proportion est passée de 63 % en 2000 à 44 % en 2004 et, parmi les hétérosexuels, de 52 % à 35 %. Parmi ceux qui n'ont pas bénéficié de la consultation et du dépistage volontaires, au moins 44 % des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et 52 % des hétérosexuels se sont vu offrir de subir un test de dépistage du VIH mais ont refusé. Parmi ceux qui ont refusé de subir le test, 5,8 % des hommes ayant des relations avec d'autres hommes et 0,7 % des hétérosexuels étaient infectés au VIH (HPA, 2005).

ÉTATS-UNIS

Surveillance du sida

Lorsque les premiers cas d'infection, de cancer et d'autres affections opportunistes ont été signalés en 1981, les Centers for Disease Control (CDC) ont commencé à collaborer avec les services sanitaires locaux pour surveiller de façon informelle cet étrange nouveau syndrome. La déclaration initiale des cas a commencé par une définition épidémiologique, une surveillance active et une investigation des cas. Le sida est devenu officiellement une maladie à déclaration obligatoire assez facilement en vertu des exigences de l'État et des services sanitaires locaux régissant la déclaration des maladies transmissibles. La déclaration des cas de sida au niveau étatique était nominative, mais confidentielle. Tous les rapports de

cas ont été envoyés au CDC, le nom des patients ayant été remplacés par un identificateur unique. Ce système national de surveillance a servi à surveiller l'épidémie.

Dialogue avec les collectivités à risque

Dès le début, un dialogue actif s'est établi entre les représentants officiels de la santé publique, les fournisseurs de soins de santé et les leaders de la collectivité touchée la plus visible – la collectivité gaie – concernant les droits civils des personnes infectées et la protection des autres pour qu'ils ne deviennent pas infectés (Bayer, 1989). En attendant la mise au point d'un test de détection des anticorps, on a soulevé des inquiétudes au sujet de listes possibles de séropositifs qui circuleraient et les empêcheraient d'obtenir un emploi ou une protection d'assurance. Lorsque le test a finalement été autorisé, bien des questions stratégiques et des controverses avaient déjà fait l'objet d'intenses débats, parmi les intervenants en santé publique et la collectivité gaie.

Test de détection des anticorps du VIH volontaire, y compris un test anonyme

En 1985, lorsque le test de détection des anticorps du VIH a été mis au point et autorisé, le Public Health Service des États-Unis a recommandé qu'il soit utilisé uniquement pour analyser les dons de sang et de plasma servant aux transfusions. Comme l'agence s'inquiétait du fait que des gens pourraient donner du sang pour connaître leur séropositivité, elle a également financé d'autres centres de test. En 1985, 874 centres de test avaient été établis à l'échelle du pays par 55 services sanitaires étatiques et locaux grâce à un financement fédéral de 10 M$ gérés par les CDC. Au cours de cette première année, 79 083 personnes ont subi le test gratuitement, et 17 % étaient séropositives (Valdiserri, 1997). On a également offert un test de dépistage anonyme à certains centres de test afin que la crainte de la stigmatisation et de la discrimination n'empêche pas les gens de subir le test.

Notification des partenaires

Comme condition de financement, le CDC exige que les administrations de santé publique étatiques et locales établissent des normes et des processus concernant la notification des partenaires et que des efforts soient déployés de bonne foi pour aviser les conjoints des personnes séropositives (West, 1997). On utilise habituellement des mécanismes d'aiguillage des patients et des fournisseurs, les services de santé offrant un certain niveau supplémentaire de service pour aider les clients à aviser leurs partenaires. Certains programmes concentrent leurs efforts sur des groupes de gens en particulier (p. ex. les femmes, les collectivités à risque).

Opposition au dépistage et à la consultation

On a continué à s'opposer à la consultation et au dépistage volontaires généralisés à la suite de l'expérience de dépistage initiale. L'Association of State and Territorial Health Officers a d'abord déclaré que, mis à part le dépistage et la recherche hématologique, le test de dépistage du VIH était peu utile en raison du risque de faux positifs et de l'importance inconnue du pronostic. Les services de santé de Philadelphie, de Chicago et de New York ont mis au défi les autorités sanitaires de financer d'autres centres de dépistage, où les gens pourraient subir un test en toute confidentialité ou de façon anonyme. Le commissaire à la santé de la ville de

New York a refusé de créer ce genre de centre dans la ville, qui était l'un des épicentres de l'épidémie aux États-Unis. Les plus grandes organisations gaies ont initialement dissuadé les homosexuels de subir le test (Bayer, 1989). Les forces d'opposition conservatrices prônaient l'utilisation de mesures de contrôle de la maladie traditionnelles, comme le dépistage des membres des groupes à risque, les déclarations nominatives, la recherche des contacts et les restrictions prévues par la loi sur les activités sexuelles des personnes séropositives.

Le Colorado est devenu le premier État à exiger la déclaration nominative des résultats positifs de test de dépistage du VIH. La controverse sur l'utilité de la collecte des résultats des tests de dépistage du VIH à des fins de surveillance s'est peu à peu atténuée au fur et à mesure que des États ont établi des systèmes de déclaration, certains par le nom, d'autres par un identificateur unique.

Le test de dépistage des femmes enceintes a déclenché le même genre de controverse. Jusqu'à ce que l'on trouve la zidovudine pour prévenir la transmission prénatale, bien des gens s'opposaient aux tests de dépistage réguliers ou obligatoires des femmes enceintes. La crainte d'avortement forcé a poussé les défenseurs des droits à la reproduction à s'opposer au test de dépistage du VIH prénatal. Toutefois, comme bien des femmes ne savaient pas qu'elles couraient des risques élevés d'infection à VIH, le passage à la politique du dépistage régulier est devenu monnaie courante dans bien des États.

HIV Prevention Community Planning Councils

Pendant les années 80, les CDC ont déterminé de quelle façon le financement fédéral de la prévention serait attribué à chaque État. Au début des années 90, toutefois, une évaluation externe a révélé qu'il fallait plus de souplesse à l'échelle locale pour cibler plus précisément les collectivités locales à risque (Valdiserri, 1997). Les CDC ont créé un nouveau système de planification et d'établissement des priorités fondé sur la collaboration des représentants communautaires, des représentants officiels en santé publique et des organismes de service sur le sida. On a établi les HIV Prevention Community Planning Councils pour déterminer les sommes d'argent qui seraient attribuées à la prévention du VIH. Dans certains cas, cette politique a mené à la réduction du financement consacré au dépistage et à la consultation car des fonds ont été attribués à d'autres interventions, comme des services d'approche dans la rue. Dans d'autre cas, des collectivités à risque étaient d'avis que les services de santé recevaient encore trop de fonds pour le dépistage et la consultation et que ce financement aurait dû être accordé plutôt à des organismes communautaires.

Prévention de la contamination

Au cours de la troisième décennie de l'épidémie, les experts en prévention ont entrepris une importante initiative afin qu'un plus grand nombre de gens soient informés de leur séropositivité et puissent obtenir de l'aide pour

prévenir la transmission du VIH à d'autres personnes grâce à l'adoption de comportements durables de réductions des risques de transmission du VIH (OIM, 2001; Janssen, 2001). Les CDC ont entamé une nouvelle stratégie appelée Serostatus Approach to Fighting the HIV Epidemic (SAFE). Même si des interventions comportementales auprès des gens vivant avec le VIH étaient mises à l'essai, on a également lancé une campagne visant à motiver et à former des fournisseurs de soins de santé pour parler de prévention avec leurs patients séropositifs.

CANADA

Réaction nationale

Même si la santé publique est principalement du ressort de chaque province canadienne, un comité national (le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le sida) a été créé pour effectuer des analyses en profondeur des politiques et des programmes sur les problèmes que posait le VIH grâce au partage de renseignements et à l'accès à d'expertise nécessaire. Les résultats de ces analyses ont éclairé les administrations fédérale, provinciales et territoriales au sujet de l'élaboration de politiques et de programmes. De plus, de nombreux organismes de services sur le sida et réseaux sur le sida provinciaux ont vu le jour à l'échelle communautaire pour faire face à la crise et dialoguer avec les organismes de santé publique.

Les Lignes directrices canadiennes pour les maladies transmises sexuellement à partir desquelles les provinces et les territoires ont adapté leurs propres politiques comprennent les recommandations suivantes (Santé Canada, 1998) :

- Test
  - Tout médecin peut demander un test de détection du VIH.
  - Ce test ne devrait être effectué qu'avec le consentement du patient.
  - Il faut offrir un test de détection du VIH à toute personne qui a un comportement à risque, dont le tableau clinique ou les résultats aux épreuves de laboratoire évoquent une infection à VIH ou à toute personne qui en fait la demande – il faut expliquer clairement la nature du test ET – il faut assurer une consultation pré-test et post-test adéquate.
  - Dans l'ensemble des provinces et des territoires, un médecin n'est pas tenu de fournir le nom de la personne qui a subi le test de dépistage, MAIS à certains endroits, il doit indiquer le nom de la personne aux autorités sanitaires locales (déclaration nominative) si le résultat du test est positif.
  - Dans certaines provinces, il est possible de subir un test non nominatif ou anonyme (la personne n'est pas obligée de révéler son identité et le résultat du test est communiqué uniquement à elle).
- Le sida est une maladie à déclaration nominative.
- La notification aux partenaires doit être effectuée dans tous les cas de sida et d'infection à VIH. Les autorités sanitaires locales peuvent contribuer à la notification des partenaires et à l'orientation de ces derniers pour qu'ils subissent une évaluation clinique, des tests, un traitement et reçoivent des services d'éducation sanitaire. C'est au

médecin traitant qu'il incombe de veiller à la notification des partenaires.

- Tous les enfants nés de mères qui sont ou pourraient être infectées par le VIH doivent être évalués.
- Au moment du diagnostic d'une MTS, il faut passer en revue et surveiller les méthodes de prévention. Il convient de cerner les obstacles à la prévention et les moyens de les surmonter.
- Des lignes directrices exhaustives sur la consultation avant et après le test décrivent l'information et la méthode optimales à suivre.

Dès le début, le Canada a été généralement porté à créer un milieu de dépistage et de consultation volontaires facilement accessible plutôt qu'un dépistage obligatoire, et les discussions stratégiques ont principalement porté sur la justice sociale et les droits de la personne. Comme dans d'autres fédérations (p. ex. les États-Unis et l'Allemagne), les provinces disposent d'un large éventail de politiques sur les divers problèmes que pose le VIH. L'Alberta, la Colombie-Britannique et l'Ontario offrent des exemples contrastants de réponses stratégiques provinciales sur les principaux problèmes que pose le VIH comme nous le mentionnons ci-dessous.

SERVICES DE DÉPISTAGE ET DE CONSULTATION

En Colombie-Britannique, les résultats positifs au test de dépistage du VIH proviennent principalement des hôpitaux et des établissements de santé communautaire : les cliniques de santé publique arrivent au deuxième rang. La BC Division of Sexually Transmitted Disease/AIDS Control s'occupe d'une clinique ambulatoire, d'un programme de prévention dans la rue dans le centre-ville est de Vancouver et d'un programme autochtone, Chee Mamuk, qui sensibilise les collectivités et les organismes autochtones en Colombie-Britannique. Les tests de dépistage du VIH sont effectués sur demande à des cliniques de vénérologie. Dans les établissements de santé, un médecin offre habituellement une consultation préalable et postérieure au test, tandis que, dans les cliniques de santé publique, une infirmière en santé publique offre souvent le service. Les options d'une notification des partenaires sont offertes aux patients pendant la consultation postérieure au test. On leur offre notamment d'aviser eux-mêmes leurs partenaires, d'obtenir de l'aide des fournisseurs de soins de santé ou de demander une aide du service de santé qui est fournie par une infirmière en santé publique.

Les services de consultation et de dépistage du VIH en Ontario sont principalement offerts confidentiellement dans les cabinets de médecins. Les fournisseurs de soins ont la possibilité de demander un test de dépistage du VIH non nominatif si le patient le demande, c'est-à-dire d'utiliser un identificateur unique plutôt que le nom du patient. Comme en Colombie-Britannique, les patients peuvent aviser leurs partenaires par les fournisseurs de diverses façons. Si le test est nominatif, le service de santé fait le suivi des résultats positifs d'abord auprès du médecin puis de la personne séropositive.

En Ontario, les cliniques d'infections transmissibles sexuellements et les unités de santé publique locales jouent un rôle important dans le programme de dépistage du VIH et bon nombre offrent des tests anonymes. Le personnel infirmier et les travailleurs en santé publique offrent des services de consultation et de dépistage du VIH à tous les patients (test régulier exigeant l'acceptation du patient).

Le patient peut sélectionner un test nominatif, non nominatif ou anonyme ou refuser complètement le test.

En Alberta, les services de dépistage et de consultation du VIH sont offerts dans l'ensemble de la province, y compris aux centres de santé publique, aux cliniques d'infections transmissibles sexuellements dans trois villes, certaines cliniques de planification familiale de l'autorité sanitaire régionale et certains cabinets de médecins (communication personnelle, Dawn Krahn, gestionnaire des maladies transmissibles, et Pamela Miller, infirmière-conseil sur les pathogènes transmis par le sang, Alberta Health and Wellness).

TEST DE DÉPISTAGE ET CONSULTATION ANONYMES

Le dépistage et la consultation anonymes ont été des sujets controversés au cours des premières années de l'épidémie, étaient préconisés par les provinces de l'Ontario et du Québec qui avaient un taux de prévalence élevé comme moyen d'offrir aux personnes qui risquaient de ne pas demander le test un accès à une forme de dépistage du VIH moins risquée. On voulait ainsi s'assurer que les gens pourraient être informés de leur séropositivité sans risquer que la confidentialité des résultats positifs du test ne soit violée. Même si les représentants officiels en santé publique d'autres provinces se sont vivement opposés à cette option, le dépistage et la consultation anonymes ont gagné en popularité et sont devenus l'une des formes les plus importantes de test de dépistage du VIH au Canada (communication personnelle avec David Hoe, 2006). La Hassle Free Clinic de Toronto a élaboré des lignes directrices sur la consultation pour les tests de dépistage anonymes qui offrent des conseils très respectés sur le dépistage et la consultation anonymes (ministère de la Santé de l'Ontario, 1995).

En Ontario, de 3 % à 4 % des tests de dépistage sont effectués anonymement, mais les taux de tests anonymes dont les résultats sont positifs sont plus élevés que les taux de résultats positifs des tests non nominatifs et nominatifs (ministère de la Santé de l'Ontario).

En Ontario, de 3 % à 4 % des tests de dépistage sont effectués anonymement, mais les taux de tests anonymes dont les résultats sont positifs sont plus élevés que les taux de résultats positifs des tests non nominatifs et nominatifs (ministère de la Santé de l'Ontario). Le dépistage anonyme est offert dans 36 centres, y compris des centres de santé communautaire, des unités de santé publique et des cliniques d'infections transmissibles sexuellement dans l'ensemble de la province, et le ministère de la Santé va augmenter le nombre de centres. La Hassle Free Clinic offre des tests de dépistage anonymes aux hommes et aux femmes; une grande partie des tests anonymes sont effectués à cette clinique, particulièrement pour des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Avant que des employés puissent offrir du dépistage et de la consultation anonymes, ils doivent recevoir une formation du ministère de la Santé. Le Ministère offre également des cours de formation et de perfectionnement

annuels pour s'assurer de la qualité de la consultation offerte. Comme une consultation complète préalable et postérieure au test n'est offerte que dans les centres de tests anonymes, les personnes qui composent le numéro de la ligne d'aide du VIH à la recherche d'un centre de tests sont souvent orientées vers le dépistage anonyme plutôt que le dépistage confidentiel, pour qu'elles puissent recevoir des renseignements et du soutien dont ils ont besoin plutôt que de connaître simplement les résultats, qu'ils soient négatifs ou positifs. Le processus de dépistage anonyme est considéré comme une « zone d'attente » en Ontario (Frank McGee, coordonnateur du Bureau de lutte contre le sida du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario). Il offre aux gens qui pourraient refuser de subir un test de dépistage du VIH la possibilité d'être informés de leur séropositivité puis de prendre du recul et de déterminer les mesures subséquentes à suivre, y compris de déterminer un meilleur moment de recevoir des soins de santé. Au cours de la consultation, on avertit les gens de s'attendre à subir à nouveau un test nominatif lorsqu'ils reçoivent des soins et à documenter leur affection.

Les centres de test anonymes forment une composante essentielle de la méthode adoptée par l'Ontario pour rejoindre les personnes à risque marginalisées qui ne sont pas au courant de leur séropositivité. C'est pourquoi le Ministère augmente le nombre de centres. Bon nombre de centres de tests anonymes ont conclu des partenariats dynamiques avec les organismes de services sociaux communautaires qui servent des groupes précis de la population ainsi qu'avec des organismes de service de lutte contre le sida. Certains sont des programmes qui s'adressent aux gens de la rue comme les jeunes sans abri et les toxicomanes qui consomment des drogues injectables. Le personnel des centres de tests anonymes se rend souvent dans des organismes partenaires (y compris un programme d'approche) pour offrir la consultation préalable au test. Lorsqu'une personne se rend finalement au centre de tests anonymes pour subir un test de dépistage (souvent accompagnée d'un membre du personnel de l'organisme de service social), la consultation préalable au test se poursuit, et c'est là également que la consultation postérieure au test se déroule. Ce concept du « guichet unique » est inhérent à la façon dont les organismes s'occupent des personnes vulnérables.

En Ontario, le dépistage et la consultation sont jugés de qualité si une personne revient pour obtenir les résultats de son test. Si une personne se sent bien accueillie et bien soignée pendant le processus de consultation préalable au test (qui peut durer plus d'une séance), elle est plus susceptible de revenir pour les résultats du test. Au centre de tests anonymes, le taux de retour est très élevé, mais une évaluation beaucoup plus officielle est également prévue.

Selon Frank McGee, « il est faux de croire que les partenaires ne sont pas avisés dans le cas d'un test anonyme ». Les discussions sur l'importance d'aviser les partenaires sexuels et les partenaires de consommation de drogues commencent pendant la consultation préalable au test et se poursuivent pendant la consultation postérieure au test chez les personnes séropositives. Les conseillers des centres de tests anonymes offrent leur assistance ainsi que celle du service de santé pour aviser les partenaires (les partenaires peuvent toujours être avisés sans qu'on leur dise qui a fourni leur nom). Même si le Bureau de lutte contre le sida voit le test anonyme avec

beaucoup d'enthousiasme, on continue de s'opposer au test anonyme en Ontario. Bien des gens reconnaissent toutefois les avantages du test anonyme pour rejoindre les gens les plus vulnérables et les plus à risque de contracter le VIH, et le ministre actuel de la Santé est très solidaire.

Lorsque la Colombie-Britannique a instauré la déclaration obligatoire du VIH en 2003, on a fait un compromis pour offrir une autre solution au test de dépistage anonyme. Les fournisseurs de soins de santé ont eu la possibilité de déclarer les résultats du test de dépistage du VIH de façon non nominative, en créant un identificateur unique à la demande du patient. De cette façon, le nom du patient n'est pas associé au résultat positif du test de dépistage du VIH. La Colombie-Britannique a donc instauré une déclaration obligatoire du VIH avec la possibilité qu'elle soit non nominative. Ce système a été évalué après la mise en place du programme pendant deux ans, et les quelques cas de violation de la confidentialité qui se sont produits ne semblent pas avoir causé de tort aux patients (communication personnelle avec Steven Smith, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, juillet 2006).

En Alberta, le test de dépistage du VIH est offert dans les cliniques de vénérologie à Calgary, à Edmonton, à Fort McMurray et dans certaines cliniques de planification familiale de la province. Si le test est positif, il doit être déclaré de façon nominative (communication personnelle avec Dawn Krahn et Pamela Miller). Le VIH est devenu une maladie à déclaration obligatoire en 1998 (Jayaraman, 2003).

DÉPISTAGE ET CONSULTATION PÉRINATALS

Le dépistage du VIH et les services de consultation périnatals est une autre question faisant l'objet de diverses politiques au sein des provinces. En Colombie-Britannique et en Ontario, les services sont habituellement offerts sur acceptation du patient. En d'autres termes, la femme doit accepter l'offre de test de dépistage du VIH, contrairement à l'option de refus, où le test est effectué sauf si la femme refuse. Les fournisseurs de soins de santé doivent offrir de la consultation sur le VIH ainsi qu'un test de détection des anticorps du VIH à toutes les femmes enceintes et à celles qui planifient une grossesse. Le test de dépistage du VIH est volontaire et ne peut être effectué qu'avec le consentement éclairé de la patiente. Le test est également effectué de façon nominative, c'est-à-dire qu'on utilise le nom et le numéro d'assurance-maladie de la patiente.

En Ontario, toutefois, lorsqu'on offre un test de dépistage périnatal, une femme peut refuser le test nominatif et choisir de subir un test à un centre de test de dépistage du VIH anonyme en Ontario (ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario). Dans ce cas-là, seule la femme obtiendra le résultat, et personne d'autre, y compris son fournisseur de soins de santé, ne connaîtra les résultats du test sauf si elle le dévoile. Il revient à la femme de décider si elle avisera son fournisseur de soins de santé des résultats de son test anonyme et il revient au médecin de documenter les résultats du test. Si une femme demande un traitement, le fournisseur offre à la femme de reprendre le test de

façon nominative pour que le résultat positif du test de dépistage du VIH soit consigné dans le dossier de la patiente.

Lorsque le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a choisi d'effectuer les tests de dépistage périnatal uniquement avec l'accord des patientes en 1998, un groupe de travail de fournisseurs de soins de santé, les représentants en santé publique, les groupes communautaires et des chercheurs se sont réunis pour élaborer des stratégies visant à appuyer la politique. Les interventions qui ont été mises en œuvre s'adressaient aux fournisseurs de soins de santé, au personnel des services sanitaires locaux et aux femmes et comprenaient les suivantes :

- Une liste de vérification et une brochure sur la consultation ont été envoyées à tous les médecins en 1999, en 2002 et en 2003 (ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2003). On a également envoyé une analyse des taux de dépistage à l'échelle locale aux 36 médecins-hygiénistes de la province (2000).
- Les médecins qui n'ont pas demandé un test de dépistage du VIH pour une patiente ont reçu une note de service recommandant que leurs patientes subissent un test de dépistage du VIH prénatal lorsqu'ils recevaient les autres résultats de laboratoire.
- On a procédé à une campagne multimédia pour offrir au public de l'information sur l'importance du dépistage du VIH pour les femmes enceintes (2004).

À la suite de cette série d'interventions, le taux de tests de dépistage du VIH périnatal en Ontario est passé de 34 % (avant la politique régulière d'acceptation de l'offre) à 88 % en 2005 (communication personnelle, Frank McGee, coordonnateur de la lutte contre le sida du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario). Voici la leçon qu'on en a tirée : un taux élevé de dépistage du VIH chez les femmes enceintes peut être obtenu au moyen d'un test volontaire effectué sur l'acceptation de la patiente au moyen de multiples approches visant à promouvoir l'intervention. En fait, le groupe de travail périnatal de l'Ontario estime que les taux sont actuellement tout aussi élevés dans certaines administrations où on utilise l'option de refus (correspondance personnelle, Lynne Leonard, PhD, Université d'Ottawa, Ottawa, Canada). Dre Leonard croit que l'augmentation du taux de dépistage est attribuable à la qualité et au contenu de la consultation préalable au test. Non seulement le test de dépistage du VIH devrait être offert à toutes les femmes en âge de procréer pour qu'elles puissent être informées de leurs choix de reproduction avant leur grossesse, elles devraient également être conseillées au sujet des avantages du dépistage du VIH pour leur propre santé ainsi que pour celle de leur bébé. Elle soutien que le test de dépistage du VIH n'est pas un test de routine qui devrait être effectué à la légère. La patiente peut en subir les conséquences pour le reste de ses jours. Les femmes, particulièrement celles qui subissent les stress occasionnés par la grossesse, ont besoin de consultation préalable au test pour qu'elles soient prêtes à accepter le résultat s'il est positif.

En Alberta, on offre des services de dépistage et de consultation périnatals avec option de refus (c.-à-d. que le test est offert d'emblée et que la patiente a le droit de le refuser). Depuis 1998, la province a pour politique que toutes les femmes enceintes subissent le test de dépistage du VIH comme soin prénatal de routine sauf si elles refusent le test.

Le but principal de l'option de refus de l'Alberta est de s'assurer que la majeure partie des femmes enceintes qui habitent en Alberta aient accès au dépistage du VIH dans le cadre de leurs soins prénatals de routine.

En 2000, l'Alberta Medical Association et l'Alberta Health and Wellness ont commandé une évaluation indépendante de la mise en œuvre et des résultats à court terme du programme de dépistage du VIH prénatal de routine de l'Alberta (Alberta Medical Association, 2001). L'évaluation finale a révélé que la vaste majorité des femmes enceintes subissent un test prénatal de dépistage du VIH. La proportion de femmes enceintes qui ont refusé le test est passée de 4 % au cours de la première année de la mise en œuvre du programme de dépistage à 2,4 % au cours de la deuxième année du programme. Même si la plupart des professionnels de soins de santé ont déclaré qu'ils disent toujours (83,1 %) aux femmes que le test de dépistage du VIH fait partie des soins réguliers de la grossesse, seulement 67,1 % ont dit avoir toujours dit aux femmes qu'elles avaient le choix de refuser le test.

TECHNOLOGIES DE DÉPISTAGE RAPIDE

Les tests de laboratoire sont autorisés à l'échelle nationale au Canada. Deux tests rapides ont été autorisés et par la suite retirés du marché en raison d'un défaut de fabrication, et, en décembre 2005, un test a été à nouveau approuvé au Canada. Les médecins privés peuvent acheter et utiliser les tests, mais, depuis août 2006, aucun gouvernement provincial n'a financé l'utilisation d'un test rapide dans les cliniques de santé publique. Seule la Hassle Free Clinic de Toronto utilise les tests rapides, où ils font l'objet d'une expérimentation. Les tests rapides suscitent beaucoup de discussion au Canada, et les représentants officiels en santé publique prennent en considération cette méthode.

CUBA

Peu après le développement du test de détection des anticorps, Cuba a commencé à appliquer un programme de dépistage obligatoire de toutes les personnes sexuellement actives pour identifier et mettre en quarantaine les séropositifs pour le VIH, « créant ainsi un système de détention préventive médicale » (Mann, 1992). On a procédé à la recherche des contacts et au test de dépistage du VIH des partenaires sexuels des personnes atteintes du VIH, et tous les séropositifs ont été confinés dans des sanatoriums. Pendant leur détention, les gens ont continué de toucher leur salaire, poursuivi leurs études, ont eu l'autorisation de se rendre en visite à leur domicile et ont reçu une alimentation et des soins médicaux de grande qualité. En 1991, 75 % de la population avait subi un test de dépistage, et, en 1993, 12 millions de tests avaient été effectués dans le pays qui compte 11 millions d'habitants. Le gouvernement a consacré de 15 à 20 millions de dollars chaque année aux soins liés au VIH dans les années 1990, y compris le traitement aux antirétroviraux et d'autres soins de santé, le service de nutrition et de l'aide au logement (Hansen, 2003; Santana, 1991).

Même si le gouvernement cubain a levé la quarantaine en 1994, la moitié des séropositifs vivaient toujours dans des sanatoriums en 2003, qui servent encore d'installations de consultation et de logement transitoires. En 2002, la prévalence du VIH à Cuba n'était que de 0,03 %. Depuis 1990, toutefois, l'économie du pays est principalement fondée sur le tourisme étranger, y compris le tourisme

sexuel. Cette situation, ainsi que d'autres facteurs comme la pauvreté causée par la crise économique du début des années 1990, la prohibition de tout activisme communautaire non officiel en matière de santé et un manque de vulnérabilité perçu en raison de la réussite de la campagne de prévention du VIH de Cuba peuvent tous être des facteurs qui ont contribué à l'annonce par le ministère de la santé en 1997 d'une hausse du taux d'infection à VIH à Cuba (Hansen, 2003). Cuba semble avoir réussi à faire diminuer la prévalence du VIH, mais les effets relatifs des divers facteurs qui peuvent y avoir contribué comme la quarantaine, le dépistage obligatoire, la recherche des contacts, l'isolement social et politique de l'île, les niveaux de vie qui ont éliminé la misère noire et l'inégalité sociale ainsi que l'accès universel à des soins médicaux de prévention n'ont pas encore fait l'objet d'études (Hansen, 2003).

SECTION DEUX : QUE SAIT-ON DU NOMBRE DE PERSONNES QUI NE SAVENT PAS QU'ELLES SONT INFECTÉES PAR LE VIH

APERÇU

De toute évidence, la seule façon de réellement identifier toutes les personnes atteintes d'une infection à VIH et de faire subir un test de dépistage à la population tout entière. Comme peu de pays ont opté pour cette stratégie, une certaine partie des gens asymptomatiques ne connaissaient pas eux-mêmes leur séropositivité, qui n'était pas non plus connue des autorités sanitaires. Il faut donc tenter de rejoindre ces personnes à la fois pour leur prodiguer des soins et pour prévenir la transmission de la maladie. Pour augmenter le taux de dépistage du VIH et de consultation, il faut adopter des stratégies différentes selon la sous-population ciblée.

Il existe très peu de données sur la proportion de gens atteints du VIH dont la maladie n'a pas été diagnostiquée. De plus, il est difficile de faire une estimation de la prévalence de l'incidence globale du VIH d'un pays, car ces données varient d'une sous-population à l'autre, p. ex. les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et les consommateurs de drogue injectable. Pour évaluer le nombre de personnes qui ne savent pas qu'elles sont infectées par le VIH, les épidémiologistes ont appliqué diverses méthodes pour estimer le nombre total de séropositifs inconnus (Archibald, 2004; Glynn, 2005). Les méthodes directes consistent à faire subir un test à toute la population visée, ce qui n'est pas réaliste. Dans le cas des méthodes indirectes d'estimation du nombre de personnes qui ne savent pas qu'elles sont infectées par le VIH à l'échelle de la population et du pays, les calculs sont fondés sur d'autres séries de données. La validité des estimations dépend de l'exactitude des données. Néanmoins, les calculs offrent au fil du temps un moyen de surveiller l'efficacité des programmes de consultation et de dépistage et peuvent également servir à surveiller l'efficacité des soins offerts.

ESTIMATIONS MONDIALES

Le nombre de personnes qui ne savent pas qu'elles sont infectées par le VIH varie énormément d'une partie du monde à l'autre (voir le tableau 2.1). De plus, certains facteurs sont liés à la proportion de cas non diagnostiqués : moins l'étude est récente, plus la proportion de gens qui ne connaissent pas leur séropositivité est élevée, car l'accessibilité du test de dépistage a augmenté au cours des dernières années; dans les pays en développement, où le dépistage est moins accessible, ces proportions sont plus élevées que dans les pays industrialisés; de même, ces

On évalue que cette proportion de gens qui ne connaissent pas leur séropositivité à 85 % et à 90 % à l'échelle mondiale, c'est-à-dire qu'environ 38 millions de gens vivant avec le VIH n'ont pas de diagnostic et ne peuvent donc bénéficier d'un traitement ou d'une consultation pour prévenir la transmission du VIH (Archibald, 2004).

TABLEAU 2.1 : ESTIMATION MONDIALE DES CAS D'INFECTION À VIH NON DIAGNOSTIQUÉS

Région	Proportion approximative de cas non diagnostiqués	Prévalence de l'infection (en millions)*
Afrique subsaharienne	90-95 %	25
Asie de l'Est	90-95 %	0,9
Afrique du Nord, Moyen-Orient	85-95 %	0,48
Asie du Sud et du Sud-Est	85-95 %	6,5
Europe de l'Est, Asie centrale	75-85 %	1,3
Caraïbes	75-85 %	0,43
Amérique latine	65-75 %	1,6
Europe de l'Ouest	30-35 %	0,58
Océanie	25-35 %	0,032
Amérique du Nord	25-30 %	1,0
Monde entier	**85-90 %**	**37,8**

* Estimation à la fin de 2003, ONUSIDA (Archibald, 2004)

proportions semblent plus élevées chez les sous-populations à risque que dans la population en général; et dans le cas des populations à risque, on remarque des proportions plus élevées de gens qui ne connaissent pas leur séropositivité parmi les jeunes et les membres de minorités.

Même si la proportion de gens qui ne connaissent pas leur séropositivité est évaluée à 14 % à Cuba et entre 12 % et 20 % en Suède, deux pays où les programmes de dépistage et de consultation sont stricts, la proportion de gens dans les pays à faible revenu qui comptent sur des programmes en manque de ressources peut se situer entre 90 % et 95 %. On évalue que cette proportion de gens qui ne connaissent pas leur séropositivité à 85 % et à 90 % à l'échelle mondiale, c'est-à-dire qu'environ 38 millions de gens vivant avec le VIH n'ont pas de diagnostic et ne peuvent donc bénéficier d'un traitement ou d'une consultation pour prévenir la transmission du VIH (Archibald, 2004).

UTILISATION D'ESTIMATIONS DANS LA SURVEILLANCE

L'estimation du nombre de cas non diagnostiqués d'infection à VIH reflète la taille de la population et est surtout intéressante pour la prévention et l'établissement de programme de soins (Archibald, 2004). Donc, on peut utiliser ce nombre ou cette proportion comme indicateur d'incidence pour évaluer l'étendue de la portée des programmes de soins et la capacité des programmes de prévention de rejoindre les personnes à risque (Archibald, 2004). Une réduction de l'écart entre les personnes dans le besoin et celles qui reçoivent un traitement révèle une augmentation de l'incidence. De plus, les activités qui réduisent la proportion de gens chez qui l'infection n'est pas diagnostiquée contribuent à la prévention du VIH. La capacité et la volonté des gens de connaître leur séropositivité et celles des collectivités de connaître la prévalence de la maladie permettent de surveiller les progrès réalisés pour l'atteinte de cet objectif. En effet, l'estimation du nombre de cas

d'infection à VIH non diagnostiqués serait une donnée précieuse à ajouter à la trousse intitulée Global Fund Monitoring and Evaluation Toolkit. Par exemple, on pourrait ainsi améliorer l'utilité des indicateurs comme le pourcentage de gens âgés de 15 ans à 49 ans qui ont demandé un test de dépistage du VIH et qui ont obtenu des résultats. Néanmoins, même si un programme a un taux de dépistage élevé, bien des cas demeurent non diagnostiqués dans la collectivité.

MÉTHODES UTILISÉES POUR ÉVALUER LE NOMBRE DE PERSONNES QUI NE SAVENT PAS QU'ELLES SONT INFECTÉES PAR LE VIH

On a créé diverses méthodes pour calculer la proportion de gens vivant avec le VIH qui ne sont pas au courant de leur séropositivité (Archibald, 2004).

La méthode directe compare les cas séropositifs autodéclarés et les résultats des analyses de laboratoire effectuées au même moment. La différence entre les deux chiffres est le nombre de cas séropositifs inconnus. Même si le nombre est exact dans cet échantillon, dans un échantillon de commodité ou un groupe de volontaires, la mesure dans laquelle cette méthode est représentative en ce qui concerne la population en général est habituellement problématique.

La méthode anecdotique utilise des déclarations sans justification à l'appui du nombre ou de la prévalence. Même si l'estimation peut être fondée sur une connaissance élargie des populations en question, si elle n'est pas fondée sur des données, elle demeure une opinion subjective du représentant officiel en santé publique.

La méthode indirecte dépend du calcul d'estimations distinctes de la prévalence du VIH dans la population visée et du nombre de personnes dans cette population qui sont toujours en vie chez qui on a diagnostiqué l'infection à VIH; la différence est le nombre de gens qui ne sont pas au courant de leur séropositivité (Archibald, 2004; Glynn, 2005). En ce qui concerne la méthode indirecte, l'exactitude du calcul dépend de l'exactitude des estimations comme telles de chaque composante, et on ne dispose souvent pas de détail concernant les divers groupes à risque au sein de la population visée.

ESTIMATIONS PAR PAYS

On a fait des estimations de la proportion de gens qui ne sont pas au courant de leur séropositivité dans certains pays. Certaines de ces estimations sont décrites ci-dessous (voir également les tableaux 2.2 et 2.3).

CANADA

En 2005, on évaluait le nombre de Canadiens atteints du VIH ou du sida qui n'étaient pas au courant de leur état à 15 800, soit 27 % des 58 000 personnes atteintes du VIH ou du sida (Boulos, 2006). Des études ciblées fournissent une mesure directe de la proportion des gens atteints du VIH dont la maladie n'a pas été diagnostiquée dans diverses sous-populations. Dans la phase la plus récente du sondage I-Track mené auprès de consommateurs de drogue injectable dans certains centres du Canada, 22,9 % ont dit que leur test de dépistage du VIH était négatif ou qu'ils ne connaissaient pas leur séropositivité alors que les tests sanguins ont révélé qu'ils étaient séropositifs (données inédites, Agence de la santé publique du Canada, 2006). Une étude ciblée s'adressant aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

à Montréal a révélé qu'en 2005, 23 % des hommes séropositifs n'étaient pas au courant auparavant de leur infection (Lambert, 2006). Ces populations ciblées sont plus susceptibles d'être au courant de leur risque d'infection et peuvent être donc plus portées à subir un test de dépistage et à compter moins de cas non diagnostiqués que d'autres sous-populations.

CUBA

Selon certaines données statistiques, 14 % des gens atteints du sida n'étaient pas connus des autorités sanitaires avant l'apparition des symptômes de la maladie. Selon un modèle mathématique, on évalue que le nombre de séropositifs à Cuba qui n'étaient pas au courant de leur état de santé est passé de 174 en 1991 à 401 en 2000 (Hsieh, 2002). Les calculs effectués à l'aide d'un modèle mathématique différent ont donné une proportion de 20 % à 30 %, soit une augmentation de 306 en 1991 à 446 en 1999 (Hsieh, 2002; de Arazoza, 2000).

PAYS DE L'UNION EUROPÉENNE

Des estimations du nombre de personnes qui ne savent pas qu'elles sont infectées par le VIH pour l'Union européenne sont accessibles pour la moitié des pays et vont de 12 % à 20 % en Suède à plus de 50 % en Pologne. D'autres pays comprennent le Danemark (15 % à 20%); la République tchèque (20 % à 25%) la France (30 %); l'Allemagne (25 % à 30 %); la Lettonie (50 %); les Pays-Bas (40 %); la Slovaquie (30 %); et le Royaume-Uni (35 %) (soit globalement de 29 % à 39 %). Chez les hommes qui ont des relations avec d'autres hommes et qui sont séropositifs au Royaume-Uni, on estime que 34 % (données allant de 27 % à 43 %) n'étaient pas au courant de leur séropositivité en 2004 (HPA , 2005). Globalement, on estime qu'environ 30 % des habitants de l'Union européenne ne savent pas s'ils sont séropositifs. (Données inédites, Hamers F, 2006).

ÉTATS-UNIS

Environ 30 % des gens vivant avec le VIH ou le sida aux États-Unis n'étaient pas au courant de leur infection à la fin des années 1990 (Sweeny, 1997). En 2003, cette proportion a chuté à 25 %. Cette année-là, on a évalué qu'aux États-Unis, il y avait entre 850 000 et 950 000 séropositifs, et que de ce nombre, environ 180 000 à 280 000 n'étaient pas au courant de leur séropositivité (Fleming, 2003). En 2005, ce chiffre est demeuré stable : 25 % du million de personnes vivant avec le VIH ou le sida environ aux États-Unis n'étaient pas au courant de leur infection (CDC, octobre 2005).

La proportion est apparemment plus élevée chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Dans un sondage national mené dans des certains endroits choisis au hasard où des hommes ayant des relations avec d'autres hommes se rencontrent socialement, la prévalence du VIH s'élevait à 25 %. De ces 25 %, 48 % ne savaient pas qu'ils étaient séropositifs. De plus, la proportion de ceux qui n'étaient pas au courant de leur séropositivité était plus élevée chez les jeunes hommes que chez les hommes de 30 ans, chez les personnes de couleur (64 % étaient noirs, 18 % étaient hispaniques) et chez les citadins à l'exception de ceux vivant à San Francisco (CDC, 24 juin 2005).

TABLEAU 2.2 : ESTIMATION DE LA PROPORTION DE GENS VIVANT AVEC LE VIH OU LE SIDA QUI NE SONT PAS AU COURANT DE LEUR INFECTION

PAYS	PRÉVALENCE DU VIH/SIDA Fourchette (nombre)	SÉROPOSITIVITÉ INCONNUE Fourchette (nombre) Pourcentage du total
Canada en 2005[1]	(58 000)	27 %
Union européenne[2]	(700 000)	30 %
Danemark[3]		15-20 %
République tchèque[4]		20-25 %
France[2]		30 %
Allemagne[5]		25-30 %
Lettonie[6]		50 %
Pays-Bas[7]		40 %
Pologne[2]		>50 %
Slovaquie[8]		20-30 %
Suède[9]		12-20 %
Royaume-Uni[10]	(58 300)	(19,700)
en 2004		34 %
États-Unis en 2003[11]	925 000-1 025 000	164 000-264 000
(Selon deux méthodes de calcul différentes)		18-26 %
	1 039 000-1 185 000	252 000-312 000
		24-27 %

1 (Boulos, 2006)

2 Correspondance personnelle, Francoise Hamers, Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC)

3 Correspondance personnelle, Susan Cowan, Serum Staten Institute

4 Correspondance personnelle, Maria Bruckova

5 (Robert Koch Institute, 2005)

6 Correspondance personnelle, A Ferdats, AIDS Prevention Centre

7 Correspondance personnelle, Eline Op de Coel, RIVM

8 Correspondance personnelle, Danica Stanekova, Université de médecine slovaque

9 Correspondance personnelle, Anders Blaxhult, Université de médecine slovaque

10 (HPA, 2005)

11 (Glynn, 2005)

Tableau 2.3 : Prévalence du VIH, pourcentage de personnes infectées par le VIH au courant de leur séropositivité, test de dépistage du VIH effectué chaque année par 1000 habitants et politiques et pratiques en matière de dépistage du VIH à l'Union européenne et en Suisse

					Test de dépistage du VIH offert de routine								
	Estimation de la prévalence en 2005	% de personnes infectées au VIH qui ne sont pas au courant de leur séropositivité	Tests de dépistage du VIH effectués en 2004**	Politique nationale de dépistage pour les femmes enceintes	Femmes enceintes	Patients hospitalisés, à l'exception de ceux atteints de la tuberculose	Patients atteints de la tuberculose	Patients atteints d'une infection transmissible sexuellement	UDI	Jeunes de moins de 25 ans	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes	Notification du partenaire ou recherche des contacts de routine	Infections diagnostiquées grâce à la notification du partenaire
Autriche	12 000	S.O.	86	U	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	
Belgique	14 000		52,6	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	
République tchèque	1 500	20-25 %	31,5	U	Oui	Non	Oui	Non	Oui	No	Oui	Oui	10-50 %
Chypre	<500		81,8	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	
Danemark	5 600	15-20 %	24,4	S	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	10-50 %
Estonie	10 000		45,5	U	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	
Finlande	1 900		25,5	U	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	
France	130 000	30 %†	75,9	U	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	
Allemagne	49 000	25-30 %	26,7	U	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	
Grèce	9 300		1,7	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	
Hongrie	3 200		11,2	Non	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	
Irlande	5 000	S.O.	5,7	U	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	
Italie	150 000	25 %‡	S.O.	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	
Lettonie	10 000	50 %	36,8	U	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	
Lithuanie	3 300		17,5	U	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	<10 %
Luxembourg	<1000	S.O.	32,2	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	
Malte	<500	S.O.	15,6	S	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	<10 %
Pays-Bas	18 000	40 %	S.O.	U	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Inconnu
Norvège	2 500	15 %	40,4		Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	<10 %
Pologne	25 000	>50 %	3,2	U	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	
Portugal	32 000	S.O.	50,5	U	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	
Slovaquie	<500	20-30 %	17,4	U	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	10-50 %
Slovénie	<500	S.O.	11,1	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	
Espagne	140 000		S.O.	U	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Non	
Suède	8 000	12-20 %	S.O.	U	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non	Oui	10-50 %
Suisse*	17 000		44,5	S.O.	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Non	
Royaume-Uni	68 000	30 %	S.O.	U	Oui	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Non	
TOTAL	715 300	**environ 30 %**											

U=universelle; S=sélective; DND=données non disponibles; Non=aucune politique nationale

* La Suisse et la Norvège ne font pas partie de l'Union européenne

** par 1000 habitants

† estimations non officielles

‡ données comprenant des personnes infectées au VIH ayant une ITS

Sources de données : Pays, ONUSIDA, EuroHIV, Université de Gand

Dans les cas de femmes enceintes, les différences évidentes entre les politiques nationales et les tests de dépistage réguliers offerts peuvent s'expliquer par le fait que les tests de dépistage peuvent être offerts régulièrement tandis qu'il n'y a aucune politique nationale (comme en Belgique); l'inverse peut également être vrai.

Rejoindre les victimes de l'épidémie cachée à l'aide du test de dépistage du VIH et de la consultation : politiques en transition?

SECTION TROIS : POLITIQUES MISES EN PRATIQUE : FAIRE FACE AUX ENJEUX EN 2006

APERÇU

Pour rejoindre les personnes qui ne sont pas au courant de leur séropositivité, il faut déployer principalement des efforts pour cibler les groupes de la population qui sont à risque et élaborer des stratégies innovatrices de dépistage et de consultation. La présente section décrit d'abord les efforts qui s'adressent aux membres de la collectivité qui risquent de contracter le VIH et passe en revue les expériences vécues par les personnes touchées par le VIH en ce qui concerne le dépistage et la consultation. On aborde et analyse ensuite les nouvelles technologies et méthodes visant à augmenter la proportion de gens qui reçoivent des services de dépistage et de consultation. Ces méthodes novatrices comprennent des technologies de dépistage rapides, des méthodes de détection des personnes atteintes d'une infection aiguë avant l'apparition des anticorps du VIH, l'utilisation du dépistage rapide dans les programmes d'approche communautaires et les services de dépistage et de consultation à l'initiative du prestataire. On accorde principalement notre attention à ce dernier point, qui est l'intervention la plus largement examinée et mise en œuvre dans un certain nombre d'établissements qui utilisent différentes méthodes. Les avantages et les conséquences imprévues possibles du dépistage et de la consultation à l'initiative du prestataire, particulièrement si ces services sont offerts de routine avec un droit de refus, sont pris en considération.

Les personnes qui courent le plus grand risque de contracter le VIH ont besoin d'interventions ciblées qui répondent aux besoins précis de chaque groupe culturel ou social unique.

Les personnes qui courent le plus grand risque de contracter le VIH ont besoin d'interventions ciblées qui répondent aux besoins précis de chaque groupe culturel ou social unique. Par exemple, les homosexuels et les utilisateurs de drogues injectables peuvent avoir un langage et des priorités qui leur sont propres. L'approche adaptée à la culture est un élément important qui contribue à la capacité de nombreux programmes de créer des liens significatifs avec les personnes à qui ils veulent offrir des services de santé et gagner leur confiance. De plus, pour bien des groupes vulnérables, la prévention du VIH peut supposer des services de soutien pour combler des besoins de survie comme le logement, l'éducation et le revenu. Même dans le cas de programmes de prévention du VIH ciblant la population en général, il faut utiliser diverses approches pour rejoindre le plus de séropositifs possible. Enfin, d'une certaine façon, les personnes atteintes du VIH font partie d'une population particulière compte tenu de leur séropositivité, de leur vulnérabilité à la stigmatisation et des craintes personnelles de toutes les autres personnes qui connaissent leur diagnostic. Ces questions doivent être abordées pour que ces personnes aient le courage de subir le test.

Par le passé, une grande partie des ressources consacrées à la prévention du VIH a été dirigée vers des interventions qui comprennent la consultation préalable et postérieurs au test, le test de détection des anticorps du VIH, l'aiguillage vers des services de prévention et de soins et parfois la recherche des contacts et la notification des partenaires. Les interventions sont appelées de diverses façons, notamment consultation et dépistage volontaires, dépistage confidentiel volontaire, consultation et dépistage ainsi que consultation, dépistage, aiguillage et notification des partenaires. Toutefois, aucune de ces interventions n'a permis d'identifier toutes les personnes vivant avec le VIH.

Les experts en prévention de la santé publique recommandent l'élaboration d'une trousse exhaustive de soutien de la consultation et du dépistage volontaires, y compris des interventions biomédicales, psychologiques et sociales. Parmi les interventions possibles, on compte les activités de changement de comportement, les activités de réduction des préjudices, des campagnes de marketing social et de grande diffusion, le dépistage et le traitement d'infection transmise sexuellement, la prophylaxie après l'exposition, des traitements antirétroviraux pour prévenir la transmission périnatale et, dans l'avenir, des vaccins et des microbicides (Auerbach, 2004). Donc, dans le monde entier, la consultation et le dépistage volontaires font partie de toute une gamme d'approches, dont certaines aident particulièrement les personnes vulnérables pour qui une approche exhaustive est encore plus nécessaire. Même si le présent document ne porte pas sur toute la gamme des interventions qui peuvent et devraient compléter le dépistage et la consultation, il faut les reconnaître dans le contexte dans lesquelles tous les services de dépistage et de consultation doivent être effectués, même lorsqu'il s'agit d'établissements cliniques.

APPROCHES S'ADRESSANT AUX GROUPES PARTICULIERS DE LA POPULATION

Dans le présent examen des approches visant les groupes particuliers de la population qui risquent de contracter le VIH, la section aborde les questions des principaux groupes de personnes qui courent le plus de risques de contracter le VIH et décrit certaines interventions et approches utilisées pour les rejoindre. En ce qui concerne le VIH et le sida, « une personne est vulnérable si elle ne peut exercer qu'un contrôle limité ou nul sur son risque d'infection de contamination par le VIH ou si, quand elle est déjà séropositive, elle a un accès limité ou inexistant à un traitement, à des soins ou à des services de soutien appropriés. La vulnérabilité découle directement de l'interaction de plusieurs facteurs, aussi bien individuels – biologiques – que sociaux. Elle peut être renforcée par toute une gamme de facteurs culturel, démographique, juridique, économique et politique ». (ONUSIDA)

FEMMES SEXUELLEMENT ACTIVES

ENJEUX

Les pays ciblent presque tous les femmes pour le dépistage du VIH par l'entremise des services périnatals pour prévenir la transmission périnatale du VIH. Les caractéristiques de ce dépistage du VIH peuvent également varier grandement, qu'il s'agisse de la consultation, du consentement éclairé de la femme ou de la confidentialité du test. Les femmes peuvent également faire l'objet d'un programme spécial de prévention du VIH par l'entremise de services de santé de la reproduction, des soins

primaires ou de programmes communautaires. Pour les femmes en âge de procréer, qui sont sexuellement actives ou qui sont des travailleuses du sexe, la question de l'inégalité des sexes doit être prise en considération comme variable culturelle possible qui contribue à leur vulnérabilité non seulement au VIH, mais également à la stigmatisation et à la discrimination si elles deviennent infectées.

Une étude sur la stigmatisation et la prévention de la transmission périnatale en Inde, en Ukraine, au Burkina Faso et en Zambie a révélé que les femmes sont victimes de stigmatisation en tant que femmes, en tant que femmes séropositives et en tant que femmes enceintes ou mères séropositives (Chase, 2001). Pendant toute la durée de l'étude, les femmes ont été beaucoup plus stigmatisées que les hommes. En raison de cette stigmatisation, les femmes évitent de subir un test de dépistage du VIH, et, lorsqu'elles apprennent leur séropositivité, limitent leurs choix concernant leurs soins de santé et leur vie familiale ainsi que leur qualité de vie. De plus, des femmes ont subi un test à leur insu dans certains régimes de soins de santé. En Inde, on a obligé des femmes séropositives à subir un avortement. En Ukraine, des médecins ont choisi de mettre un terme à des grossesses sans consulter les femmes. Une étude distincte sur la stigmatisation en Ukraine a également révélé que, malgré de solides protections des droits de la personne pour les personnes porteuses du VIH dans les politiques nationales (notamment d'exiger un consentement éclairé et une consultation avec le dépistage du VIH), des femmes enceintes ont subi un test de dépistage sans leur consentement et les résultats ont été fournis à leur époux ou à d'autres membres de leur famille sans leur autorisation (HRW, 2006). De plus, les femmes enceintes n'ont pas reçu d'information sur la thérapie aux antirétroviraux et n'y ont pas eu accès, apparemment pour qu'elles soient forcées de subir un avortement. Les quelques femmes qui ont été traitées au antirétroviraux ont dû payer leur traitement malgré une loi nationale prévoyant la gratuité des traitements pour les personnes atteintes du VIH.

Sur le plan interpersonnel, en raison des inégalités des sexes dans certaines cultures et du manque de protection offert par le système judiciaire, il est possible que des femmes ne soient pas en mesure de se protéger des autres membres de leur famille et de leurs réseaux sociaux. On peut leur refuser de subir un test du VIH sans l'autorisation de leur mari ou les obliger à le subir (Chase, 2001). La violence faite aux femmes est une conséquence extrême mais courante de l'inégalité des sexes et peut être liée au VIH. Une femme qui exige que son partenaire utilise un condom ou qui rejette des avances sexuelles peut être victime de violence conjugale et de viol. Les inégalités des sexes rendent les femmes plus vulnérables que les hommes si elles sont connues comme étant séropositives et courent le risque d'être blâmées, battues ou abandonnées. Des études concernant la divulgation de la séropositivité dans des pays en développement ont révélé que la plupart des femmes qui ont dévoilé leur séropositivité à leurs partenaires ont eu des réactions d'appui, mais de 3 % à 15 % ont dit que leur partenaire a eu une réaction violente (Medley, 2004). Dans un sondage mené auprès de femmes de la Tanzanie, trois mois après qu'elles ont subi un test de dépistage et reçu des services de consultation, les femmes qui étaient séropositives ont davantage

fait l'objet d'actes violents de la part de leur partenaire actuel que celles qui étaient séronégatives (Maman, 2002).

Les inégalités des femmes contribuent également à leur dépendance économique envers les hommes et leur incapacité de prendre des décisions concernant leur propre vie sexuelle et reproductive. Dans de nombreux pays, les femmes ne sont pas égales aux hommes en ce qui concerne les droits à la propriété, les droits à l'héritage, le mariage et le divorce, l'accès au système judiciaire et la protection conférée par la loi (PNUD, 1995). Les femmes ont accès à moins d'emplois, à un salaire plus bas, que les hommes. Les femmes sont également moins scolarisées que les hommes, ce qui réduit leurs possibilités économiques. De plus, il y a une corrélation entre la scolarité et la vulnérabilité au VIH : les filles de 15 ans à 18 ans inscrites à l'école courent cinq fois moins de risques que celles qui ont quitté l'école de contracter le VIH (ONUSIDA, 2005).

De plus, le VIH se transmet plus facilement sur le plan biologique au partenaire réceptif, qui est la femme dans la relation hétérosexuelle. On croit souvent que les femmes qui ont des relations sexuelles avec d'autres femmes ne courent pas de risque de contracter le VIH, mais elles sont tout aussi vulnérables que d'autres femmes : certaines lesbiennes ont des relations sexuelles avec des hommes et certaines consomment des drogues injectables. De plus, le VIH peut être transmis d'une femme à une autre femme pendant des activités sexuelles qui comportent un échange de liquides organiques (Baeten, 2005; Kwakwa, 2003).

PROGRAMMES

Les programmes de prévention du VIH ciblant les femmes comprennent souvent des activités qui les aident à apprendre des techniques de négociation, à améliorer leur estime de soi et à établir une plus grande sécurité économique. Sur le plan stratégique, des changements structurels comme l'adoption de lois donnant aux femmes un plus grand contrôle économique de leur vie et l'élaboration de programmes de sensibilisation communautaires pour mettre un terme à la violence conjugale sont considérés comme des aspects de la prévention du VIH. De plus, la recherche s'est concentrée sur l'élaboration de méthodes de contraception dites de barrière dont la femme a le contrôle. Les programmes de prévention du VIH font actuellement la promotion, notamment, du condom féminin. Des recherches intensives sont actuellement menées sur le développement de microbicides qui pourraient tuer ou bloquer le VIH dans le sperme et ainsi empêcher que la femme ne soit infectée. La possibilité de ces nouvelles technologies pourrait modifier le paradigme concernant la consultation et le dépistage, peut-être en augmentant la valeur du dépistage universel pour les femmes. Si les femmes disposent de moyens plus efficaces pour se protéger du VIH, elles seront plus motivées à connaître leur état pour éviter d'être infectées ou, si elles sont séropositives, protéger leur partenaire et leurs enfants. De plus, pour modifier l'attitude de blâme à l'endroit des femmes enceintes vivant avec le VIH, dont le bébé risque d'être infecté, on propose de cesser l'utilisation du terme « prévention de la transmission de la mère à l'enfant » et de commencer à utiliser le terme « prévention de la transmission périnatale » (de Bruyn, 2005).

Pour protéger les femmes des effets négatifs du dépistage périnatal afin qu'elles puissent protéger leur enfant à

naître d'une infection à VIH, on recommande de parler aux femmes de ce qui suit (Wolfe, 2004) :

- bien-fondé du test de dépistage prénatal du VIH;
- risques psychosociaux du test de dépistage du VIH, particulièrement les risques de violence;
- fait que leur décision de subir un test n'aura pas d'incidence négative sur leurs soins prénataux ou leurs droits légaux.

JEUNES

ENJEUX

En général, les adolescents sont vulnérables au VIH en raison de leur période de développement. Par exemple, l'importance de l'approbation de leurs pairs, la découverte de leur individualité et de leur sexualité, leur sexe, leur scolarité et leur expérience de vie précoce influencent tout leur comportement sexuel. Les jeunes qui courent le plus de risques comprennent les jeunes de la rue ou sans abri ainsi que les enfants qui vivent dans la pauvreté et qui doivent aider à subvenir aux besoins de leur famille. Dans certaines administrations, les adolescents doivent demander l'autorisation de leurs parents pour subir un test de dépistage du VIH s'ils sont mineurs.

PROGRAMMES

Les programmes qui s'adressent aux adolescents exigent habituellement une approche particulière qui tient compte de leurs besoins développementaux particuliers et de leurs intérêts et de leurs préoccupations. Il est difficile de gagner la confiance des jeunes, et cela peut prendre du temps. Pour les jeunes à risque qui sont sans abri, l'intégration de services de consultation et de dépistage dans d'autres services sociaux exhaustifs est habituellement nécessaire. Les programmes de prévention peuvent comprendre des discussions de groupe, des mises en situation de prévention du VIH faisant appel à des techniques de négociation et l'acquisition de compétences. Des leaders d'opinion, des réseaux sociaux et des pairs-conseillers s'occupent des jeunes.

UTILISATEURS DE DROGUES INJECTABLES

ENJEUX

Les sociétés du monde entier stigmatisent les utilisateurs de drogues injectables ainsi que les personnes qui ont divers problèmes de dépendance. De plus, dans bien des pays, la consommation de stupéfiants et d'autres drogues psychotropes est illégale. Pour ces raisons, les utilisateurs de drogues injectables ne demandent pas de consultation et de dépistage et, en fait, évitent les organismes et les établissements médicaux et sociaux.

La stigmatisation et la discrimination à l'endroit des utilisateurs de drogues injectables sont bien documentées dans les services de soins de santé et les collectivités. Dans une étude menée en Irlande sur les expériences vécues par les séropositifs hospitalisés, les toxicomanes ont été davantage stigmatisés et jugés par les infirmières que les autres séropositifs. Par exemple, des répondants ont indiqué que des infirmières leur reprochaient d'avoir contracté la maladie et leur faisaient des remarques méprisantes lorsqu'ils demandaient des analgésiques (Surlis, 2001). En Ukraine, où la consommation de drogues injectables est un important facteur de la propagation du VIH, les utilisateurs de drogues injectables affirment être fréquemment victimes de la violence des agents de police et du traitement agressif des professionnels de la santé (HRW, 2006). Les fournisseurs de services ukrainiens ainsi que les

utilisateurs de drogues injectables disent éviter les traitements médicamenteux et d'autres services, car, en raison de l'inscription officielle obligatoire des personnes infectées, les services de police peuvent être informés de leur identité, elles peuvent perdre leur emploi et être maltraitées dans les hôpitaux.

Les problèmes liés à la dépendance comprennent souvent des problèmes de santé physique et mentale et la pauvreté. On dénote tous ces problèmes dans les pays où la consommation de stupéfiants est considérée comme un acte criminel. Les divers problèmes auxquels sont confrontés les utilisateurs de drogues injectables contribuent à leur marginalisation de la société et à leur instabilité économique.

PROGRAMMES

Les méthodes de prévention qui s'adressent aux utilisateurs de drogues supposent le déploiement des forces particulières pour gagner leur confiance. Les interventions comprennent des services de consultation axés sur le client au sujet des pratiques sexuelles sans risque ainsi que des comportements de consommation de drogues, des programmes visant à répondre à leurs multiples besoins immédiats et des stratégies visant à surmonter les barrières structurelles des soins (Downing, 2000). Un certain nombre des stratégies d'intervention se sont révélées efficaces pour réduire les comportements à risque de toxicomanes, particulièrement dans le contexte de stratégies de réseau qui se concentrent sur la modification des normes communautaires concernant la consommation de drogues et des comportements sexuels risqués (Metzger, 2003).

Les programmes de consultation et de dépistage à l'intention des utilisateurs de drogues injectables comprennent souvent des équipes d'approche dans la rue qui fournissent des interventions de réduction des préjudices. Dans le cadre d'une étude de quatre ans sur les utilisateurs de drogues injectables, l'incidence du VIH est passée de 8,4 par 100 années-personnes à 2,4 par 100 années-personnes à la suite d'une intervention d'approche dans la rue faisant appel à des pairs pour la prévention du VIH (Wiebel, 1996).

Les programmes de consultation et de dépistage à l'intention des utilisateurs de drogues injectables comprennent souvent des équipes d'approche dans la rue qui fournissent des interventions de réduction des préjudices.

La réduction des préjudices est une stratégie qui est souvent intégrée à la prévention, au traitement et à l'application de la loi. Cette approche encourage les gens à prendre des mesures supplémentaires pour se protéger des effets nuisibles des drogues injectables. Les programmes de réduction des préjudices visent notamment à prévenir la transmission du VIH et d'autres pathogènes transmissibles par le sang, à fournir des renseignements sur la promotion et la prévention de la santé et à créer des liens entre des groupes très vulnérables et marginalisés et des services médicaux et sociaux, y compris des programmes de désintoxication. L'échange de seringues est une intervention importante des réductions des préjudices qui consiste à échanger des seringues utilisées par

des seringues stériles afin qu'elles ne soient pas mises en commun. Les programmes d'échange de seringues sont largement répandus, mais bien des pressions sont exercées pour que l'on modifie les lois afin qu'elles interdisent ces programmes dans des pays où la possession d'équipement d'injection est illégale. Des pays aussi différents que les États-Unis et l'Ukraine ont établi des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues.

Pour les consommateurs d'opiacés, le traitement substitutif à la méthadone ou à la buprénorphine s'est révélé très efficace pour réduire ou cesser la consommation de drogue. Les programmes d'échange de seringues et le traitement médicamenteux sont les deux interventions jugées efficaces pour réduire les comportements à risque et l'incidence du VIH (Auerbach, sous presse).

HOMMES AYANT DES RELATIONS AVEC D'AUTRES HOMMES

ENJEUX

L'homophobie profonde a ajouté un stigmate au sida, car au début, le sida était perçu par bon nombre de gens comme une « maladie des gais ». Les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes continuent d'être victimes de stigmatisation et de discrimination en raison de leur orientation sexuelle, particulièrement dans des administrations où l'homosexualité est illégale, ce qui créé une barrière importante au dépistage et à la consultation. À l'inverse, dans bien des pays où l'homosexualité est acceptée, les citadins qui s'identifient à la communauté gaie bénéficient de programmes bien établis d'approche, de sensibilisation et de prévention du VIH qui s'adressent à eux. Une grande proportion d'homosexuels reconnaît le risque plus élevé de VIH et profite des programmes de dépistage et de consultation qui s'adressent aux homosexuels.

Toutefois, en cette troisième décennie de l'épidémie, même parmi les groupes d'homosexuels les plus informés, le taux de séroconversion a commencé à augmenter. On soupçonne que les gens ont l'impression que l'utilisation répandue d'antirétroviraux réduit le risque d'infection. Une métanalyse des études sur les pratiques sexuelles risquées et le traitement aux antirétroviraux a révélé que les gens qui croient que les antirétroviraux permettent de réduire la transmission du VIH ou qui sont moins préoccupés par les pratiques sexuelles sans risque en raison de l'accessibilité à ce traitement sont plus susceptibles d'avoir des pratiques sexuelles risquées (Crepaz, 2006).

Les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes qui ne s'identifient pas comme homosexuels ou qui n'ont pas de lien avec la communauté gaie, y compris bon nombre qui ont des relations hétérosexuelles, sont moins susceptibles de se protéger et font partie d'une groupe que l'on a toujours eu de la difficulté à rejoindre pour le dépistage et la consultation.

PROGRAMMES

Parmi les interventions de prévention à l'intention des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, on compte de la documentation d'information qui s'adresse aux homosexuels, des activités d'approche par des pairs dans des endroits fréquentés par des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, des ateliers de soutien et d'acquisition de compétences et des

programmes qui utilisent des leaders d'opinion et le réseautage social. Par exemple, le projet STOP AIDS, fondé en 1984, est un projet communautaire à l'intention des hommes qui se déclarent homosexuels ou bisexuels à San Francisco pour réduire la transmission du VIH et promouvoir le dialogue parmi les homosexuels et les bisexuels séropositifs au sujet de leur rôle dans la réduction de la transmission. Les programmes comprennent les équipes d'approche spéciales ainsi que des programmes à l'intention des personnes qui ne sont pas intégrées à la communauté gaie, comme les Noirs ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. On trouve d'autres renseignements sur le sujet dans les sites suivants : http://www.stopaids.org/. et http://ari.ucsf.edu/programs/policy/pwp_resources/USCA12.pdf. Il existe peu de programmes à l'intention des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes qui ont également des activités hétérosexuelles.

HOMMES APPARTENANT À UNE MINORITÉ AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC D'AUTRES HOMMES

ENJEUX

Les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes et qui font également partie d'une minorité ethnique ou culturelle au sein d'une société doivent surmonter les obstacles liés à leur appartenance à une minorité dans deux collectivités différentes. Dans leur collectivité ethnique ou culturelle, ils sont souvent stigmatisés en tant qu'homosexuels, et, dans les communautés gaies, ils sont victimes de racisme. Comme on suppose que les programmes de prévention du VIH s'adressent aux hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes rejoignent ce groupe d'hommes à risque, ceux-ci peuvent être complètement laissés de côté malgré la prévalence du VIH beaucoup plus élevée chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes en général.

Une étude qualitative sur les Noirs séropositifs qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes à New York a relevé trois thèmes importants qui ont une incidence sur la capacité des fournisseurs de soins de santé de communiquer de façon pertinente avec ces gens (Wheeler, 2005). D'abord, les fournisseurs de soins de santé sont considérés comme le lien vers l'information au sujet du traitement de la prévention du VIH le plus important voire le seul. L'isolement social des hommes qui choisissent de ne pas divulguer leur préférence sexuelle ou leur séropositivité limite leur accès à l'information et au soutien. Ensuite, les répondants ont déclaré que, pour pouvoir interpréter l'information et changer leur comportement pour prévenir la transmission du VIH, ils devaient communiquer de façon honnête et franche avec leurs fournisseurs de soins de santé. Une relation de confiance ne dépend pas nécessairement de l'appartenance à une même race ou ethnie. Enfin, des expériences antérieures avec des fournisseurs de soins de santé et des systèmes de santé jouent un rôle dans la façon dont les répondants ont abordé leurs soins. Ils ont eu de la difficulté à surmonter leurs expériences antérieures avec leurs fournisseurs de santé et à apprendre à créer des relations de collaboration à l'égard de la prévention et des soins.

Il est essentiel que des membres de la collectivité ciblée participent à la planification et à l'élaboration pour que les programmes de prévention connaissent le succès.

PROGRAMMES

Les interventions de prévention pour les hommes appartenant à une minorité qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes doivent être adaptées à leur ethnie et à leur culture ainsi qu'aux problèmes auxquels les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes font face. Il est essentiel que des membres de la collectivité ciblée participent à la planification et à l'élaboration pour que les programmes de prévention connaissent le succès.

L'étude sur la santé des Afro-américains, par exemple, était une étude aléatoire sur une intervention communautaire de réduction des risques de transmission du VIH qui s'adressait aux homosexuels et aux bisexuels Afro-américains (Peterson, 1996). Le matériel d'information utilisé pour trois séances de trois heures était adapté à la culture de cet auditoire particulier. Les thèmes abordés étaient les suivants :
1) actualisation de soi et développement du soutien social;
2) sensibilisation au risque du sida comprenant des activités comme un jeu « jeopardy » sur le sida; 3) formation sur l'affirmation de soi; 4) engagement comportemental. Au cours de cette dernière activité, les participants ont mis en commun des stratégies qu'ils vont utiliser pour réduire les risques et se sont engagés verbalement à modifier leur comportement à risque. Les participants ont été répartis au hasard entre trois groupes d'intervention de trois séances, intervention d'une séance abrégée et groupe-témoin placé sur la liste d'attente. Les participants du groupe d'intervention en trois séances ont adopté des pratiques sexuelles plus sûres. En 18 mois, le taux de relations anales non protégées parmi ce groupe était passé de 45 % à 20 %. En comparaison, les hommes appartenant au groupe qui n'ont participé qu'à une séance n'ont que très peu changé leur comportement, et les hommes appartenant au groupe-témoin n'ont aucunement changé leurs pratiques sexuelles risquées.

TRANSGENDÉRISTES ET TRANSSEXUELS

ENJEUX

Les transgendéristes ou les transsexuels, qu'ils aient subi ou non l'intervention chirurgicale de changement de sexes vivent souvent dans un groupe très fermé et marginalisé et peuvent être stigmatisés même parmi la communauté gaie et lesbienne. Il est donc particulièrement difficile de rejoindre ces personnes pour des services de consultation et de dépistage ou d'autres interventions de prévention du VIH. Les transgendéristes courent des risques non seulement liés au VIH, mais également à la toxicomanie et à d'autres problèmes de santé, y compris des difficultés causées par les hormones qu'ils doivent prendre en raison de leur changement de sexe.

PROGRAMMES

La participation et l'habilitation de la collectivité sont des composantes importantes des efforts de prévention du VIH (Bockting, 1999). Des programmes doivent offrir des services

d'approche, de sensibilisation et autres adaptés aux transgendéristes. Par exemple, un programme à l'intention des femmes transgendéristes à San Francisco, élaboré avec l'appui de la collectivité, a créé un endroit sûr où l'on offre de la sensibilisation et des services, y compris des ateliers de prévention du VIH, la promotion de la santé en général et des services d'aiguillage vers des programmes de désintoxication et d'autres services de la collectivité (Nemoto, 2005).

COLLECTIVITÉS AUTOCHTONES, PREMIÈRES NATIONS ET INDIGÈNES

ENJEUX

Les personnes d'origine autochtone (au Canada, aussi appelées membres des Premières nations, qui comprend les Inuits et les Métis, et, aux États-Unis, les Amérindiens, y compris les Autochtones de l'Alaska, et ailleurs, appelés personnes indigènes) ont de longs antécédents d'oppression en tant que peuples d'origine habitant en Amérique qui ont été déplacés par la colonisation européenne. Leurs collectivités sont vulnérables au VIH en raison du problème sous-jacent de la pauvreté, de la toxicomanie et de l'alcoolisme, de la violence conjugale et d'autres problèmes de santé. Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes appartiennent souvent à une minorité stigmatisée à la fois dans leur collectivité autochtone (en tant qu'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes) et dans la collectivité homosexuelle (en tant que membres des Premières nations). Une grande proportion d'Autochtones vivent maintenant dans des zones urbaines où les services communautaires des Premières nations ne sont pas facilement accessibles. À l'inverse, ceux qui vivent dans des régions rurales ou à l'intérieur des réserves n'ont pas la confidentialité souhaitée de leur séropositivité comme c'est le cas dans les villes. Au Canada, en 2005, les Autochtones représentaient 3,3 % de la population canadienne, mais environ 9 % de tous les cas d'infection à VIH (D. Boulos, P. Yan, D. Schanzer, R.S. Remis, C.P. Archibald, 2005). L'utilisation de drogues injectables est le facteur de risque principal qui affecte les membres des Premières nations au Canada (64 %) et l'âge de l'infection est plus précoce que dans la population en général. Aux États-Unis, le taux d'infection des Amérindiens se classe au troisième rang (FCHR, 2006).

PROGRAMMES

Les programmes de prévention du VIH qui s'adressent aux membres des Premières nations devraient être élaborés par les collectivités elles-mêmes en fonction de leur culture. Les perceptions et comportements indigènes doivent être intégrés dans les cadres conceptuels et théoriques des programmes (FCHR, 2006). On assiste déjà à un mariage de la médecine traditionnelle et de la médecine occidentale dans les collectivités; ce genre d'innovation doit également atteindre les programmes de prévention du VIH. Le groupe de travail des peuples indigènes à Minneapolis, au Minnesota, est un exemple de programme créé par la collectivité. Le programme comprend un programme éducatif et théâtral par les pairs à l'intention des jeunes, forme des femmes en tant qu'éducatrices, qui offrent des services comme des rencontres à domicile à l'intention des femmes sur des pratiques sexuelles sans risque, et offrent un test de dépistage de VIH anonyme dans des bureaux du programme (IPTF, 2006).

PERSONNES APPARTENANT À DES MINORITÉS ETHNIQUES ET RACIALES

ENJEUX

Dès le début de l'épidémie en Europe et en Amérique du Nord, la prévalence du sida et du VIH a été plus importante parmi certaines minorités ethniques que parmi la population blanche majoritaire, même au sein des groupes courant des risques plus élevés de contracter le VIH comme les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et les utilisateurs de drogues injectables. Cette tendance est liée aux disparité démographiques en ce qui concerne la santé et l'économie qui sont associées à la discrimination à l'endroit des personnes appartenant à certaines minorités au sein de la société. Aux États-Unis, par exemple, la prévalence du VIH est beaucoup plus élevée chez les Afro-américains et les Hispaniques, qui vivent davantage dans la pauvreté et qui ont une moins bonne santé que la population blanche. De plus, au cours de l'épidémie du sida, des gestes racistes ont été posés lorsque la société a pointé du doigt des groupes ethniques ou culturels tout entiers comme sources possibles de transmission du VIH. Dans une telle situation, le racisme exarcerbe le stigmate du VIH, ce qui augmente les risques perçus de subir un test de dépistage du VIH chez bien des gens appartenant à des minorités ethniques et raciales. Au Royaume-Uni, des données révèlent que la crainte d'un résultat positif et d'une stigmatisation et de la discrimination liées au VIH sont d'importants facteurs qui dissuadent les collectivités africaines migrantes d'obtenir un test de dépistage et des services de consultation confidentiels (HPA, 2005). Bien des gens possèdent des caractéristiques d'au moins deux groupes spéciaux de la population qui font face à ces problèmes.

Les enjeux liés à la consultation et au dépistage dans les collectivités rurales concernent l'isolement géographique et la crainte d'une divulgation non désirée dans de petites collectivités « tissées serrées ».

PROGRAMMES

Les programmes d'approche, de dépistage et de consultation fonctionnent surtout lorsqu'ils sont gérés par des gens appartenant à chacune des collectivités ethniques et qui sont situés au sein de la collectivité. Les programmes doivent être adaptés à la culture. Dans la planification des programmes, la communication entre les experts du VIH et les gens de la collectivité touchés par le VIH est capitale (FCHR, 2006). En se concentrant sur des préoccupations particulières qui concernent les personnes touchées et infectées, on jette les fondements nécessaires à l'établissement des priorités et prévoit pour les programmes des buts pertinents et réalistes. Il est essentiel de tenir compte des problèmes structurels qui sous-tendent des risques plus élevés de transmission du VIH chez les personnes appartenant à des minorités pour la planification communautaire et nationale de la prévention du VIH.

PERSONNES HABITANT DANS DES COLLECTIVITÉS RURALES

ENJEUX

Les enjeux liés à la consultation et au dépistage dans les collectivités rurales concernent l'isolement géographique et la crainte d'une divulgation non

désirée dans de petites collectivités « tissées serrées ». De plus, le taux élevé de pauvreté dans les régions rurales augmente la vulnérabilité au VIH. Les gens doivent parcourir de longues distances pour avoir accès à de nombreux services de prévention; le transport et le soutien continu peuvent être difficiles. Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes peuvent éviter l'hostilité et la violence sociales en cachant leur orientation sexuelle et en adoptant un style de vie principalement hétérosexuel (Williams, 2005).

PROGRAMMES

L'offre de tests de dépistage anonymes et d'une garantie de confidentialité dans d'autres programmes de consultation et de dépistage peut inciter davantage les gens à subir un test de dépistage du VIH. Certains programmes de prévention du VIH offrent de l'aide financière pour le transport au centre de santé ou offrent des services de transports dans les collectivités rurales. Par exemple, dans l'État du Mississippi, dans le sud des États-Unis, une clinique médicale mobile se rend dans les collectivités rurales pour offrir divers services de soins de santé primaires, y compris un test de dépistage du VIH et des services de consultation offerts gratuitement (Bowen, 2006).

MIGRANTS, RÉFUGIÉS ET PERSONNES DÉPLACÉES À L'INTÉRIEUR DE LEUR PROPRE PAYS

ENJEUX

Les personnes qui ont quitté leur foyer, pour des raisons économiques ou politiques, qu'elles aient quitté leur région rurale pour s'établir dans une zone urbaine à l'intérieur de leur pays ou qu'elles franchissent la frontière, sont souvent très vulnérables, à la discrimination et aux facteurs qui contribuent à la transmission du VIH, dans leur nouvelle collectivité. Il s'agit de migrants si elles ont immigré, de réfugiés si elles ont fui leur pays en raison d'une catastrophe ou d'un conflit et de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays si elles ont quitté leur foyer, mais sont demeurées dans leur pays. Des nationalités ou des groupes ethniques tout entiers ont été visés par les stigmates du VIH; par exemple, les habitants d'Haïti ont été considérés comme un « groupe à risque élevé » aux États-Unis au début de l'épidémie. Les personnes dans les régions où la prévalence est élevée, par exemple, les Africains, peuvent être victimes de discrimination en raison des risques possibles du VIH perçus par la société. Bien des pays, y compris les États-Unis, exigent que tous les immigrants subissent un test de dépistage du VIH et se voient refuser l'entrée au pays s'ils sont séropositifs.

Tous les pays de l'UE ont des lois qui protègent leurs citoyens de la discrimination en raison de la race, de la religion et des idées politiques et interdisent la collecte de données à cette fin (DelAmo, 2004). Le système de surveillance de l'UE recueille des renseignements sur le pays d'origine, mais aucun renseignement sur la race ou l'appartenance ethnique, qui sont considérées comme des catégories non pertinentes aux fins du contrôle des maladies. Malgré ces protections, la surveillance du VIH dans diverses collectivités est difficile : la prévalence du sida dans les collectivités migrantes peut être surestimée parce que les migrants sans papier, le groupe le plus démuni et vulnérable, sont le plus susceptibles de former le numérateur plutôt que le dénominateur des statistiques. Les migrants clandestins

sont très susceptibles de ne pas subir de test et d'éviter les services de prévention et de soins parce qu'ils craignent d'être identifiés et expulsés (Carballo, 1996). Des gens peuvent ne pas avoir accès aux services de consultation et de dépistage du VIH en raison de leur différence linguistique, de l'absence de statut officiel des demandeurs d'asile qui peut limiter l'accès à des services de santé et à d'autres services, du stress et de la désorganisation familiale qui accompagnent souvent le déracinement et de la pauvreté.

Les programmes ciblant les migrants doivent être fondés sur le droit universel de connaître la séropositivité plutôt que sur toute autre notion de risque précis (Burgi, 1996).

PROGRAMMES

Les programmes ciblant les migrants doivent être fondés sur le droit universel de connaître la séropositivité plutôt que sur toute autre notion de risque précis (Burgi, 1996). De plus, seul un programme de prévention communautaire interactif, coordonné par des gens qui appartiennent à des collectivités ciblées et qui comprend le plus possible de personnes-clés et d'éducateurs appartenant à la collectivité, sera accepté. En Suisse, la stratégie de prévention nationale de lutte contre le sida comprend la sensibilisation des diverses collectivités migrantes (y compris les travailleurs invités et le demandeur d'asile) selon les principes suivants : 1) des messages et des mesures ont été adaptés aux caractéristiques culturelles de chaque groupe ethnique; 2) l'information et les activités de motivation se concentraient sur l'entraide et la sensibilisation par les pairs; 3) des structures et des canaux d'information existants ont été utilisés et ont servi de fondement à certaines activités; 4) toute forme de stigmatisation d'un « groupe à risque d'immigrants » a été évitée (Burgi, 1996). Les initiatives américaines de prévention du VIH qui ciblent les travailleurs migrants à la frontière des États-Unis et du Mexique utilisent des pairs éducateurs, annoncent des centres de dépistage sur des chaînes radiophoniques populaires et offrent de la consultation et du dépistage à des postes frontaliers et à des arrêts d'autobus où les gens passent régulièrement pour se rendre au travail.

PERSONNES ATTEINTES D'UNE MALADIE MENTALE

ENJEUX

Dans les pays sans structure de service bien établie pour les personnes atteintes de maladie mentale, comme aux États-Unis, les personnes atteintes d'une maladie mentale courent plus de risques de contracter le VIH en raison de problèmes structurels, y compris la pauvreté et l'itinérance, les pratiques sexuelles risquées, la consommation

Comme les personnes atteintes d'une maladie mentale ne sont pas perçues comme un groupe à risque de contracter le VIH, elles ne subissent pas souvent le test de dépistage du VIH ou ne sont pas ciblées par les activités de lutte contre le VIH.

de drogues et la marginalisation sociale (Weiser, 2004). Ces problèmes les empêchent de faire des choix sains et de maintenir leur bonne santé. De plus, certaines de ces personnes ont à la fois une dépendance et un problème de santé mentale. Comme les personnes atteintes d'une maladie mentale ne sont pas perçues comme un groupe à risque de contracter le VIH, elles ne subissent pas souvent le test de dépistage du VIH ou ne sont pas ciblées par les activités de lutte contre le VIH.

PROGRAMMES

Pour que l'on puisse prévenir le VIH chez les personnes atteintes d'une maladie mentale, il faut que les programmes comprennent des services de soutien exhaustifs qui tiennent compte des multiples facteurs qui créent la vulnérabilité au VIH. Des services de toxicomanie à faible seuil qui permettent à des gens de recevoir des services de santé même s'ils consomment toujours de la drogue sont essentiels compte tenu de l'interdépendance de la maladie mentale et de la toxicomanie ou de l'alcoolisme. Les personnes qui s'occupent du dépistage du VIH bénéficieraient d'une formation de sensibilisation au travail auprès des gens atteints d'une maladie mentale.

EXPÉRIENCES VÉCUES DE GENS VIVANT AVEC LE VIH

Les politiques et les programmes de lutte contre le VIH et de soins ont été en grande partie façonnés par les gens vivant avec le VIH tant à l'échelle locale qu'à l'échelle internationale. Ils peuvent donner leurs opinions sur la meilleure façon de rejoindre les personnes qui ne savent pas qu'elles sont infectées par le VIH parce qu'elles ont vécu l'expérience d'être soit respectées soit stigmatisées au sein de leur collectivité et ont reçu des services de consultation et de dépistage attentionnés ou insuffisants. Elles savent ce qui aurait amélioré leur capacité et leur volonté d'être au courant plus tôt de leur séropositivité.

Ils savent ce qui aurait amélioré leur capacité et leur volonté d'être au courant plus tôt de leur séropositivité.

SERVICE DE DÉPISTAGE ET DE CONSULTATION

Les personnes vivant avec le VIH ont reçu des services de dépistage et de consultation. Une étude (Worthington, 2002) a relevé les préférences des gens pendant le processus :

- accès et disponibilité : aspect pratique, accessibilité physique, familiarité;
- structure du service : confidentialité, court délai d'attente, salle d'attente confortable, continuité des soins prodigués d'une séance à l'autre, fournisseur de soins bien informé;
- aspects techniques : formation claire et complète fournie, permission officielle de procéder à un prélèvement sanguin sans qu'aucune pression ne soit exercée, consentement éclairé (le fait d'obtenir des réponses à toutes les questions), le fait d'être confiant que les échantillons sanguins et les dossiers ne seront pas placés au mauvais endroit ou mal étiquetés, obtention des résultats en personne et temps accordé pour bien saisir l'information;
- processus interpersonnel cognitif : soutien à la prise de décisions lorsqu'une personne décide de

subir le test pendant la consultation préalable, information personnalisée sur les risques du VIH pendant la consultation préalable et postérieure au test et possibilité de poser des questions;

- processus interpersonnel socio-émotif : service personnalisé, chaleureux et respectueux, respect des risques que le client dit courir, de l'état émotionnel, de la situation personnelle ainsi que du contexte ethnoculturel et des croyances spirituelles, soutien émotionnel et aiguillage vers d'autres types de soutien.

Dans une étude menée auprès de patients qui ont obtenu des résultats positifs au test de dépistage du VIH à des cliniques de vénérologie, plus de 80 % des patients estiment qu'il leur a été bénéfique de connaître leur séropositivité (Kilmarx, 1998). Les avantages comprenaient le fait d'être en mesure de prévenir la transmission du VIH (souligné par le tiers des répondants), l'obtention de soins médicaux (le tiers des répondants), la possibilité de mieux prendre soin d'eux-mêmes (le tiers des répondants), la planification de l'avenir (10 %), la désintoxication (10 %) et l'obtention de davantage de services sociaux (10 %). Parmi les inconvénients soulignés par 44 % des répondants, on compte la dépression (le tiers des répondants), la discrimination (5 %) et la limitation des activités sexuelles (5 %).

Par contre, bien des gens n'étaient pas satisfaits des services offerts lorsqu'ils ont obtenu les résultats de leur test de dépistage du VIH. Dans une étude menée auprès de femmes séropositives à Toronto, la moitié d'entre elles ont déclaré n'avoir reçu que des services de consultation postérieurs au test, et 43 % ont dit n'avoir reçu aucun service de consultation. Deux femmes ont obtenu leurs résultats au téléphone, et une a reçu un message qui a été remis à son époux (Jackson, 1997). Dans une étude européenne menée auprès des personnes séropositives, 19 % des répondants ont dit avoir éprouvé un sentiment de rejet lorsqu'on leur a appris les résultats du test, et plus de la moitié ont estimé que le soutien reçu n'était pas suffisant (Schrooten, 2001).

Bon nombre de gens n'ont pas subi de test de dépistage du VIH par crainte d'être stigmatisés et victimes de discrimination. Selon une femme au Burkina Faso, « une femme ne pourra jamais décider d'aller subir le test de dépistage. Si elle est séropositive, elle est trois fois condamnée à mort : une mort psychologique, une mort sociale et plus tard d'une mort physique. N'est-ce pas beaucoup? » (Chase, 2001).

PROBLÈMES DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Les séropositifs vivent des situations stressantes en raison de leur maladie. Les facteurs de stress comprennent les suivants : faire face à une maladie chronique qui met leur vie en danger, prendre en charge leur santé ainsi que leurs soins et leur traitement, prendre la décision concernant la divulgation de leur maladie à des membres de leur famille et à des membres de cercles élargis au sein de la collectivité et vivre dans un monde où les séropositifs sont victimes de stigmatisation et de discrimination. Ces facteurs de stress peuvent exacerber l'alcoolisme et la toxicomanie et entraîner ainsi une désinhibition qui mène à d'autres comportements risqués. Dans une étude américaine d'envergure intitulée HIV Costs and Service Utilization Study (HCSUS), le taux d'alcoolisme était deux fois plus élevé

chez les gens recevant des traitements contre le VIH que dans la population en général (Galvan, 2002).

La stigmatisation et la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH sont bien documentées. L'antipathie de leur partenaire intime et d'autres personnes à qui ils ont dévoilé leur séropositivité est un fait bien réel pour bon nombre d'entre eux. Parmi les personnes interrogées dans le cadre de l'étude HCSUS, 20 % des femmes, 11,5 % des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et 7,5 % des hommes hétérosexuels ont affirmé avoir été victimes de dommages corporels depuis leur diagnostic, et près de la moitié des gestes violents sont attribuables à leur séropositivité (Zierler, 2000).

Les femmes sont davantage victimes de stigmatisation et de discrimination que les hommes, comme on l'a mentionné à la section précédente au sujet des problèmes que vivent les femmes sexuellement actives. Dans une métasynthèse d'une recherche sur la stigmatisation vécue par les femmes séropositives, 80 % des personnes interrogées dans le cadre de l'étude ont mentionné la stigmatisation. L'étude a principalement conclu que « la stigmatisation va essentiellement de pair avec la séropositivité des femmes.[…] Ces femmes, qui vivent avec le VIH, vivent avec la peur et l'effet nuisible de la stigmatisation » (Sandelowski, 2004, p. 124).

La peur et la très réelle possibilité que des partenaires, des membres de la famille, des réseaux sociaux et la société en général aient des réactions négatives dissuadent les gens vivant avec le VIH de dévoiler leur séropositivité à d'autres. Ils limitent non seulement leur capacité de protéger leur partenaire à une exposition possible, mais se privent également du soutien social et émotionnel dont ils ont besoin. Dans un examen des études menées dans des pays en développement, les craintes exprimées par les femmes vivant avec le VIH (dont bon nombre étaient enceintes) au sujet de la divulgation de leur séropositivité à leur partenaire comprenaient le rejet, la discrimination, des accusations d'infidélité, le divorce, l'isolement social, la violence, la honte de la famille, l'inquiétude et le fait d'être accusées d'être la source de la maladie (Medley, 2004). Dans les faits signalés par les femmes qui ont dévoilé leur séropositivité, ces craintes se sont concrétisées, mais bon nombre d'entre elles ont également mentionné qu'elles ont obtenu des réactions positives. Dans un autre examen de 17 études portant sur des hommes séropositifs qui divulguent leur maladie à leur partenaire sexuel, l'efficacité perçue et l'attente d'une réaction positive étaient associées à cette divulgation (Sullivan, 2005). Les facteurs interpersonnels influençant cette divulgation comprennent le soutien du partenaire, l'investissement émotif dans la relation et la capacité de communiquer au sujet de pratiques sexuelles sûres.

En raison de l'importance du soutien et des soins médicaux continus, les gens vivant avec le VIH doivent être en mesure de communiquer avec leurs fournisseurs de soins de santé et de leur faire confiance. Un sondage mené auprès de personnes séropositives en Lettonie a révélé que bon nombre d'entre elles craignaient que leur médecin ne respecte pas leur confidentialité et que le patient devait avoir confiance en cette confidentialité pour qu'il y ait une réelle relation de confiance entre le patient et le médecin (Sauka, 2000).

Beaucoup de choses ont été écrites sur les expériences positives et négatives des personnes vivant avec le VIH.

Ce sont les personnes vivant avec le VIH qui parlent ouvertement de leur maladie en public qui ont été le moyen le plus puissant de sensibiliser les collectivités aux réalités du VIH, de réduire la stigmatisation et d'augmenter le soutien social offert aux séropositifs. C'est certainement l'invitation la plus efficace lancée aux personnes qui ne savent pas encore qu'elles ont contracté le VIH.

Dans des collectivités du monde entier, c'est la présence de programmes communautaires offrant du soutien aux personnes vivant avec le VIH qui a permis à certaines personnes de raconter leur histoire afin que d'autres sachent qu'elles ne sont pas seules. Ce sont les personnes vivant avec le VIH qui parlent ouvertement de leur maladie en public qui ont été le moyen le plus puissant de sensibiliser les collectivités aux réalités du VIH, de réduire la stigmatisation et d'augmenter le soutien social offert aux séropositifs. C'est certainement l'invitation la plus efficace lancée aux personnes qui ne savent pas encore qu'elles ont contracté le VIH.

TECHNOLOGIES DE DÉPISTAGE RAPIDE

Nous aborderons maintenant les nouvelles technologies et méthodes qui permettent d'accroître la proportion de gens qui reçoivent des services de dépistage et de consultation, y compris les technologies de dépistage rapide, comme le dosage d'amplification d'acide nucléique ainsi que le dépistage et la consultation à l'initiative du prestataire.

ENCADRÉ 3.1 : TECHNOLOGIES DU DÉPISTAGE RAPIDE

- Test d'agglutination de particules
  - *Durée* : Entre 10 et 60 minutes ou plus.
  - *Procédure* : Résultats interprétés visuellement et subjectivement.
  - *Exigences* : Certains sont effectués à partir du sérum ou du plasma, mais d'autres utilisent le sang complet. Des réactifs peuvent exiger une réfrigération.
  - *Coût* : De 2 $US à 4 $US.
- Méthodes d'immunoconcentration (dispositifs de transfert)
  - *Durée* : Entre 5 et 15 minutes.
  - *Procédure* : L'échantillon passe au travers d'une membrane poreuse qui capte les antigènes du VIH, lesquels sont absorbés dans un tampon absorbant. Un point ou une ligne visible se forme sur la membrane lorsqu'un réactif est appliqué; plusieurs étapes sont habituellement nécessaires (ajout de l'échantillon, d'un tampon et de réactif).
  - *Exigences* : Bon nombre de dispositifs sont utilisés avec du sérum ou du plasma, certains ont un filtre ou une étape de dilution initiale qui permet l'utilisation de sang complet; la réfrigération est habituellement nécessaire.
  - *Coût* : de 4 $US à 12 $US.
- Tests sur bandelette immunochromatographique (étalement latéral)
  - *Durée* : 20 minutes ou moins
  - *Procédure* : Les antigènes et les réactifs sont ajoutés à la bandelette de nitrocellulose. Dans bien des cas, une seule étape suffit. L'échantillon est appliqué (habituellement suivi d'un tampon) sur un tampon absorbant ou dilué dans une fiole tampon dans laquelle la bandelette est insérée. Le spécimen traverse la bandelette et réagit avec le réactif. L'apparition d'une ligne indique que le test est positif. Une bande témoin est également incluse, de sorte que s'il n'y a qu'une seule ligne visible à la zone témoin (et non à la zone du test), le test est négatif; si une ligne visible apparaît aux deux endroits, le test est positif; et si aucune ligne n'apparaît dans la zone témoin, le test est invalide. Certains tests peuvent faire la différence entre le VIH-1 et le VIH-2.
  - *Exigences* : Sang complet, sérum ou plasma; certains peuvent utiliser du sang obtenu du doigt et de la salive ou d'autres liquides oraux. Aucune réfrigération ni aucun autre équipement ne sont nécessaires. La plupart des bandelettes sont insérées dans une cartouche en plastique.
  - *Coût* : Habituellement moins de 10 $US.

Source: Branson, 2003

DESCRIPTION ET UTILISATION

Un certain nombre de tests rapides ont été créés et peuvent détecter des anticorps du VIH dans le sang complet, la salive ou l'urine (plus de 60 en 2003). La plupart sont offerts dans des trousses qui comprennent les réactifs et qui n'exigent aucun équipement supplémentaire. Comme aucun traitement en laboratoire n'est nécessaire, le test peut être effectué au point de service, le résultat est obtenu en 20 minutes (voir l'encadré 3.1 pour une description de trois différents tests rapides).

Les tests rapides sont aussi sensibles et précis que les dosages immunoenzymatiques. Comme dans le cas des dosages immunoenzymatiques, la valeur prédictive varie selon la prévalence du VIH et est plus faible chez les populations où la prévalence est faible, et ce, parce qu'en raison du nombre moins élevé de vrais positifs, une proportion plus élevée des tests réactifs sont de faux positifs (Greenwald, 2006a).

RÉSULTATS NÉGATIFS

Un seul test non réactif est considéré comme positif. En raison du temps qui s'écoule entre l'infection et l'apparition des anticorps, les personnes exposées au VIH dans les trois mois précédant le test devraient subir un autre test trois mois plus tard si le test est non réactif.

CONFIRMATION DES RÉSULTATS POSITIFS

Comme dans le cas des dosages immunoenzymatiques, lorsque des tests rapides sont utilisés à des fins de dépistage au point de service, il faut confirmer les résultats positifs. Dans des pays à revenu élevé, le transfert Western ou la méthode d'immunofluorescence sert normalement à confirmer les résultats. Pour ce faire, il faut prélever du sang et envoyer l'échantillon à un laboratoire, et le patient doit revenir pour obtenir ces résultats. Dans les pays à revenu faible et à moyen, les recommandations de l'OMS sont plus susceptibles d'être respectées, notamment une confirmation par un deuxième test rapide qui utilise des antigènes différents ou une plateforme différente et qui présente un niveau approprié de spécificité et de sensibilité (OMS 2004). Les deux tests peuvent être effectués parallèlement (en même temps) ou en série (si le test est positif, le test de confirmation est effectué).

ASSURANCE DE LA QUALITÉ

Comme l'exactitude des tests est capitale, il faut instaurer des procédures opératoires normalisées et mettre en place un processus d'évaluation de la qualité externe où les tests rapides sont utilisés (OMS 2004; Greenwald, 2006a). L'OMS recommande l'utilisation de trois méthodes complémentaires pour évaluer tous les programmes : 1) une vérification effectuée sur place permettant d'évaluer si toutes les procédures opératoires normalisées sont respectées, si les dossiers sont maintenus correctement et si le personnel effectue les tests correctement; 2) distribution d'échantillons de test pour la vérification ponctuelle des tests; 3) nouvelle analyse à l'aveugle des spécimens sélectionnés dans un laboratoire de référence. Des contrôles externes devraient être effectués 1) par chaque nouveau préposé au test; 2) pour chaque nouvelle série de trousses; 3) à chaque nouvel envoi de trousses reçues; 4) à des intervalles périodiques selon le volume des tests effectués au centre (Greenwald, 2006a). Aux États-Unis, quatre tests sont autorisés par la Food and Drug Administration (FDA). Deux sont considérés comme relativement

complexes et doivent être effectués dans des laboratoires qui respectent des normes relatives au personnel, à la supervision, à l'assurance de la qualité et à la compétence. Les deux autres tests rapides ont reçu une dispense des CLIA (Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988), c'est-à-dire que des personnes sans formation officielle en laboratoire peuvent effectuer les tests à l'extérieur d'un laboratoire. Pour acheter les tests, toutefois, les établissements doivent être inscrits au programme CLIA à titre de laboratoire et suivre les instructions du fabricant (Greenwald, 2006a).

CONSULTATION, CONFIDENTIALITÉ ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Les fondements du dépistage et de la consultation, les trois C, continuent d'être des composantes essentielles du dépistage dans le cas des tests rapides (OMS, 2004). En plus de l'information fournie concernant d'autres formes de tests de dépistage du VIH, dans le cadre de la consultation associée au test rapide, l'intervenant s'assure que la personne est prête à recevoir les résultats du test au cours de la même séance, comprend la signification des résultats du test et est prête à faire un test de confirmation si le test est positif.

DÉPISTAGE AU POINT DE SERVICE OU À DOMICILE

On espère que le test rapide pourra être accessible en vente libre comme dans le cas des tests de grossesse à domicile. Les tests rapides au point de service ont toutefois des algorithmes normalisés qui permettent de s'assurer que la procédure de consultation et la procédure de laboratoire appropriées sont respectées, et ces algorithmes ne pourraient être instaurés dans le cas d'un test à domicile. Aux États-Unis, deux trousses de tests à domicile ont été autorisées par la FDA en 1996 et comprennent un prélèvement d'échantillon sanguin par le patient, qui l'envoie à un laboratoire et reçoit les résultats et la consultation par téléphone (Wright, 2006). Les tests à domicile continuent de susciter la controverse. Les faux positifs et les faux négatifs, la nécessité de confirmer les résultats positifs, l'assurance de la qualité et le peu de consultation et de soutien en personne suscitent des inquiétudes. Voilà pourquoi les tests à domicile n'ont pas été autorisés dans de nombreux pays et pourquoi aucune trousse de dépistage qui offrirait des résultats immédiats à domicile n'a pas été autorisée.

AVANTAGES

L'utilisation de tests rapides plutôt que les dosages immunoenzymatiques habituels comporte de nombreux avantages.

RECOURS ACCRU

L'obtention de résultats le même jour permet d'augmenter le recours aux tests par rapport au dosage immunoenzymatique traditionnel, lequel exige un délai d'attente de deux semaines. Par exemple, un essai aléatoire et contrôlé a comparé différents types de tests de dépistage de VIH et de consultation à des programmes d'approche à l'intention des utilisateurs de drogues injectables et des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes. Dans le cas des tests utilisant des liquides oraux et des tests sanguins rapides, un plus grand nombre de personnes ont obtenu des résultats que dans le cas d'un test de dépistage du VIH traditionnel (Spielberg, 2005).

TAUX INFÉRIEUR DE PATIENTS QUI NE REVIENNENT PAS CHERCHER LEURS RÉSULTATS

En offrant des résultats le même jour, on règle le problème des clients qui ne reviennent pas par la suite pour obtenir les résultats de leurs tests et la consultation postérieure au test. Dans les services de consultation et de dépistage volontaires et dans les cliniques prénatales, pas moins de la moitié des personnes qui subissent un test au moyen de dosage immunoenzymatique ne reviennent pas chercher leurs résultats (Branson, 2003). Même dans le cas des tests rapides, des clients peuvent décider de ne pas attendre leurs résultats si le délai est trop long. Une étude sur les tests rapides à l'urgence a révélé que dans un délai d'attente moyen de 48 minutes, 20 % des patients quittaient, et cette proportion s'élevait à 55 % lorsque le délai d'attente moyen était de 107 minutes (Kelen, 1999). Même dans des pays où les patients doivent revenir pour obtenir des résultats de confirmation si leur test rapide est positif, les tests rapides ont augmenté la proportion de gens qui reviennent chercher leurs résultats (Kelen, 1999).

UTILISATION DANS DES ÉTABLISSEMENTS À FAIBLES RESSOURCES DES PROGRAMMES DE SENSIBILISATION COMMUNAUTAIRES

Bien des tests rapides peuvent être utilisés à certains centres qui n'ont pas d'équipement de laboratoire (p. ex. centrifugeuses), de réfrigération, d'électricité ni d'eau ou qui n'ont pas accès à des services de transport vers le laboratoire (OMS, 2004). Les trousses peuvent donc être utilisées dans des établissements d'approche dans la rue, dans les régions rurales et dans d'autres établissements disposant de peu de ressources. Lorsque le test de dépistage du VIH est utilisé dans les cliniques itinérantes au Zimbabwe, 98,8 % des personnes choisissent d'obtenir leurs résultats le même jour (Morin, 2006). Bon nombre n'avaient pas subi de test auparavant en raison de l'emplacement du centre de dépistage (20 %) ou des heures d'ouverture du centre de dépistage (25 %).

CONFIANCE DES CLIENTS À L'ÉGARD DES RÉSULTATS DU TEST

Si un test est effectué pendant une séance clinique ou de consultation, le client peut davantage faire confiance aux résultats du test. Le client voit que le test est effectué sans aucune possibilité d'erreur d'étiquette ou de remplacement de l'échantillon par un autre (Branson, 2003).

ENJEUX

Les tests rapides rendent le processus de consultation et de dépistage plus complexe, particulièrement en ce qui concerne le respect des protocoles et de normes de qualité élevées.

CONSULTATION, CONFIDENTIALITÉ ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Les 3C sont déjà bien établis dans des programmes de consultation et de dépistage volontaires dans le cadre desquels les conseillers formés offrent des services de dépistage et de consultation. Ces endroits peuvent offrir le test rapide à condition que leur personnel suive une formation supplémentaire sur le processus de dépistage comme tel. Dans les établissements cliniques où les tests de dépistage du VIH n'étaient pas effectués, il peut être plus difficile de maintenir des services de consultation appropriés et adéquats, d'assurer une confidentialité stricte et d'obtenir un véritable consentement éclairé. Même dans le cas des dosages immunoenzymatiques effectués à l'extérieur des cliniques de dépistage du VIH désignées avec du personnel formé, il se fait beaucoup de dépistage

sans consultation ni consentement éclairé (Van Casteren, 2004; de Bruyn, 2005). De plus, on peut se demander si un soutien suffisant serait offert aux personnes dont le test rapide est positif qui subissent un prélèvement sanguin et qui doivent retourner pour obtenir les résultats du test de confirmation (Elliott, 2000). Enfin, on se demande constamment si les personnes disposent de suffisamment de temps de réflexion lorsqu'ils subissent un test rapide (OMS, 2004). Comme il faut environ deux semaines pour obtenir les résultats d'un dosage immunoenzymatique, les personnes ont le temps de réfléchir et de se préparer à un résultat positif possible. Le manque de temps pour prendre une décision est particulièrement préoccupant dans les endroits où les gens viennent pour d'autres services, comme un traitement pour des infections transmissibles sexuellement ou la tuberculose et qui n'avaient pas prévu subir un test de dépistage du VIH.

VÉRITABLE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ SOUS LA CONTRAINTE

Même si le test rapide offre d'énormes avantages dans des situations d'urgence, par exemple lorsqu'une femme qui n'a pas subi de test est en train d'accoucher, la plupart des pays démocratiques ainsi que l'IONUSIDA et l'OMS soutiennent que le test de dépistage dans ces circonstances doit toujours être volontaire et accompagné d'un consentement éclairé. On se demande si une personne sous la contrainte, comme une femme qui accouche, peut recevoir tous les renseignements nécessaires pour prendre une décision éclairée, y compris l'objectif du dépistage, le traitement et le soutien possible et les conséquences possibles d'un résultat positif (de Bruyn, 2005).

ASSURANCE DE LA QUALITÉ

Si l'administration ne peut compter sur une réglementation suffisante, le contrôle de la qualité peut s'en ressentir, et on est en droit de se demander si seul le personnel adéquatement formé est autorisé à exécuter le test, si l'on effectue des tests de confirmation et si des normes et processus en matière d'assurance de la qualité sont établis et respectés.

CAPACITÉ DU PERSONNEL

Il faut se demander ici si le centre dispose d'un personnel suffisamment qualifié, qui possède une formation et des connaissances suffisantes pour effectuer le test rapide et offrir de la consultation aux personnes qui subissent le test. De plus, si l'on utilise le transfert Western ou l'immunofluorescence pour confirmer les résultats, l'organisme doit compter sur du personnel qualifié pour prélever du sang.

NOUVELLES APPROCHES À L'ÉGARD DU DÉPISTAGE ET DE LA CONSULTATION

DÉTECTION DES INFECTIONS AIGUËS À L'AIDE DU TEST D'AMPLIFICATION DE L'ACIDE NUCLÉIQUE

Le test d'amplification de l'acide nucléique (TAN), test de dépistage du VIH-ARN, sert à dépister les cas d'infection à VIH au début du processus d'infection avant l'apparition des anticorps, pendant ce qu'on appelle la « fenêtre ». Créé en 1999, le TAN détecte l'ARN viral dans le sang pendant la phase aiguë initiale d'une infection à VIH (Pilcher, 2005).

Le TAN sert à analyser les dons de sang, mais, par le passé, il a été jugé trop coûteux pour être utilisé dans la

plupart des autres circonstances comme test de dépistage. Il peut toutefois être utilisé de façon rentable pour des lots d'échantillons dont les résultats sont négatifs afin que le VIH puisse être détecté dans le sang pendant la période « fenêtre ». Les concentrations de VIH-ARN sont très élevées pendant la phase aiguë de l'infection et le risque possible de transmission du VIH est plus élevé (Cohen, 2005). Donc, si les personnes atteintes sont identifiées pendant cette période, les risques de transmission du VIH sont réduits.

Certains services de santé étatiques et locaux aux États-Unis utilisent la technologie TAN pour identifier les personnes qui sont à la phase d'infection aiguë et pour les aviser et prévenir leurs partenaires. L'avantage possible de cette approche est ressorti d'une étude qui s'est déroulée sur un an et qui visait à comparer le rendement diagnostique des tests de détection des anticorps du VIH réguliers et les tests effectués sur des échantillons dont le test de détection s'est révélé négatif à l'aide du TAN dans des centres financés par l'État en Caroline du Nord (Pilcher, 2005). Des 109 250 tests de détection des anticorps effectuées, 108 667 étaient négatifs, mais parmi ceux-ci, le TAN a permis de détecter 23 infections à VIH aiguës (de plus, dans deux cas, il s'agissait de faux positifs). Lorsque les personnes sont informées de leurs résultats (74 %) dans les 72 heures suivant le moment où les résultats deviennent accessibles), 21 ont commencé des soins médicaux spéciaux et 20 ont été traités aux antirétroviraux, y compris une femme enceinte dont l'enfant n'avait pas été infecté. De plus, 48 partenaires sexuels ont reçu des services de consultation, et des 18 séropositifs, cinq venaient d'apprendre leur séropositivité. Dans une autre étude clinique à San Francisco, onze infections à VIH aiguës ont été détectées sur une période de huit mois, soit un taux de prévalence de 36 pour 10 000 (Patel, 2006). Le rendement diagnostique des séropositifs a augmenté de 10,5 %. Bien des services de santé locaux ont entrepris des programmes semblables, notamment à Baltimore, au Maryland, qui se classe au cinquième rang au chapitre du plus grand nombre de cas de sida aux États-Unis.

UTILISATION DES TESTS RAPIDES DANS LES PROGRAMMES DE SENSIBILISATION COMMUNAUTAIRES

DESCRIPTION ET UTILISATION

Les technologies de dépistage rapide augmentent énormément la possibilité d'accroître le nombre de cas de dépistage et de consultation. Cela vaut particulièrement dans les établissements communautaires conçus pour rejoindre les personnes qui ne savent pas qu'elles sont infectées par le VIH, en particulier les personnes marginalisées qui n'ont pas facilement accès aux établissements de soins de santé.

AVANTAGES

Grâce à diverses dispositions et lignes directrices de l'OMS, des études ont révélé que l'utilisation de tests rapides dans les établissements de sensibilisation communautaires était faisable pour un certain nombre de raisons. D'abord, on augmente ainsi le nombre de tests de dépistage subis et le nombre de personnes qui apprennent leur séropositivité. Dans une étude menée au Zimbabwe, par exemple, où l'on a offert des services itinérants gratuits de dépistage et de consultation anonymes dans des marchés, la demande de dépistage dépassait souvent la capacité des chercheurs d'offrir les services de dépistage et de consultation (Morin,

2006). Une autre étude portant sur le dépistage du VIH rapide et la consultation sur place dans le cadre de programmes de traitement de la toxicomanie aux États-Unis a révélé que une seule personne parmi les 735 qui ont subi les tests n'a pas obtenu le résultat du test (Keenan, 2001). Si on compare aux données obtenues aux États-Unis en 1998, selon lesquelles 48 % des personnes qui ont subi un test dans le cadre de programmes financés par l'État de dépistage et de consultation anonymes ne sont pas retournées pour obtenir les résultats de leurs tests, la proportion de 99,9 % de personnes qui ont obtenu leurs résultats dans le cadre de l'étude est une énorme amélioration.

Les établissements de sensibilisation communautaires qui offrent le test de dépistage rapide rejoignent aussi plus facilement les populations qui courent des risques plus élevés de contracter le VIH comparativement aux cliniques de dépistage. Encore une fois au Zimbabwe, une étude sur l'utilisation du test rapide et la consultation en milieu de travail a révélé que le centre a obtenu un taux moyen de 51 % lorsque le test était effectué sur place comparativement à seulement 19 % lorsque le test était effectué à l'extérieur au moyen de bons (Corbett, 2006). Les services de dépistage rapide et de consultation offerts dans la rue ou itinérants peuvent davantage rejoindre les gens à risque élevé de contracter le VIH que le dépistage offert dans les établissements de soins. Dans l'étude susmentionnée du dépistage mobile au Zimbabwe, les services d'approche dans les deux établissements communautaires ont identifié un taux plus élevé de séropositifs (29 %) que les cliniques à Harare (17 %) (Morin 2006). Les auteurs soutiennent que le taux d'infection à VIH est plus susceptible d'être élevé dans les zones où il y a une forte migration.

ENJEUX ET PRÉOCCUPATIONS

Les préoccupations concernant l'utilisation des technologies de dépistage rapide dans les établissements communautaires ont trait à la possibilité d'une mauvaise gestion et d'abus. Même dans les établissements bien contrôlés, des éléments de preuve révèlent que des gens subissent un test de dosage immunoenzymatique ou un test de dépistage rapide sans consultation, consentement éclairé ni protection de confidentialité (Van Casteren, 2004; Schrooten, 2004; Chase, 2001; Surlis, 2001; Klosinski, 2000). (Pour une analyse plus poussée sur le sujet, voir la section Enjeux et préoccupations au sujet du dépistage et de la consultation à l'initiative du prestataire sous la rubrique Dépistage et consultation à l'initiative du prestataire ci-dessous). Dans les établissements qui ne sont pas régis par des politiques solides exigeant la consultation, le consentement éclairé et la confidentialité, qui disposent de peu de ressources pour la formation du personnel et où il y a peu de structure de possibilité d'assurance de la qualité et de la surveillance, ces risques peuvent être plus élevés.

DÉPISTAGE ET CONSULTATION À L'INITIATIVE DU PRESTATAIRE

DESCRIPTION ET UTILISATION

Les services de dépistage du VIH et de consultation qui sont offerts par les fournisseurs de soins de santé dans le contexte des services médicaux sont appelés ***dépistage et consultation à l'initiative du prestataire*** pour que l'on puisse bien faire la distinction entre ces services et la consultation et le dépistage à l'initiative du client offerts dans des centres de consultation et de dépistage volontaires.

Dans certains établissements, les fournisseurs effectuent une évaluation des risques du VIH pour chaque patient et si une exposition possible au VIH (en raison d'activités sexuelles, de consommation de drogues, d'antécédents de transfusion, etc.) est constatée, ils offrent des services de dépistage du VIH et de consultation. Il est essentiel que ce système de dépistage évalue le niveau de risque de la personne. Dans d'autres établissements, le dépistage du VIH et la consultation sont offerts par les fournisseurs à tous leurs patients plutôt qu'à seulement ceux que l'on juge à risque. Certains établissements ont utilisé cette stratégie pour les femmes enceintes en raison de la proportion plus élevée de clients à risque dans la population générale, comme les cliniques de vénérologie et ceux des zones géographiques où la prévalence du VIH est élevée. Le dépistage et la consultation à l'initiative du prestataire sont examinés tant dans les pays où la prévalence est élevée que dans ceux où la prévalence est faible comme stratégie pour faire la promotion de plus vastes services de dépistage et de consultation pour les patients vus dans divers établissements comme les cliniques de vénérologie et les cliniques de tuberculose, les urgences, les cliniques communautaires et les centres où les utilisateurs de drogues injectables reçoivent des traitements.

ACCEPTATION DE L'OFFRE OU REFUS DES SERVICES DE DÉPISTAGE ET DE CONSULTATION À L'INITIATIVE DU PRESTATAIRE

Les services de dépistage et de consultation à l'initiative du prestataire sont actuellement offerts selon deux approches. La première approche consiste à offrir à tous les patients un test de dépistage, mais ce test n'est effectué qu'avec l'autorisation du patient. Dans le cas de la deuxième approche, les founisseurs de soins de santé informent les patients qu'ils subiront un test de dépistage du VIH dans le cadre de leurs examens cliniques à moins qu'ils refusent de le subir. Il s'agit de l'option de refus. Les deux stratégies sont actuellement examinées. On a utilisé pour la première fois les services de dépistage et de consultation à l'initiative du prestataire avec un droit de refus (option de refus) auprès de femmes enceintes, à qui le test a été vivement recommandé pour la prévention de la transmission périnatale. Les recommandations d'un dépistage régulier avec droit de refus prévoient que le test doit être offert de façon volontaire avec le consentement éclairé de la personne, mais les services de consultation sont limités (ONUSIDA et OMS, 2004). Au lieu d'une consultation préalable au test, on offre aux patients des renseignements pour qu'ils puissent prendre une décision éclairée au sujet du test, comme les avantages du test et le droit de refus (voir l'encadré 1.2).

AVANTAGES DES SERVICES DE DÉPISTAGE ET DE CONSULTATION À L'INITIATIVE DU PRESTATAIRE

ACCEPTATION DU PATIENT ET RECOURS ACCRU

L'avantage le plus important de la stratégie de dépistage et de consultation à l'initiative du prestataire est qu'elle augmente le taux de dépistage et de consultation. Des études révèlent qu'une grande proportion de patients jugent le dépistage et la consultation à l'initiative du prestataire comme une intervention acceptable. Dans les cliniques de vénérologie des États-Unis, par exemple, le VIH a été ajouté aux tests offerts à tous les patients, qui en ont été informés à l'inscription et qui ont reçu un formulaire de consentement éclairé à lire et à signer (Campos-Outcalt, 2006).

Chaque personne qui signe le formulaire obtient des services de consultation pendant la rencontre clinique (ces services consistent à répondre aux questions du patient concernant le test et à fournir de l'information générale sur la prévention). Au total, 68 % des patients ont accepté de subir le test, et 5,6 % d'entre eux étaient séropositifs.

Une étude sur le dépistage de routine dans une clinique de vénérologie au Royaume-Uni a également révélé que les patients accepteront des services de dépistage du VIH et de consultation s'ils sont offerts (Lee, 2005). Une étude axée sur la population au Botswana a révélé que la plupart des personnes (82 %) étaient extrêmement ou très favorables au test de dépistage de routine (Weiser, 2006). Les répondants étaient d'avis qu'une politique de dépistage de routine éliminerait des barrières au dépistage et la violence faite aux femmes (55 %) et augmenterait l'accès au traitement antirétroviral (93 %).

Dans un hôpital rural de l'Ouganda, lorsqu'on a offert le test de dépistage du VIH avec option de refus à la clinique prénatale pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant et dans l'aile de maternité, le taux d'acceptation des services de dépistage et de consultation à la clinique prénatale s'élevait à 97 % chez les femmes et les hommes qui les accompagnaient, et ce taux s'élevait à 86 % chez les femmes et à 98 % chez les hommes qui les accompagnaient à la clinique de maternité (Homsy, 2006). Ce changement a permis une augmentation du taux de détection des infections à VIH de 12 %. Lorsque les services de dépistage et de consultation avec option de refus ont été offerts dans les services périnataux au Botswana, la proportion de femmes qui ont subi un test de dépistage est passé de 75,3 % à 90,5 % (CDCP, 2004).

La mise en œuvre d'une politique de dépistage du VIH prénatal avec option de refus a permis d'augmenter de façon importante le nombre de femmes qui ont subi un test de dépistage du VIH au Canada (Jayaraman, 2003; Walmsley, 2003; Mossman, 2002). En Alberta, dans le mois qui a suivi l'adoption du dépistage du VIH prénatal avec option de refus, le nombre de femmes qui ont accepté de subir le test a augmenté de 28 %. Au cours des deux années qui ont suivi (1999 et 2000), la proportion annuelle moyenne de femmes subissant un test de dépistage du VIH s'élevait à 1,4 % (Jayaraman, 2003).

De nombreuses lignes directrices recommandent maintenant que l'on offre à toutes les femmes enceintes un test de dépistage du VIH avec option de refus en raison de l'augmentation du nombre de femmes qui ont accepté de subir le test grâce à cette approche. Comme bon nombre de femmes séropositives n'ont pas l'impression de courir des risques et peuvent refuser le dépistage, l'approche a permis d'accroître la prévention de la transmission du VIH périnatal. Il faut souligner toutefois qu'en Ontario, au Canada, la politique de dépistage et de consultation qui exige l'acceptation de la patiente enceinte donne des résultats comparables à la plupart des politiques prévoyant l'option de refus.

AUGMENTATION DU NOMBRE DE TESTS SUBIS PAR DES PERSONNES QUI NE CROIENT PAS ÊTRE À RISQUE

Bien des gens, particulièrement les femmes, qui ne savent pas qu'ils sont exposés au VIH, ne chercheraient pas à subir un test de dépistage ni ne se le feraient offrir en fonction d'une évaluation des risques. Dans le cadre d'une étude sur les femmes séropositives, 90 % d'entre elles ne savaient pas qu'elles couraient des risques de contracter le VIH avant leur test (Jackson, 1997). Au Royaume-Uni, où l'on a recommandé

une politique exigeant l'acceptation des patientes dans les cliniques prénatales, 560 femmes enceintes ont été interrogées (Campbell, 2003). Seulement 23 % d'entre elles ont subi un test de dépistage du VIH, et 77 % ont refusé. Les femmes qui ont refusé n'ont pas voulu subir le test parce qu'elles estimaient ne pas courir de risque de contracter le VIH. Leurs réponses à des questions de connaissance ont révélé qu'elles comprenaient mal la transmission du VIH.

DIMINUTION DE LA STIGMATISATION ASSOCIÉE AU FAIT DE SUBIR UN TEST

On soutient actuellement que, lorsque le dépistage et la consultation sont offerts à tout le monde, les personnes ne se sentent pas les seuls « à risque » de contracter le VIH. Donc, la stigmatisation du fait de subir un test est amoindrie si on offre le test à tous, et que bien des personnes subissent le test. Dans un sondage mené auprès de patients, 60 % des répondants étaient d'avis que le dépistage de routine réduirait la stigmatisation du fait de subir un test (Weiser, 2006). Des entrevues avec la plupart des personnes qui ont subi un test anonyme dans un programme itinérant de dépistage et de consultation anonymes dans des marchés du Zimbabwe ont mentionné que la stigmatisation du fait de subir un test est un facteur qui dissuade les gens de subir un test de dépistage du VIH (Morin, 2006). Même si les études mentionnées ci-dessus soulignent l'importance de faire face à cette stigmatisation, il existe peu de données probantes pour appuyer l'hypothèse selon laquelle le dépistage de routine réduit la stigmatisation et la discrimination.

IDENTIFICATION PLUS TÔT DANS L'ÉVOLUTION DE LA MALADIE DES PERSONNES SÉROPOSITIVES

Le dépistage et la consultation à l'initiative du prestataire, qui ont pour avantage d'augmenter le nombre de dépistage effectué dans des établissements médicaux, augmentent la possibilité de diagnostiquer des gens plus tôt dans l'évolution de la maladie. Dans le cadre d'une comparaison de personnes qui ont subi un test de dépistage du VIH dans un établissement hospitalier et de gens qui ont subi un test de dépistage régulier dans des établissements externes aux États-Unis, 79 % des personnes hospitalisées dont le résultat s'est révélé positif étaient atteintes du sida, comparativement à seulement 26 % des patients externes dont le test s'est révélé positif (Greenwald, 2006b). Les auteurs en viennent à la conclusion que le dépistage de routine a permis de découvrir la séropositivé de personnes en consultation externe dont la maladie n'aurait pas été autrement diagnostiquée.

ENJEUX ET PRÉOCCUPATIONS AU SUJET DES SERVICES DE DÉPISTAGE ET DE CONSULTATION À L'INITIATIVE DU PRESTATAIRE

CHOIX ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Dans le cas du dépistage et de la consultation avec option de refus, on se demande principalement si le patient pourra donner un consentement éclairé approprié. Le dépistage du VIH et la consultation dans le contexte des services de soins de santé sont différents des programmes de dépistage et de consultation volontaires dans les

Même si tous les experts s'entendent pour dire que tous les tests de dépistage du VIH devraient être volontaires, le choix est différent lorsqu'une personne demande de subir un test de dépistage dans le cadre d'un programme de dépistage et de consultation volontaires et lorsqu'une personne demande des services médicaux et se voit offrir un test de dépistage.

services médicaux et les établissements communautaires. Même si tous les experts s'entendent pour dire que tous les tests de dépistage du VIH devraient être volontaires, le choix est différent lorsqu'une personne demande de subir un test de dépistage dans le cadre d'un programme de dépistage et de consultation volontaires et lorsqu'une personne demande des services médicaux et se voit offrir un test de dépistage. En Belgique, où les omnipraticiens peuvent effectuer des tests de dépistage du VIH sans restriction juridique à l'égard du consentement du patient, « on sait très bien que le dépistage du VIH diagnostic sans le consentement éclairé du patient est immoral et va à l'encontre des lignes directrices européennes » (Van Casteren, 2004). Néanmoins, dans un sondage qui s'est déroulé sur huit ans en Belgique sur le dépistage et la consultation à l'initiative du prestataire, au moins 35 % des omnipraticiens avaient effectué au moins un test de dépistage du VIH sans le consentement du patient (Van Casteren, 2004). Un sondage à grande échelle sur l'expérience des séropositifs en Europe a révélé que 14 % d'entre eux avaient subi un test sans leur consentement (Schrooten, 2001).

Malgré les recommandations faites par l'ONUSIDA, l'OMS et bon nombre de ministères nationaux de la santé selon lesquelles le dépistage et la consultation à l'initiative du prestataire devraient être volontaires avec le consentement éclairé du patient, certains pays, comme le Pérou et Singapour, ont instauré un test de dépistage du VIH obligatoire pour les femmes enceintes (de Bruyn, 2005). Même dans des pays où le test de dépistage du VIH prénatal n'est pas obligatoire, il peut être coercitif. En effet, il peut arriver que des femmes subissent des pressions non seulement pour subir un test de dépistage, mais également pour mettre un terme à la grossesse et être stérilisées si elles sont séropositives. Des femmes ont signalé avoir vécu ce genre d'expérience dans le cadre d'entrevues auprès d'informateurs clés en Inde, en Zambie, en Ukraine et au Burkina Faso (Chase, 2001). Dans cette étude de ces quatre pays sur la stigmatisation, les femmes de l'Ukraine ont signalé avoir été obligées de subir le test sans leur consentement et de subir un avortement contre leur volonté. De plus, des infirmières divulguaient les résultats du test de VIH à d'autres personnes de la collectivité, et les femmes risquaient alors d'être victimes de violence, de rejet et d'abandon.

CONSULTATION

Comme le dépistage et la consultation à l'initiative du prestataire devient la norme de soins dans les cliniques achalandées, le consentement éclairé et la consultation, même la consultation postérieure au test, risque de passer après d'autres priorités. Dans un sondage mené auprès de clients vus

à des cliniques de vénérologie à Londres, 92 % des répondants ont indiqué qu'ils voulaient savoir si le résultat de laboratoire était positif ou négatif (Patel, 2006). Toutefois, pour accroître l'efficience, près du quart des cliniques de Londres n'informent les clients que si les résultats sont positifs. Dans un sondage mené auprès de 1 366 séropositifs en Europe, plus de la moitié des répondants ont dit ne pas avoir reçu un soutien suffisant lorsqu'ils ont appris leurs résultats (Schrooten, 2001). Quelque 15 % des répondants ont appris leur séropositivité au téléphone ou par la poste : parmi ceux qui ont appris leurs résultats en personne, la consultation clinique a duré plus de 20 minutes dans seulement 30 % des cas, de 10 à 20 minutes dans 35 % des cas et, moins de dix minutes dans 26 % des cas.

L'une des préoccupations importantes au sujet du dépistage avec option de refus est qu'une certaine proportion de gens qui ont subi un test de dépistage ne reviennent pas pour obtenir leurs résultats. On avance comme hypothèse que ces personnes peuvent se sentir mal à l'aise de refuser le test, mais ne veulent pas sincèrement avoir le résultat. On avance aussi que, comme les patients n'ont pas l'intention d'obtenir un test de dépistage du VIH, ils ne sont pas vraiment motivés à revenir pour obtenir les résultats. Comme troisième interprétation, qui s'applique certainement aux pays en développement ou en régions éloignées, on avance que les patients peuvent avoir beaucoup de difficulté à retourner à la clinique en raison des déplacements difficiles. Au Botswana, où la proportion de femmes enceintes qui ont subi un test de dépistage a augmenté de 15 % au cours du premier mois après l'instauration du dépistage avec option de refus, bien des femmes n'ont jamais été mises au courant de leur séropositivité parce qu'elles ont reçu leurs soins prénataux et ont accouché dans les collectivités éloignées (Weiser, 2006). Au Malawi rural, lorsque le dépistage avec option de refus a été instauré comme programme pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant, 95 % des femmes ont subi le test et reçu des services de consultation, et seulement 1 % ont refusé le test. Comme 87 % des accouchements ont eu lieu dans des endroits en périphérie, 68 % des femmes ayant subi le test n'ont pas eu de suivi après leur accouchement (Manzi, 2005). Seulement 45 % des mères séropositives et 34 % des bébés ont reçu en prophylaxie de la névirapine, comme traitement antirétroviral. Comme on l'a mentionné ci-dessus, les technologies de dépistage rapide peuvent atténuer le problème des personnes qui ne reviennent pas chercher leurs résultats.

En ce qui concerne le dépistage et la consultation périnatale avec option de refus, bien des gens se préoccupent également de l'insuffisance des services de consultation. Dans un centre de soins tertiaires canadiens où on a instauré de façon routinière le dépistage et la consultation à l'initiative du prestataire avec option de refus, le personnel a exprimé des préoccupations concernant la capacité d'assumer les services de consultation (Gruslin, 2001). Une approche interdisciplinaire a été adoptée, et l'équipe spécialisée de médecins, d'infirmières, de travailleurs sociaux et de psychologues participent au processus de consultation. On a d'abord instauré une politique, puis offert une séance éducative à l'intention de tout le personnel professionnel. Une brochure d'information a été créée pour les patients et constitue un outil supplémentaire pour le personnel.

SECTION QUATRE : INCIDENCE DES MÉTHODES DE CONSULTATION ET DE DÉPISTAGE SUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT ET LA RÉDUCTION DE LA TRANSMISSION DU VIH

APERÇU

Certaines méthodes de dépistage du VIH et de consultation volontaires ont été examinées davantage que d'autres. La présente section porte sur l'incidence des méthodes de consultation et de dépistage sur les comportements liés à la prévention de la transmission, le nombre de tests de dépistage subis et, le cas échéant, sur le taux de transmission du VIH.

Dans un examen de la documentation, deux constatations semblent avoir une incidence sur les politiques relatives au dépistage et à la consultation. Premièrement, le dépistage et la consultation à l'initiative du prestataire a permis d'augmenter le nombre de personnes qui ont subi le test, et la proportion la plus élevée de personnes qui ont subi un test est attribuable au dépistage et à la consultation à l'initiative du prestataire avec droit de refus (Anderson, 2005; CDCP, 15 novembre 2002; CDCP, 26 novembre 2004), ce qui nous porte réellement à croire que les modifications apportées aux politiques de dépistage du VIH qui sont actuellement analysées et étudiées pourraient réduire de façon marquée la proportion de séropositifs qui ne sont pas au courant de leur séropositivité. Toutefois, comme nous l'avons mentionné aux sections 1 et 3, la stigmatisation et la discrimination continuent de présenter des risques pour les séropositifs. Les déclarations des personnes qui subissent un test sans consentement dans des établissements où le consentement éclairé est obligatoire montrent la difficulté de maintenir des protections dans les établissements médicaux.

le dépistage et la consultation constituent une intervention efficace pour changer les comportements à risque principalement chez les gens qui apprennent leur séropositivité.

Deuxièmement, le dépistage et la consultation constituent une intervention efficace pour changer les comportements à risque principalement chez les gens qui apprennent leur séropositivité. Dans de nombreuses études, les gens changent effectivement de comportement après avoir appris

« Finalement […], il ne faut pas oublier qu'aucun programme de prévention du VIH unique, particulièrement une intervention relativement brève comme le dépistage du VIH et la consultation, ne devrait entraîner directement un changement de comportement chez tous les participants. Il est possible de motiver les personnes à changer leur comportement à risque face au VIH par des efforts soutenus d'intervention répétée dans de multiples établissements à l'aide de stratégies et de messages d'intervention. Ces efforts devraient avoir pour but ultime de changer les comportements et les normes de toute la collectivité de façon à maintenir la réduction du VIH et à inciter les membres de la collectivité à risque à demander de l'aide. » (Wolitski, 1997, p. 65)

qu'ils étaient séropositifs (Marks, 2005; Weinhardt, 1999). La consultation et le dépistage chez les gens qui obtiennent un résultat négatif ne semblent pas entraîner de changement important des comportements à risque, sauf s'ils ont une relation avec quelqu'un qui est séropositif (Weinhardt, 1999). Cette constatation met l'accent sur la valeur d'établir un milieu qui appuie les personnes vivant avec le VIH et qui ne les stigmatise pas. Dans ce contexte, il devient tout aussi important d'offrir des soins cliniques pour le traitement du VIH où chaque personne peut établir une relation de confiance continue avec les fournisseurs de soins de santé.

Le défi que pose l'établissement de méthodes efficaces de consultation et de dépistage pour faire changer les comportements ou réduire la prévalence du VIH est en grande partie attribuable au fait que le comportement humain n'existe pas en vase clos. La recherche se concentre principalement sur des interventions distinctes dans des conditions contrôlées, et presque tout ce qui est présenté dans la présente section provient des résultats d'essais contrôlés aléatoires. Il faut maintenant une recherche axée sur les résultats qui peut examiner l'interrelation des interventions et des conditions qui contribuent au comportement individuel et collectif.

INCIDENCE DU DÉPISTAGE DU VIH ET DE LA CONSULTATION SUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

Une analyse de 35 études publiées de 1991 à 1997 a évalué les données scientifiques concernant la capacité de dépistage du VIH et de la consultation d'inciter les gens à modifier leur comportement à risque et à demander de l'aide (Wolitski, 1997). Selon les données les plus constantes, les couples sérodiscordants hétérosexuels en ont le plus profité. De plus, les personnes qui ont appris pendant la consultation qu'elles étaient séropositives étaient plus susceptibles d'adopter des pratiques de réduction des risques que les personnes qui obtenaient des résultats négatifs. Des faiblesses méthodologiques et une grande diversité des populations ciblées ont limité la capacité des auteurs à tirer des conclusions solides. Juste un peu plus de la moitié des études donne des données probantes positives révélant que le dépistage du VIH et la consultation pourraient inciter les gens à adopter des pratiques plus sûres, ce que d'autres études n'ont pas avancé. Dans bien des études, la population cible comme telle semble avoir été un facteur important de réussite. Les études comportaient des différences importantes en ce qui concerne l'ampleur de la sensibilisation et de la consultation qui accompagnaient le dépistage, ce qui a réduit la valeur de comparaison entre les études.

Une méta-analyse de 27 études publiées sur des interventions de dépistage du VIH et de consultation faisant la promotion de la réduction des pratiques sexuelles risquées a conclu que le dépistage du VIH et la consultation peuvent faciliter le changement de comportement chez les gens qui obtiennent un résultat positif ainsi que chez les couples sérodiscordants, mais ne consistent pas en une stratégie de prévention primaire efficace pour les participants qui obtiennent un résultat négatif (Weinhardt, 1999). L'analyse révèle que ceux qui étaient séropositifs et les couples sérodiscordants ont davantage changé leur comportement (moins de relations non protégées et utilisation accrue du condom) que ceux qui ont obtenu un résultat négatif. En fait, les participants qui ont obtenu un résultat négatif ont déclaré qu'ils n'avaient pas

plus changé leur comportement sexuel que les participants qui n'avaient pas subi de test.

Une étude systématique plus récente de la documentation visant à examiner les risques et les avantages du dépistage du VIH a conclu que les avantages du dépistage l'emportent sur les risques (Chou, 2005). La méthodologie ne comportait aucune définition du dépistage, mais le terme semblait renvoyer au test de dépistage du VIH dans un établissement de soins de santé, où on a évalué les risques en même temps que le test et qui a été suivi d'une consultation au sujet de la réduction des risques et d'autres sujets pertinents pour ceux qui obtiennent un résultat positif. L'étude comportait une série de questions visant à examiner diverses composantes du processus de dépistage, dont l'une était des interventions de dépistage accompagnées d'une consultation. Dans près de la moitié d'une série d'essais aléatoire, la consultation, qui a été adaptée aux besoins des participants ou qui était plus intensive, semble avoir permis de réduire davantage les comportements à risque que la consultation habituelle ou moins intensive, mais les méthodes de consultation ont varié grandement d'un essai à l'autre (Rotheram-Borus, 2004; Rotheram-Borus, 2001; Wingood, 2004; Fogarty, 2001; Kalichman, 2001).

En ce qui concerne le comportement des utilisateurs de drogues injectables, des études transversales ont révélé que les séropositifs qui consomment de la drogue adoptent un comportement moins risqué que les toxicomanes qui n'ont pas subi de test ou dont le résultat du test de dépistage du VIH est négatif (Desenclos, 1993; Schlumberger, 1999; Celentano, 2001). Dans un essai clinique aléatoire et une étude prospective, le dépistage et la consultation ne semblent pas avoir eu une incidence sur le comportement des toxicomanes, mais deux autres essais cliniques aléatoires ont révélé que des séances de consultation plus intenses avaient une incidence sur le comportement des toxicomanes dans une plus grande mesure que la consultation régulière (Rotheram-Borus, 2004; Margolin, 2003).

Un examen systématique de la documentation a révélé qu'aucun essai clinique n'a comparé le taux de transmission du VIH avec et sans dépistage et consultation (Chou, 2005). L'examen cite toutefois une étude américaine sur les couples hétérosexuels sérodiscordants dans le cadre de laquelle on a constaté aucune séroconversion au cours de 193 années-couple de suivi après des services de consultation et qui a révélé une réduction des comportements à risque. Une étude africaine sur les couples sérodiscordants a révélé un taux de séroconversion de six à neuf par 100 années-personnes chez les femmes non infectées ayant un partenaire séropositif comparativement à un taux de 22 par 100 années-personnes chez les femmes non infectées dont le partenaire n'avait pas subi de test. Dans deux études d'observation, on a observé que le dépistage et la consultation étaient associés à une diminution de cas d'ITS chez les personnes séropositives et une augmentation chez celles qui avaient obtenu un résultat négatif. Dans deux essais cliniques aléatoires, une consultation plus interactive était plus efficace que la consultation régulière pour réduire le taux d'ITS chez les femmes séropositives et les hétérosexuels séronégatifs. Le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH était trop petit pour que l'on puisse déceler une différence à ce chapitre.

Même si bon nombre des composantes des interventions de consultation et de dépistage ont été examinées et évaluées,

on ne sait que très peu de choses sur l'effet réel du dépistage comme tel sur le taux de transmission du VIH. La majeure partie de la recherche s'est déroulée pendant les consultations périnatales, dans l'un des premiers établissements où l'on a utilisé le dépistage du VIH de façon régulière. Dans cet établissement unique, toutefois, le dépistage est suivi d'une intervention médicale distincte (administration d'antirétroviraux), dont les places et la durée sont limitées. Donc, les programmes ou les recherches qui évaluent l'effet du dépistage sur tout autre mode de transmission n'en sont pas informés.

RECHERCHE SUR LES MÉTHODES DE CONSULTATION QUI ACCOMPAGNENT LE DÉPISTAGE

Le type et la gamme d'interventions de consultation est vaste et complexe en ce qui concerne les fondements théoriques, les compétences professionnelles et le niveau de formation des conseillers, la durée et le nombre de séances nécessaires ainsi que l'emplacement de la prestation de services. Une étude sur les concepts, les buts et les techniques des différentes méthodes de consultation utilisées aux États-Unis a révélé cinq tâches de consultation : établissement d'une relation; évaluation des risques; divulgation de l'information; changement de comportement; soutien émotif et prise en charge (Sikkema, 1997). Les auteurs ont conclu qu'aucun programme de dépistage du VIH et de consultation ne pouvait réellement réaliser toutes les tâches. Les entrevues en profondeur effectuées avec des fournisseurs de soins de santé canadiens qui donnent des résultats de test de dépistage du VIH ont relevé cinq pratiques exemplaires considérées comme importantes : s'assurer de fournir de l'information sur la réduction des risques de transmission du VIH, personnaliser l'évaluation des risques; s'assurer que les résultats du test sont donnés en personne; fournir de l'information et aiguiller les patients; faciliter la notification des partenaires (Myers, 2003). Voici d'autres pratiques nécessaires qui ne sont pas liées au VIH : bâtir un lien de confiance; maintenir des limites professionnelles; s'assurer d'un milieu confortable et sûr; garantir la confidentialité; adopter une attitude non critique; réaliser l'autodétermination.

Un examen des programmes de prévention du VIH pour les hétérosexuels a permis d'évaluer 32 programmes, chacun comprenant un groupe témoin (Rotheram-Borus, 2000). Les auteurs ont relevé trois types d'intervention qui ont permis de modifier les comportements à risque, surtout les interventions de consultation qui sont fondées sur des théories cognitives sociales et qui se concentrent sur l'amélioration des connaissances, des comportements et des pratiques liés au VIH. Ce genre d'intervention de consultation a obtenu des résultats différents dans différents établissements. Le deuxième type d'intervention, le traitement des infections transmissibles sexuellement, utilise des marqueurs biologiques comme indicateurs de réussite. Dans les cliniques de vénérologie, les interventions de consultation ont permis de modifier les comportements à risque tant chez les groupes traités que chez les groupes témoins, ce qui porte à croire que le processus d'évaluation des risques peut entraîner un changement à court terme. De plus, une seule séance de consultation dans les cliniques de vénérologie a permis de réduire le taux de prévalence des infections transmissibles sexuellement pendant six mois alors qu'une autre intervention de consultation en une séance dans d'autres établissements a donné des résultats négatifs. Le

troisième type d'intervention jugée efficace était la consultation préalable et postérieure au test de dépistage du VIH.

Une étude contrôlée aléatoire des interventions de prévention du VIH qui n'ont pas toutes la même intensité a révélé qu'une intervention en atelier (accompagnée d'une formation axée sur les compétences) et une action communautaire (accompagnée d'une formation axée sur les compétences et d'un engagement à participer à des activités de prévention du VIH dans le quartier) ont permis d'obtenir et de maintenir des réductions dans deux mesures des comportements sexuels à risque (Sikkema, 2005). Le contrôle (intervention de sensibilisation seulement) n'a pas été efficace comme l'atelier ou l'intervention communautaire, et, de plus, l'intervention communautaire s'est révélée plus efficace que l'intervention en atelier. Les auteurs ont conclu que, pour qu'il y ait changement de comportement, il faut offrir du soutien normatif et environnemental pour que les changements puissent perdurer.

Une étude clinique aléatoire à grande échelle a également déterminé qu'une consultation didactique ne permettrait pas d'accroître l'utilisation du condom ou de diminuer le taux d'infection transmissible sexuellement tout comme la consultation brève ou complémentaire (Kamb, 1998). Menée dans des cliniques de vénérologie de cinq villes américaines, cette étude a comparé deux interventions de consultations interactives accompagnées d'un contrôle comprenant la présentation de messages éducatifs réguliers. La brève intervention de consultation consistait en deux séances de 20 minutes. La première séance visait à aborder les résultats du test de dépistage du VIH, l'évaluation des risques, la détermination des obstacles à la réduction des risques et la négociation d'un plan de réduction des risques acceptable et réalisable ainsi que du soutien pour que le patient change son comportement. La deuxième séance portait sur les progrès réalisés en ce qui concerne le changement de comportement et abordait les obstacles, les facteurs propices et la réduction des risques à long terme. L'intervention de consultation complémentaire s'est déroulée sur quatre séances, la première d'une durée de 20 minutes et les trois autres d'une durée de 60 minutes. Les trois premières séances portaient sur l'auto-efficacité, les attitudes et les normes perçues concernant l'utilisation du condom. On a donné les résultats du test de dépistage du VIH à la troisième séance et effectué un exercice d'établissement des objectifs comportementaux au cours duquel le participant devait choisir une mesure de réduction des risques réalisable. La quatrième séance portait sur l'élaboration d'un plan de réduction des risques à long terme.

Une méta-analyse d'études comparant le comportement sexuel à risque des personnes qui sont au courant ou non de leur séropositivité a révélé que la prévalence du comportement sexuel à risque est énormément réduite une fois qu'elles apprennent qu'elles sont séropositives (Marks, 2005). Cette constatation a appuyé les efforts déployés récemment pour identifier les personnes qui ne sont pas encore au courant de leur séropositivité et pour élaborer des programmes de prévention à l'intention des personnes séropositives.

Un examen systématique des études sur les interventions de prévention du VIH à l'intention des personnes vivant avec le VIH a déterminé que les

interventions qui permettaient de réduire les comportements sexuels à risque avait les caractéristiques qui suivent (Crepaz, 2006).

- Elles étaient fondées sur une théorie comportementale.
- Elles étaient précisément axées sur des comportements à risque de transmission du VIH (plus des deux tiers des séances).
- Elles permettaient l'acquisition de compétences (p. ex. l'utilisation correcte du condom, résolution de problèmes).
- Elles étaient offertes par des fournisseurs de soins de santé ou des conseillers professionnels.
- Elles consistaient en des rencontres individuelles.
- Elles étaient offertes de façon intensive (plus de dix séances ou 20 heures au total).
- Elles étaient offertes sur une longue période (plus de trois mois).
- Elles étaient offertes dans des établissements où les séropositifs reçoivent des services.
- Elles portaient sur diverses questions concernant le respect du traitement médicamenteux et le comportement à risque du VIH.

Une autre méta-analyse d'essais contrôlés aléatoires sur les interventions de réduction des risques de transmission sexuelle pour les personnes vivant avec le VIH a examiné des interventions selon le type d'objectifs de réduction des risques (Johnson, 2006). Pour ceux qui ont utilisé le condom comme moyen de réduire les risques, les interventions ont été plus concluantes chez les participants plus jeunes que les plus vieux, chez ceux qui n'étaient pas des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes et lorsque les interventions comprenaient non seulement de l'information, mais également des composantes liées aux aptitudes motivationnelles et comportementales (plutôt que seulement l'un ou l'autre). Dans le cas des essais utilisant la réduction du nombre de partenaires sexuels comme comportement de réduction des risques, des interventions n'ont amené aucun changement de comportement par rapport aux participants du groupe témoin.

Enfin, le traitement médicamenteux est un moyen non seulement de diminuer les comportements à risque qui mènent à une infection à VIH, mais également de réduire l'incidence du VIH (IOM, 2001; Auerbach, 2006). Les programmes sur la dépendance aux opiacés utilisant la méthadone comme traitement de substitution ont été largement étudiés à cet égard, mais la buprénorphine est aussi maintenant très utilisée. Une étude prospective sur les gens qui utilisent des drogues injectables et qui dépendent des opiacés a mentionné un taux de séroconversion du VIH de seulement 3,5 % chez les personnes suivant un traitement médicamenteux continu pendant une période de plus de 18 mois comparativement à un taux de 22 % chez les personnes qui n'étaient pas traitées pendant cette période (Metzger, 1993).

NOTIFICATION DES PARTENAIRES

La notification des partenaires suppose inévitablement un équilibre entre le droit de la personne à la protection des renseignements personnels et l'autonomie dans l'idéal de la prévention de la santé publique et que, dans l'ensemble, ceux qui choisissent volontairement de participer collaborent à la notification des partenaires.

La notification des partenaires sexuels et toxicomanes de personnes qui sont séropositives peut constituer un moyen important d'identifier un plus

grand nombre de gens qui sont séropositifs, mais qui ne le savent pas. En rejoignant et en éduquant ceux qui n'ont pas encore été infectés, on peut prévenir l'infection. La notification des partenaires peut également être un outil efficace pour identifier les personnes qui viennent d'être infectées. Selon un certain nombre d'études citées par le European Partner Notification Study Group, une personne sur quatre dont la séropositivité n'était pas connue et qui subit un test à la suite d'une notification des partenaires obtient un résultat positif au test de détection des anticorps du VIH (EPNSG, 2001). Au milieu des années 1990, on a créé en Europe la Concerted Action on HIV Partner Notification pour documenter le processus de notification des partenaires, en mettant l'accent sur les partenaires actuels et les partenaires qui ont été infectés récemment. L'étude a révélé que la moitié des partenaires qui viennent d'être diagnostiqués avaient eu un diagnostic à un test de dépistage du VIH subi antérieurement, 60 % étant devenus séropositifs au cours des deux dernières années. L'examen a également déterminé que le travailleur des soins de santé qui a informé la personne des résultats positifs, que l'on appelle le travailleur de soins de santé de référence, joue un rôle clé pour convaincre la personne de fournir de l'information sur ses partenaires (EPNSG, 2001). Une étude de suivi du processus de notification des partenaires menée auprès de 356 personnes chez qui on vient de diagnostiquer le VIH dans six pays européens révèle un taux de diagnostic du VIH plus élevé chez les séroconvertis (38/100, soit 38 %) que parmi les personnes qui connaissaient déjà leur séropositivité (52/190, soit 27 %) (EPNSG, 2001). Comme le risque de transmission est plus élevé en raison de la virémie élevée chez les séroconvertis récents, les auteurs proposent de nouvelles stratégies pour améliorer la recherche de cas au sein de cette population : priorité accordée à la notification des partenaires des séroconvertis récents; plus grande surveillance des diagnostics de VIH et plus grande surveillance des diagnostics futurs de VIH chez les partenaires à risque avisés qui n'ont pas subi de test et de leur récurrence dans d'autres réseaux de notification des partenaires; simplification des feuilles de travail pour saisir plus systématiquement la date de séroconversion à l'aide du dernier test de dépistage du VIH négatif; et de nouvelles mesures d'identification partielle pour alerter les partenaires sexuels possibles et antérieurs des personnes qui viennent d'obtenir leur diagnostic et qui sont incapables d'aider à la notification des partenaires ou qui ne sont pas disposées à le faire.

La notification des partenaires aux États-Unis a un succès très variable, qui dépend non seulement du programme, mais également des données démographiques des personnes interrogées. Un examen national des programmes a révélé que les programmes de notification des partenaires interagissent avec peu de personnes séropositives (Golden, 2004). Les services de santé dépendent souvent de l'aiguillage des médecins ou des clients. Parmi les administrations qui ont répondu à l'étude, seulement le tiers des personnes chez qui l'on a récemment diagnostiqué le VIH ont été interrogées dans le cadre de la notification des partenaires (parmi les administrations qui ont répondu à l'étude). La notification des partenaires a été plus concluante chez les utilisateurs de drogues injectables et les hétérosexuels. Une autre étude a révélé que la moitié des médecins interrogés ont prévenu le service de santé des résultats positifs du test de dépistage du VIH, tandis que le tiers d'entre eux ont dit aux patients de le faire et de fournir

aux services de santé de l'information sur leurs partenaires. Seulement entre 9 % et 16 % des fournisseurs de soins de santé ont fourni de l'information sur les partenaires aux services de santé (St Lawrence, 2002).

Un examen de la recherche sur la notification des partenaires des personnes séropositives a relevé les cinq principales constatations qui suivent (West, 1997).

- Les personnes séropositives acceptent généralement d'identifier au moins certains de leurs partenaires sexuels.
- Les partenaires sexuels qui sont avisés par la personne séropositive ou le service de santé demandent habituellement à subir un test de dépistage du VIH.
- L'aiguillage effectué par le fournisseur de soins de santé est probablement plus efficace que l'aiguillage fait par la personne séropositive, particulièrement si celle-ci a eu de multiples partenaires sexuels.
- Les partenaires sexuels ne savaient pas souvent ou ne comprenaient pas bien leur risque de contracter le VIH.
- Les taux de séropositivité parmi les partenaires sexuels et les partenaires de drogue injectable des personnes séropositives sont élevés, allant de 5 % à 56 %.

Un programme mis à l'essai aux États-Unis est la notification des partenaires d'ITS et du VIH à l'initiative du patient par l'entremise d'Internet. Les personnes peuvent envoyer des messages par courrier électronique pour contacter personnellement ou de façon anonyme leurs partenaires par l'entremise d'un site Web d'information. Lancé en 2004, le site de San Francisco reçoit 50 visites par jour, et 36 % des personnes qui reçoivent un message par courrier électronique cliquent pour obtenir de plus amples renseignements sur les ITS et les centres de dépistage. L'Internet Sexuality Information Services (ISIS) est un organisme sans but lucratif qui offre un service de notification électronique, inSPOT (www.inspot.org), dans un nombre croissant de villes américaines ainsi qu'en Roumanie.

FACTEURS AYANT UNE INFLUENCE SUR LE DÉPISTAGE ET LA CONSULTATION

Un examen des articles portant sur les taux d'acceptation du dépistage et de la consultation et sur les facteurs déterminants qui y sont liés dans toute une gamme d'établissements de soins de santé et autres établissements a révélé que les taux d'acceptation élevés étaient associées à certains facteurs, dont la protection des renseignements personnels, le fait que le dépistage et la consultation soient offerts de façon systématique, plutôt que facultative, et une attitude des fournisseurs de soins faisant valoir que le dépistage et la consultation étaient dans l'intérêt de la personne (Irwin, 1996). Les taux d'acceptation faibles étaient associés non seulement au fait que les personnes avaient déjà subi un dépistage et qu'elles craignaient d'obtenir des résultats positifs, mais également au fait que le consentement éclairé était explicite.

Parmi les autres facteurs influant sur le dépistage et la consultation, notons ceux qui suivent.

ATTITUDE DES FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ

La recherche sur les attitudes des fournisseurs de soins de santé envers le dépistage du VIH, dont une grande partie portait sur la relation entre le dépistage du VIH dans la période

périnatale, laisse croire que les attitudes ont des répercussions importantes sur le fait qu'un fournisseur de soins de santé offre ou non le dépistage du VIH à ses patients. Une étude sur échantillon aléatoire des fournisseurs de soins périnataux, en Ontario, au Canada, révèle que même si moins de la moitié des fournisseurs de soins étaient au courant de la politique ontarienne voulant que l'on offre le dépistage du VIH à toutes les femmes enceintes, quel que soit le risque qu'elles présentent, 85 % l'offraient ou le demandaient pour toutes les femmes enceintes, de façon générale (Guenter, 2003). Les prédicteurs les plus importants d'un taux de dépistage élevé du VIH dans la période prénatale en Ontario, lorsque le dépistage et la consultation n'étaient pas obligatoires, étaient l'attitude et les pratiques qui favorisent un dépistage systématique sans insister vraiment sur le consentement éclairé. Même si 76 % des fournisseurs de soins périnataux croient que la consultation devrait accompagner le dépistage, 44 % ne sont pas d'accord que les femmes aient le choix de subir ou non le test de dépistage, tandis que 72 % croient que le dépistage du VIH devrait, comme celui de l'hépatite B, être fait de façon systématique, sans consultation ni obtention du consentement. Des personnes interrogées, 28 % ont dit demander le dépistage pour toutes les femmes sans leur donner le choix, et 65 % ont dit offrir le test de dépistage à toutes les femmes. Six pour cent n'offraient le test de dépistage du VIH à aucune femme, tandis que 10 % l'offraient à certaines femmes. La plupart des fournisseurs de soins périnataux percevaient peu de risque associé au test de dépistage. Même si 62 % d'entre eux prévoyaient que les femmes attendant leurs résultats pouvaient éprouver une anxiété allant de modérée à élevée, seulement 28 % croyaient que les femmes obtenant un test positif pourraient avoir du mal à obtenir des soins médicaux, et 24 % croyaient que le simple fait de subir un test de dépistage pourrait faire en sorte que ces femmes se fassent refuser une assurance-vie. En règle générale, les sages-femmes percevaient davantage de risques associés au dépistage du VIH que les médecins et croyaient plus fortement que les médecins qu'il faillait offrir des renseignements et des choix.

ceux qui croyaient que la prévalence locale du VIH justifiait d'offrir des consultations à tous étaient dix fois plus susceptibles d'offrir systématiquement le dépistage (statistiques tenant compte de la politique provinciale ou de la prévalence régionale du VIH).

Une enquête canadienne auprès des médecins et des obstétriciens a révélé que, lorsqu'une province se dotait de recommandations, les médecins offraient plus systématiquement des tests de dépistage du VIH à tous les patients. Cette affirmation est vraie même une fois qu'on a pris en compte la prévalence signalée et la perception du médecin selon laquelle la prévalence du VIH dans sa propre pratique justifiait le fait d'offrir des consultations à tous (O'Connor, 2002). Trois facteurs avaient des répercussions importantes sur le comportement des fournisseurs de soins de santé. Tout d'abord, ceux qui pratiquent dans les provinces où l'on procède à un dépistage

systématique ou qui se sont dotées d'une politique officielle visant à offrir ou à recommander le dépistage était presque six fois plus susceptibles d'offrir systématiquement le dépistage. Ensuite, ceux qui croyaient que la prévalence locale du VIH justifiait d'offrir des consultations à tous étaient dix fois plus susceptibles d'offrir systématiquement le dépistage (statistiques tenant compte de la politique provinciale ou de la prévalence régionale du VIH). Enfin, les médecins des régions où la prévalence du VIH est élevée étaient beaucoup plus susceptibles de convenir que la consultation pour tous était justifiée. Dans une autre étude effectuée avant l'adoption de la recommandation provinciale du dépistage universel du VIH en période prénatale et de la consultation pour tous en Ontario, un centre de soins tertiaire a pu faire passer les taux de dépistage du VIH en période prénatale et de consultation à cet égard de 13 % à 72 % en adoptant dans le service une politique voulant que l'on offre le dépistage et la consultation de façon systématique et que l'on informe les patientes (Gruslin, 2001). Cette politique a permis de commencer à offrir des consultations sur le VIH (offertes par les infirmières, les résidents et les médecins traitants) et de faire en sorte que les patients acceptent volontairement de subir un test de dépistage en période prénatale.

CARACTÉRISTIQUES DES FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ

Les caractéristiques des fournisseurs de soins de santé ont également un lien avec le fait que les patients acceptent ou non le dépistage et la consultation à l'initiative du prestataire. En situation périnatale, deux prédicteurs, soit le temps passé en consultation avec les patients et le conseiller en VIH à proprement dit permettaient d'établir quelles seraient les femmes qui accepteraient de subir le dépistage (Sorin, 1996). Les fournisseurs de soins de santé s'occupant des femmes qui avaient refusé le dépistage en période périnatale en Alberta, au Canada, en vertu de la possibilité d'abstention étaient souvent des femmes, des sages-femmes, des médecins ayant une spécialité autre que l'obstétrique et des généralistes (Wang, 2005). Dans une enquête de grande envergure auprès des fournisseurs de soins prénataux dans quatre régions des États-Unis, de 95 % à 99 % des répondants ont signalé qu'ils offraient le dépistage du VIH à toutes les femmes enceintes, mais que le pourcentage moyen de patientes qui subissaient réellement le test était de 64 % à 89 % (Anderson, 2005). Le fait de signaler que tous les patients subissaient le test de dépistage est associé de façon positive à la mesure dans laquelle le dépistage était fortement encouragé, surtout auprès des femmes présumées présenter un faible risque. Dans certaines régions, des taux plus bas de dépistage général ont été signalés chez les obstétriciens et les résidents en obstétrique et chez les sages-femmes-infirmières que chez les médecins de famille et les résidents dans cette discipline.

Les campagnes qui ont martelé l'importance du dépistage périnatal pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant tout au long des années 1990 ont permis d'intensifier le dépistage du VIH chez les femmes enceintes. Les fournisseurs de soins ne se préoccupent pas autant d'offrir le dépistage à d'autres patients. Une enquête nationale auprès des médecins américains révèle que seulement le quart d'entre eux procédaient au dépistage du VIH chez les femmes ou les hommes, alors que 30 % des médecins font subir le test de dépistage

aux femmes enceintes, et 81 % des obstétriciens et des gynécologues le font (St Lawrence, 2002).

CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS ET ACCEPTATION DU DÉPISTAGE ET DE LA CONSULTATION

On a constaté que les caractéristiques des patients avaient des répercussions sur leur acceptation du dépistage et de la consultation à l'initiative du prestataire. Dans une étude portant sur les femmes à qui on offrait la possibilité de subir un test de dépistage du VIH dans une clinique prénatale de London, la volonté de subir un dépistage était le plus souvent associée aux caractéristiques suivantes : 1) la perception de la femme selon laquelle le test serait profitable pour elle-même, son partenaire et la sage-femme; 2) le fait d'être jeune; 3) le fait d'être célibataire; 4) le fait de ne pas comprendre très bien comment le VIH est transmis sexuellement (Meadows, 1993). Dans une étude portant sur les Canadiennes recevant des soins prénataux en clinique qui choisissaient de s'abstenir de subir le test (dépistage systématique avec droit de refus), seulement 1,5 % des femmes refusaient de subir le test (Wang, 2005). L'âge est aussi un facteur qui entre en ligne de compte puisque les femmes qui refusaient de subir le test étaient souvent plus âgées. Par ailleurs, le taux de refus était près du double chez les femmes issues des Premières nations, surtout si leur fournisseur de soins était un homme. Des entrevues approfondies effectuées auprès d'une autre cohorte de Canadiennes concernant leur expérience liée au dépistage du VIH pendant la grossesse ont révélé que les patientes affichaient un vaste éventail d'opinions et de raisons pour lesquelles elles subissent ou non le test, ce qui laisse croire qu'une approche personnalisée est importante (Katz, 2001).

Un examen de la documentation concernant les taux et les déterminants liés à l'acceptation du dépistage et de la consultation dans diverses situations révèle que les taux varient grandement, même dans des situations semblables (Irwin, 1996). Les personnes présentant un risque élevé d'être infectées par le VIH sont plus susceptibles d'accepter le dépistage et la consultation que les personnes présentant un faible risque. Les facteurs associés à l'acceptation comprennent la perception que la personne a du risque, le fait qu'elle reconnaisse avoir eu des comportements à risque, l'assurance de la confidentialité, la présentation de la consultation comme étant « systématique plutôt que facultative » et le fait que le fournisseur de soins croit ou non que le dépistage et la consultation seront profitables pour le client. Parmi les facteurs associés au refus, notons la peur d'avoir à faire face à des résultats positifs, avant le dépistage, et la nécessité d'obtenir un consentement éclairé explicite.

RECOURS AUX LEADERS D'OPINION ET AUX RÉSEAUX SOCIAUX

Contrairement à la plupart des efforts de sensibilisation et de prévention du VIH mettant l'accent sur les facteurs personnels pour faciliter un changement de comportement, un type de démarche mise sur le contexte social dans lequel la personne s'inscrit pour offrir de la motivation et du renforcement. Le fait de travailler avec les réseaux sociaux et les leaders d'opinion s'est révélé utile pour les groupes de personnes qui vivent souvent au sein de groupes où l'on se serre les coudes et qui ont une culture très élaborée, comme chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les utilisateurs de drogues injectables et les jeunes.

La méthode axée sur le réseau social, qui a fait l'objet d'un projet-pilote récemment aux États-Unis dans des organisations communautaires, fait appel à des clients d'un organisme qui présentent des risques élevés de contracter le VIH ou qui sont déjà séropositifs (CDC, le 24 juillet 2005). Ces personnes (recruteurs) suivent une formation. On leur demande ensuite de communiquer avec d'autres membres de leur groupe social (associés du réseau) qu'ils jugent être à risque et qui sont susceptibles de ne pas savoir s'ils sont séropositifs ou non afin de les inciter à se prévaloir de la consultation, du dépistage et de l'aiguillage. En tout, le projet-pilote a été entrepris dans neuf établissements qui ont travaillé avec 133 recruteurs qui, eux-mêmes, ont pu sensibiliser 814 personnes de plus (associés du réseau) et les convaincre d'obtenir une consultation et un dépistage. Parmi les recruteurs, on comptait 60 % d'hommes, 32 % de femmes et 8 % de transgendéristes. Soixante-dix-sept pour cent étaient séropositifs, et 16 % étaient séronégatifs, mais présentaient un risque élevé. Soixante-six pour cent étaient des Noirs non hispaniques, et 26 % étaient d'origine hispanique. Quarante et un pour cent étaient des hétérosexuels présentant un risque élevé, 29 %, des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, 11 % étaient des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et utilisant des drogues injectables, et 9 % étaient des hétérosexuels utilisateurs de drogues injectables. Les résultats du dépistage et de la consultation des associés du réseau ont révélé que 82 % étaient séronégatifs, mais présentaient un risque élevé, 10 % étaient séronégatifs et présentaient un risque faible ou inconnu d'être infectés, 6 % venaient tout juste d'être diagnostiqués séropositifs, 2 % avaient déjà été diagnostiqués séropositifs et 1 % n'avait pas obtenu leurs résultats. Le groupe des associés du réseau recrutés par les transgendéristes et les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes présentait le taux de prévalence le plus élevé de l'infection à VIH : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et utilisateurs de drogues injectables (26 %), transgendéristes (20 %) et hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (16 %).

COMMUNICATION DE MASSE

Les campagnes médiatiques (affiches dans les autobus et les babillards, messages publicitaires à la radio, publicités dans les journaux communautaires, déclarations publiques par des politiciens, des chanteurs populaires ou d'autres leaders d'opinion) ont été utilisées à bien des endroits pour promouvoir le dépistage et la consultation. Un examen des études analysant les interventions des médias de masse pour promouvoir le dépistage et la consultation volontaires et encourager les gens à subir le dépistage a été fait afin d'évaluer les effets des interventions des médias de masse et de déterminer les formes les plus efficaces d'intervention de ce type auprès de la population en général et de populations-cibles (Vidanapathirana, 2005). Seulement deux études sur échantillon aléatoire et contrôlé, trois études sur échantillon contrôlé non aléatoires et neuf séries temporelles interrompues respectaient les critères pour faire partie de l'analyse finale. La méta-analyse a conclu que les interventions des médias de masse pour promouvoir le dépistage du VIH « avaient des effets importants immédiats et globaux ». Aucun effet à long terme n'a été constaté.

Deux des cibles de campagnes des médias de masse aux États-Unis ont été les collectivités rurales et les travailleurs

migrants dans les milieux ruraux. Dans le secteur rural de la Georgie, par exemple, AIDGwinnett a eu recours à l'information publique (annonces diffusées par des stations de radio visant les minorités) et à la publicité sur le Web pour faire connaître davantage les services de dépistage, en mettant l'accent tout particulièrement sur les travailleurs migrants d'origine hispanique (HAB, 2006). De plus, la technologie de la cartographie a été utilisée pour déterminer quelles étaient les zones les plus à risque qu'il fallait cibler. La consultation et le dépistage étaient offerts dans des endroits peu habituels, des travailleurs communautaires se sont rendus dans des endroits présentant des risques élevés, et des incitatifs étaient offerts comme une provision de matériel de dépistage rapide pour les clients et d'autres cadeaux. Dans la première année du programme, 900 personnes supplémentaires ont obtenu un dépistage ou une consultation dans les établissements locaux.

MESURES INCITATIVES LIÉES AU DÉPISTAGE ET À LA CONSULTATION

Des incitatifs financiers peuvent motiver davantage les patients à aller jusqu'au bout du processus de consultation et de dépistage. Cela peut se révéler particulièrement utile si les patients sont envoyés ailleurs pour le dépistage et la consultation. Dans une étude effectuée dans un service d'urgence urbain aux États-Unis, on offrait aux patients 25 $US pour subir le test de dépistage au service de consultation et de dépistage externe du VIH rattaché à l'hôpital (Haukoos, 2005). Pendant cette période, 23 % des patients aiguillés en consultation sont allés jusqu'au bout du processus de consultation et de dépistage, comparativement à seulement 8 % pendant la période de contrôle où on ne leur offrait aucune compensation financière.

LIEN EXISTANT ENTRE LE DÉPISTAGE ET LA CONSULTATION, D'UNE PART, ET LES SOINS ET LES TRAITEMENTS, D'AUTRE PART

L'une des motivations importantes pour subir un test de dépistage du VIH devrait être d'obtenir un traitement. Dans une étude portant sur près de 200 personnes ayant recours aux soins primaires, 39 % avaient obtenu un résultat positif au dépistage du VIH une année plus tôt, et 18 % avaient obtenu un résultat positif cinq ans plus tôt (Samet, 1998). Il est important de créer des liens pour que les personnes qui subissent un dépistage et reçoivent une consultation aient accès à des soins et à des traitements abordables, qui leur conviennent. Veuillez consulter le rapport de réunion et le document d'information liés à la réunion intitulée *Linkage and Integration of HIV Testing, Prevention, and Care Services* organisée par le Forum for Collaborative HIV Research à ce sujet à l'adresse suivante : http://hivforum.org/publications/publications.htm.

SECTION CINQ : MANQUE DE CONNAISSANCES

Il faut d'autres renseignements dans un certain nombre de secteurs pour créer des technologies de dépistage qui peuvent s'appliquer dans diverses circonstances pour trouver les meilleures méthodes de consultation, de dépistage et de notification des partenaires auprès de gens qui sont marginalisés ou vulnérables et pour mieux comprendre les circonstances dans lesquelles on peut rejoindre les personnes qui ne sont pas au courant de leur séropositivité.

TEST

De nouvelles technologies sont nécessaires :

- pour le dépistage rapide;
- pour la confirmation;
- pour les établissements qui ont peu de ressources.

Pour les établissements ayant des ressources limitées, il faut des données claires :

- concernant leurs similitudes et leurs différences;
- concernant leur accessibilité;
- concernant la faisabilité dans diverses situations;
- concernant les paramètres d'assurance de la qualité et de contrôle de la qualité.

Des protocoles d'assurance de la qualité réalistes doivent être :

- élaborés;

  évalués (particulièrement pour les établissements éloignés ou communautaires).

Les méthodes de dépistage rapide doivent être mieux comprises :

- différences en ce qui concerne l'acceptabilité des méthodes de dépistage (prélèvement oral, prélèvement de sang capillaire au bout du doigt ou veinopuncture) dans diverses populations;
- quel niveau de compétence est préférable pour chaque test.

Les programmes de formation sur les tests rapides doivent être :

- élaborés;
- mis à l'essai;
- évalués;
- communiqués.

Il faut de la recherche opérationnelle pour :

- utiliser le test de dépistage des acides nucléiques pour la détection des personnes ayant une infection aiguë;
- utiliser les tests de dépistage dans des établissements où de nouvelles approches de prévention sont utilisées (p. ex. circoncision).

PROCESSUS

Obtention du consentement éclairé

- Quelle est la nature du consentement éclairé?
- Que signifie le consentement éclairé chez les diverses populations marginalisées et vulnérables?
- Que signifie le consentement éclairé chez les patients sous contrainte (p. ex. pendant un accouchement, pendant un traitement pour un traumatisme; dans des installations en zone de conflit)?

- Quel facteur ou comportement de la part des fournisseurs peut être considéré comme coercitif ou stigmatisant ou être considéré comme de soutien?
- Quelles sont les répercussions morales de l'utilisation d'encouragements financiers ou autres pour accroître le nombre de personnes qui subissent le test de dépistage et obtiennent des services de consultation?

Offre des services de dépistage et de consultation

- Quels sont les modèles existants de dépistage et de consultation utilisés pour les personnes qui sont socialement marginalisées, y compris les prisonniers et les toxicomanes?
- Pourquoi le dépistage et la consultation ne constituent-ils pas une stratégie de prévention primaire efficace pour les personnes qui apprennent qu'elles ne sont pas infectées?
- Comment le dépistage et la consultation peuvent-ils devenir une stratégie plus efficace pour les personnes dont le test est négatif?
- Quelles sont les méthodes de consultation les plus efficaces et quels sont leurs liens avec les changements de comportement?
- Quelles sont les différences entre la façon dont les gens vivent les services de dépistage et de consultation nécessitant l'acceptation du patient ou comprenant une option de refus?
- Comment pouvons-nous le mieux documenter les conséquences négatives du dépistage avec droit de refus chez certaines populations?

Prévention des infections

- Qu'est-ce qui motive les comportements recherchant la bonne santé?
- Est-ce que les diverses qualités et quantités de services de consultation préalables et postérieurs au test entraînent des différences dans la réduction des risques pour les personnes séropositives? (Project RESPECT)
- Quelle est l'incidence de l'optimisme face au traitement du VIH, d'Internet et du « sérotriage » en ce qui concerne la prochaine génération d'intervention de prévention à l'intention des personnes qui vivent avec le VIH?

Notification du partenaire

- Quels sont les modèles les plus efficaces pour inciter les gens séropositifs à communiquer avec leurs partenaires sexuels ou toxicomanes?
- Quels modèles de collaboration entre fournisseurs de soins de santé et patients permet d'obtenir le plus haut niveau de suivi?
- Quelles sont les caractéristiques des programmes de notification du partenaire qui ont la confiance des personnes vivant avec le VIH et favorisent-ils des taux élevés de dépistage et de consultation?
- Comment les systèmes de santé publique peuvent le mieux appuyer, renforcer et stimuler des taux élevés de notification du partenaire suivie de services de dépistage et de consultation?
- Quels sont les types, la portée et la fréquence des effets inattendus de la notification du partenaire, comme la violence à l'endroit des femmes ou la rupture de relations personnelles? Quels sont les risques de ne pas être avisés?

CONTEXTE

- Comment l'interaction complexe des facteurs personnels, sociaux et politiques influe-t-elle sur la consultation, le dépistage et la notification du partenaire?

- Quelles sont les mesures efficaces d'intervention dans un cas de comportement à risque élevé à l'échelle individuelle, collective, structurelle et sociétale?
- Quels sont les effets de la manipulation des facteurs structurels (p. ex. des campagnes visant à éliminer les inégalités et la stigmatisation sexuelle, des lois pour prévenir la discrimination, des programmes pour réduire la pauvreté) sur la consultation, le dépistage et la notification du partenaire?
- Quels sont les meilleurs moyens d'appuyer les fournisseurs de soins de santé afin qu'ils puissent offrir des services de consultation efficaces et du soutien?
- Pourquoi les collectivités marginalisées du fait de leur race (collectivités minoritaires ethniques) courent-elles des risques accrus d'infection à VIH?
- Quel est le rôle de l'accès illimité aux soins (dans les pays où les soins de santé sont universels) et de l'accès limité aux soins dans la recherche des personnes qui ne savent pas qu'elles sont infectées par le VIH?
- En ce qui concerne la prévention des personnes vivant avec le VIH, bien des secteurs exigent davantage de recherche, notamment un examen plus complexe des facteurs déterminants de la santé : une enquête sur toute la gamme des interventions complémentaires qui élargissent la capacité de faire adopter des changements ainsi que la durabilité de ces interventions; des études sur ce qu'il faut de façon minimale et optimale pour que les fournisseurs de soins de santé offrent des interventions de prévention, y compris la quantité et la qualité des ressources; et des recherches sur les conséquences négatives possibles de l'augmentation des interventions de prévention efficaces.

CONCLUSIONS

Nous en avons encore beaucoup à apprendre sur la façon de rejoindre les personnes qui ne savent pas qu'elles sont infectées par le VIH. Du point de vue de la santé publique, une meilleure compréhension des besoins de chaque groupe qui est vulnérable au VIH permettra de créer des milieux où il est sûr et avantageux de recevoir des services de consultation et de subir un test de dépistage. Il sera crucial de trouver des moyens d'harmoniser les droits de la personnes et les pratiques exemplaires en matière de santé publique, en considérant et en cherchant de nouvelles approches au dépistage et à la consultation et en déployant des efforts en matière de rationalisation des politiques et des systèmes. De plus, le perfectionnement et l'application de nouvelles technologies pour éliminer les barrières au dépistage et à la consultation amélioreront uniquement l'accessibilité. Pour rejoindre les individus qui ne savent pas qu'ils sont infectés par le VIH, il faut avant tout concentrer notre attention sur leurs besoins et leurs craintes de ne pas se présenter pour faire un test de dépistage.

BIBLIOGRAPHIE

Agence de la santé publique du Canada. ***Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, mai, 2005***, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique
du Canada, 2005. Document accessible à l'adresse suivante : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiu-aepi/.

Amundsen, E.J., A. Eskild, H. Stigum, E. Smith, O.O. Aalen. « Legal access to needles and syringes/needle exchange programmes versus HIV counselling and testing to prevent transmission of HIV among intravenous drug users: a comparative study of Denmark, Norway and Sweden », ***European Journal of Public Health***, 2003,13, 252-258.

Alberta Health and Wellness. ***Public Health Notifiable Disease Management Guidelines***, Alberta Canada, février 2005.

Alberta Medical Association. ***Alberta Routine Prenatal HIV Screening Program: Final Evaluation Report***, Edmonton (Alberta), juin 2001.

Anderson, J.E., L.J Koenig, M.A. Lampe, R. Wright, J. Leiss et J. Saul. « Achieving universal HIV screening in prenatal care in the United States: provider persistence pays off », ***AIDS Patient Care STDS***, 2005, 19, 247-252.

Archibald, C.P., G.C. Jayaraman, C. Major, D.M. Patrick, S.M Houston et D. Sutherland. « Estimating the size of hard-to-reach populations: a novel method using HIV testing data compared to other methods », ***AIDS***, 200115 (supp. 3), S41-48.

Archibald, C.P., P. Alexander, J. Thanos, M. Gatali et J. Geduld. « Undiagnosed HIV infections: The rate-limiting step for the 3 X 5 initiative? », ***Abstract WeOrB 1282***, 2004, Présenté au XV^{e} Congrès International sur le sida, les 11-16 juillet 2004, Bangkok, Thaïlande.

Assemblée générale des Premières nations. ***International Covenant on Civil and Political Rights***, Resolution 2200A, 16 décembre 1966, article 9(1).

Auerbach, J.D. « Principles of positive prevention », ***J Acquired Immune Deficiency Syndrome***, 2004, 37 (S2), S122-S125.

Auerbach, J.D., R.J. Hayes et S. Kandathil. « Overview of effective and promising interventions to prevention of HIV infection », dans Ross, D.A., B.A. Dick et B. Ferguson B, (dir.) pour UNAIDS Interagency Task Team on Young People, « Preventing HIV/AIDS in Young People: A systematic review of the evidence from developing countries », ***WHO*** Tech Rep Ser, 238 (sous presse).

Baeten, J.M., C. Wang et C. Celum. « Prevention of HIV », dans Anderson, J.R. (dir.), ***A Guide to the Clinical Care of Women with HIV***, Rockville, MD, HIV/AIDS Bureau, Health Resources and Services Administration.

Baldwin, P. ***Disease and Democracy: The Industrialized World Faces AIDS***, Berkeley (CA), University of California Press, 2005.

Bayer, R. *Private Acts, Social Consequences*, New York, The Free Press, A Division of Macmillan, Inc., 1989.

Bayer, R. « Public Health policy and the AIDS epidemic: an end to AIDS exceptionalism? », *New England Journal of Medicine*, 1991, 324, 1500-1504.

Bockting, W.O., S. Rosser et E. Coleman. « Transgender HIV prevention: Community involvement and empowerment », *International Journal of Transgenderism*, 1999, 3, 1 + 2, http://www.symposion.com/ijt/hiv_risk/bockting.htm.

Boulos, D., P. Yan, D. Schanzer, R.S. Remis et C.P. Archibald. « Estimates of HIV prevalence and incidence in Canada, 2005 », *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 2006; 32(15) (sous presse).

Bowen, A., A. Gambrell et P. DeCarlo. *What are Rural HIV Prevention Needs?* San Francisco, University of California at San Francisco Center for AIDS Prevention Studies, 2006.

Branson, B.M. « Point-of-care rapid tests for HIV antibodies », *J Lab Med*, 2003, 27(7/8), 288-295.

Burchell, A.N., L.M. Calzavara, T. Myers et coll. « Voluntary HIV testing among inmates: sociodemographic, behavioral risk, and attitudinal correlates », *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2003, 32, 534-541.

Burgi, D. et F. Fleury. « A national AIDS prevention program for migrants », dans Haour-Knipe, M., et R. Rector, (dir.), *Crossing Borders: Migration, Ethnicity and AIDS*. London, Taylor & Francis Ltd, 1996.

Burris, S. « Surveillance, social risk, and symbolism: Framing the analysis for research and policy », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2000, 25, 120-127.

Campbell, T. et S. Bernhardt. « Factors that contribute to women declining antenatal HIV testing », *Health Care Women Int*, 2003, 24, 544-551.

Campos-Outcalt, D., T. Mickey et J. Weisbuch, R. Jones. « Integrating routine HIV testing into a public health STD clinic », *Public Health Reports*, 2006, 121, 175-180.

Carballo, M., et H. Siem. « Migration, migration policy and AIDS », dans Haour-Knipe, M., et R. Rector, (dir.), *Crossing Borders: Migration, Ethnicity and AIDS*, Londres, Taylor & Francis Ltd, 1996.

Celentano, D.D., A. Munoz, S. Cohn, D. Vlahov. « Dynamics of behavioural risk factors for HIV/AIDS: a 6-year prospective study of injection drug users », *Drug Alcohol Depend*, 2001, 61, 315-322.

Centers for Disease Control and Prevention. « Use of social networks to identify persons with undiagnosed HIV infection – seven U.S. cities, Oct 2003 – September 2004 », *MMWR*, 24 juillet 2005, 54(24), 601-605.

Centers for Disease Control and Prevention. *HIV Prevention in the Third Decade*, Atlanta GA, octobre 2005, accessible à l'adresse suivante : www.cdc.gov/hiv/resources/reports/.

Centers for Disease Control and Prevention, « HIV prevalence, unrecognized infection, and HIV testing among men who have sex with men – five U.S. cities, June 2004—April 2005 », *MMWR*, 24 juin 2005, 54(24), 597-601.

Centers for Disease Control and Prevention. Advancing HIV Prevention Progress Summary, *April 2003-September 2005*, Atlanta GA, septembre 2005, accessible à l'adresse suivante : www.cdc.gov/hiv/resources/reports/.

Centers for Disease Control and Prevention. « Introduction of routine HIV testing in prenatal care – Botswana, 2004 », *MMWR*, 26 novembre 2004, 53, 1083-1086.

Centers for Disease Control and Prevention. « Incorporating HIV prevention into the medical care of persons living with HIV », *MMWR Recommendations and Reports*, 18 juillet, 200352 (RR12), 1-24.

Centers for Disease Control and Prevention. « HIV testing among pregnant women – United States and Canada, 1998-2001 », *MMWR*, 15 novembre 2002, 51, 1013-1016.

CDC AIDS Community Demonstration Projects Research Group. « Community-level HIV intervention in 5 cities: Final outcome data from the CDC AIDS Community Demonstration Projects », *American Journal of Public Health*, 1999, 89, 336-345.

Chase, E. et P. Aggleton. 2001, *Stigma, HIV/AIDS and Prevention of Mother-to-Child Transmission*, Londres, Panos Institute, accessible à l'adresse suivante : www.panos.org.uk/files/Stigma

Chou, R., L.H. Huffman, R. Fu, A.K. Smits et P.T. Korthuis. « Screening for HIV: A review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force » *Annals of Internal Medicine*, 2005, 143, 55-73, W13-W21.

Cohen, D.A., S.-Y. Wu et A.T. Farley. « Cost-effective allocation of government funds to prevent HIV infection », *Health Affairs*, 2005, 24, 915-926.

Corbett, E.L., E. Dauya, R. Matambo, et coll. « Uptake of Workplace HIV Counselling and Testing: A Cluster-Randomised Trial in Zimbabwe », PLoS Med, 2006, 3(7), e238, accessible à l'adresse suivante : www.plosmedicine.org, consulté en juillet 2006.

Crepaz, N., C.M. Lyles, R.J. Wolitski et coll. « Do prevention interventions reduce HIV risk behaviours among people living with HIV? A meta-analytic review of controlled trials », *AIDS*, 2006, 20, 143-157.

Crepaz, N., T.A. Hart et G. Marks. « Highly active antiretroviral therapy and sexual risk behavior », *JAMA*, 2006, 292, 224-232.

Csete, J., et R. Elliott. « Expansion du test du VIH : les droits humains et les coûts cachés », ***Revue VIH/sida, droit et politiques***, 11, 1-10, accessible à l'adresse suivante : www.aidslaw.ca.

D'Amelio, R., E. Tuerlings, O. Perito, R. Biselli, S. Natalicchio et S. Kingma. « A global review of legislation on HIV/AIDS: The issue of HIV testing », ***Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes***, 2001, 628, 173-179.

Danziger, R. « The social impact of HIV testing: a comparative analysis of Britain and Sweden », ***Social Science and Medicine***, 1999, 48, 293-300.

de Arazoza, H., R. Lounes, T. Hoang et Y. Interlan. « Modeling HIV epidemic under contact tracing—The Cuban case », ***J Theoretical Medicine***, 2000, 2, 267-74.

de Bruyn, M., et S. Paxton. « HIV testing of pregnant women—what is needed to protect positive women's needs and rights? » ***Sexual Health***, 2005, 2, 143-151.

De Cock, K.M., et D. Mbori-Ngacha et E. Marum. « Shadow on the continent: public health and HIV/AIDS in Africa in the 21st century », ***The Lancet***, 2002, 360, 67-72.

De Cock, K. « From exceptionalism to normalization: a reappraisal of attitudes and practices around HIV testing », ***BMJ***, 1998, 316, 290-292.

Del Amo, J., G. Bröring, F. Hamers, A. Infuso et K. Fenton. « Monitoring HIV/AIDS in Europe's migrant communities and ethnic minorities », ***AIDS***, 2004, 18, 1867–1873.

Del Rio, C. « New challenges in HIV care: prevention among HIV-infected patients », ***Topics in HIV Medicine***, 2003, 11, 140-144.

Desenclos, J.C., G. Papaevangelou et R. Ancelle-Park. « Knowledge of HIV serostatus and preventive behaviour among European injecting drug users. The European Community Study Group on HIV in Injecting Drug Users », ***AIDS***, 1993, 7, 1371-1377.

Des Jarlais, D.C., H. Hagan, S.R. Friedman et coll. « Maintaining low HIV seroprevalence in populations of injecting drug users », ***JAMA***, 1995, 274, 1226-31.

Dolcini, M.M., J.A. Catania, K.H. Choi, M.T. Fullilove et T.J. Coates. « Cognitive and emotional assessments of perceived risk for HIV among unmarried heterosexuals », ***AIDS Education and Prevention***, 1996, 8, 294-307.

Downing, M., N. Mulia, K. Vernon, K. Knight, M. Ferreboeuf et A. Carroll. « Voices from the field: providers discuss HIV counselling and testing programs for drug users », ***AIDS Public Policy Journal***, 15, 48-64.

Duffus, W.A., M. Barragan, C. Metsch et coll. « Effect of physician specialty on counselling practices and medical referral patterns among physicians caring for disadvantaged Human Immunodeficiency Virus-infected populations », ***Clinical Infectious Diseases***, 2003, 36, 1577-1584.

European Partner Notification Study Group. « Recently diagnosed sexually HIV-infected patients: seroconversion interval, partner notification period and a high yield of HIV diagnoses among partners », *Q J Med*, 2001, 94, 379-390.

Fogarty, L.A., C.M. Heilig, K. Armstrong et coll. « Long-term effectiveness of a peer-based intervention to promote condom and contraceptive use among HIV-positive and at-risk women », *Public Health Rep*, 2001, 116 (suppl. 1), 103-119.

Forum for Collaborative HIV Research. *Racial Ethnic Minority Issues in the management of HIV Care, Prevention and Research*, Washington DC, Forum for Collaborative HIV Research, 2006.

Forum for Collaborative HIV Research. *Linkage and Integration of HIV Testing, Prevention, and Care Services*, Washington DC, Forum for Collaborative HIV Research, accessible à l'adresse suivante : http://hivforum.org/publications/publications.htm

Galvan, F.H., E.G. Bing, J.A. Fleishman et coll. « The prevalence of alcohol consumption and heavy drinking among people with HIV in the United States: results from the HIV Cost and Services Utilization Study », *J Stud Alcohol*, 2002, 63, 179-186.

Gerbert, B., J.C. Moe, M.S. Saag et coll. « Toward a definition of HIV expertise: a survey of experienced HIV physicians », *AIDS Patient Care STDS*. 2001, 15, 321-30.

Gerbert, B., D.W. Danley, K. Herzig et coll. « Reframing "Prevention with Positives"; Incorporating counselling techniques that improve the health of HIV-positive patients », *AIDS Patient Care and STDs*, 2006, 20, 19-29.

Glynn, M. et P. Rhodes. « Estimated HIV prevalence in the U.S. at the end of 2003 », (Résumé T1-B1101), présenté à la 2005 National HIV Prevention Conference, du 12 au 15 juin 2005, Atlanta GA, Centers for Disease Control and Prevention, Division of HIV/AIDS Prevention, CDC National Center for HIV, STD, and TB Prevention.

Golden, M.R., M. Hogben, J.J. Potterat et H.H. Hansfield. « HIV partner notification in the United States: A national survey of program coverage and outcomes », *Sexually Transmitted Diseases*, 2004, 31, 709-712.

Gordon, C.M., A.D. Forsyth, R. Stall et L.W. Cheever. « Prevention interventions with persons living with HIV/AIDS: State of the science and future directions », *AIDS Education and Prevention*, 17 (suppl. A), 6-20.

Grant, A., D.J. Jamieson, L.D. Elam-Evans, C. Beck-Sague, A. Duerr et S.L. Henderson. « Reasons for testing and clinical and demographic profile of adolescents with non-perinatally acquired HIV infection », *Pediatrics*, 2006, 117, 468-475.

Greenwald, J.L., G.R. Burstein, J. Pincus et B. Branson. « A rapid review of rapid HIV antibody tests », *Current Infectious Disease Reports*, 2006a, 8, 125-131.

Greenwald, J.L., C.A. Rich, S. Bessega, M.A. Posner, J.L. Maeda et P.R. Skolnik. « Evaluation of the Centers for Disease Control and Prevention's recommendations regarding routine testing for human immunodeficiency virus by an inpatient service: who are we missing? », *Mayo Clin Proc*, 2006b, 81, 452-458.

Gruslin, A., A. Salvador, M. Dekker, D. Menard-de Varennes et E. Eason. « Prenatal HIV screening in a tertiary care centre », *Revue canadienne de santé publique*, 2001, 92, 255-258.

Guenter, D., J. Carroll, J. Kaczorowski et J. Sellors. « Prenatal HIV testing in Ontario », *Revue canadienne de santé publique*, 94, 93-97.

Glynn, M., et P. Rhodes, *What is really happening with HIV trends in the U.S.? Modeling the national epidemic*, National HIV Prevention Conference, du 12 au 15 juin 2005, résumé T1-B1101.

Hamers, F. « IDS-associated with blood transfusion and haemophilia in Europe », *BMJ* 2003, 312, 847-848.

Hamers, F. « Current situation and regional perspective on HIV/AIDS surveillance in Europe », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2003, 32 (Suppl 1), S39-S48.

Hansen, H, et N. Groce. « Human Immunodeficiency Virus and quarantine in Cuba », *JAMA*, 2003, 290, 2875.

Haour-Knipe, M, et R. Rector. *Crossing Borders: Migration, Ethnicity and AIDS*. London, Taylor & Francis Ltd, 1996.

Haukoos, J.S., M.D. Witt, C.J. Coil et R.J. Lewis. « The effect of financial incentives on adherence with outpatient human immunodeficiency virus testing referrals from the emergency department », *Acad Emerg Med*, 2005, 12, 617-621.

Health Protection Agency. Mapping the Issues: *HIV and other Sexually Transmitted Infections in the UK*. London, Health Protection Agency, 2005, accessible à l'adresse suivante : http://www.hpa.org.uk/publications/2005/hiv_sti_2005/contents.htm, consulté en juillet 2006.

Heywood, M.J. « Droits humains et VIH/sida dans le cadre de l'Initiative 3 x 5 : de nouvelles orientations s'imposent-elles? », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 2004, 9, 1-12, accessible à l'adresse suivante : www.aidslaw.ca

HIV/AIDS Bureau. *Outreach: Engaging People in HIV Care*, Rockville, MD, U.S., Special Projects of National Significance/HIV/AIDS Bureau/Health Resources and Services Administration, juin 2006, accessible à l'adresse suivante : http://hab.hrsa.gov/tools/outreachhiv.htm, consulté en juillet 2006.

Homsy, J., J.N. Kalamya, J. Obonyo et coll. « Routine intrapartum HIV counselling and testing for prevention of mother-to-child transmission of HIV in a rural Ugandan hospital », *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2006, 42, 149-154.

Hsieh, Y.H., H. de Arazoza, S.M. Lee et C.W.S. Chen. « Estimating the number of Cubans infected sexually by human immunodeficiency virus using contact tracing data », *International Journal of Epidemiology*, 2002, 31, 679-683.

Human Rights Watch. *Positively Abandoned: Stigma and Discrimination against HIV-Positive Mothers and their Children in Russia*, New York, Human Rights Watch, 2005, accessible à l'adresse suivante : www.hrw.org/reports/2005/russia0605.pdf.

Human Rights Watch. *Rhetoric and Risk: Human Rights Abuses Impeding Ukraine's Fight against HIV/AIDS*, New York, Human Rights Watch, 2006, accessible à l'adresse suivante : www.hrw.org/reports/2006/ukraine0306/ukraine0306web.pdf.

Indigenous People's Task Force. site Web: http://www.indigenouspeoplestf.org, consulté en juin 2006.

Institute of Medicine. *No Time to Lose: Getting More from HIV Prevention*, Washington, DC, National Academy Press, 2001.

Irwin, K.L., R.O. Valdisseri et S.D. Holmsberg. « The acceptability of voluntary HIV antibody testing in the U.S.: a decade of lessons learned », *AIDS*, 1996, 10, 1707-17.

Jackson, L.A., P. Millson, L. Calzavara, A. Rachlis, C. Rowe, S. Strathdee, C. Wagner, S. Walmsley et le HIV Women's Study Group. *Revue canadienne de santé publique*, 1997, 88, 18-22.

Janssen, R.S., D.R. Holtgrave, R.O. Valdiserri, M. Shepherd, H.D. Gayle et K.M. De Cock. « The Serostatus Approach to Fighting the HIV Epidemic: Prevention strategies for infected individuals », *American Journal of Public Health*, 2001, 91, 1019-1024.

Jayaraman, G.C., J.K. Preiksaitis et B. Larke. « Mandatory reporting of HIV infection and opt-out prenatal screening for HIV infection: effect on testing rates », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2003, 168, 679-682.

Johnson, B.T., M.P. Carey, S.R. Chaudoir et A.E. Reid. « Sexual risk reduction for persons living with HIV », *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2006, 41, 642-650.

Kaiser Family Foundation, Washington DC Health Officials. « HIV/AIDS advocates unite to launch HIV testing campaign », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 28 juin 2006, accessible à l'adresse suivante : http://www.kaisernetwork.org.

Kalichman, S.C., D. Rompa, M. Cage et coll., « Effectiveness of an intervention to reduce HIV transmission risks in HIV-positive people », *American Journal of Preventive Medicine* 2001, 21, 84-92.

Kamb, M.L., M. Fishbein, J.M. Douglas et al, for the Project RESPECT Study Group. « Efficacy of risk-reduction counselling to prevent Human Immunodeficiency Virus and sexually transmitted diseases », *Journal of the American Medical Association* 1998, 280, 1161-1167.

Katz, A. « HIV screening in pregnancy: What women think », *JOGNN*, 2001, 30, 184-191.

Keenan, P.A., J.M. Keenan, « Rapid HIV testing in urban outreach: a strategy for improving post-test counselling rates », *AIDS Educ Prev*, 2001, 13, 541-50.

Kelen, G.D., J.B. Shahan et T.C. Quinn. « Emergency department-based HIV screening and counselling: Experience with rapid and standard serologic testing », *Annals of Emergency Medicine*, 1999, 333, 147-54.

Kilmarx, P.H., F.F. Hamers et T.A. Peterman. « Living With HIV: Experiences and perspectives of HIV-infected sexually transmitted disease clinic patients after post-test counselling », *Sexually Transmitted Diseases*, 1998, 25, 28-37.

Klosinski, L.E., « HIV testing from a community perspective », *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2000, 25 (suppl. 2), S94-6.

Kwakwa, H.A., M.W. Ghobrial. « Female-to-female transmission of human immunodeficiency virus », *Clin Infect Dis*, 2003, 36, e40-41.

Lambert, G., J. Cox, F. Tremblay, C. Tremblay, M. Alary, R. Lavoie, J. Otis, R. Remis, J. Vincelette, C. Archibald et M. Gadoury. « Recent HIV testing behaviour among men having sex with men (MSM) in Montreal: results from the Argus 2005 survey », *Journal canadien des maladies infectieuses et de la microbiologie médicale* 17 (supplément A), 2006, 45A, 313.

Lee, V., et J.M. Tobin. « Audit on routine HIV testing in patients attending genitourinary medicine clinics », *Int J STD AIDS*, 2005,16, 825-826.

Maman, S., J.K. Mbwambo, N.M. Hogan et coll. « HIV-positive women report more lifetime partner violence: findings from a voluntary counselling and testing clinic in Dar es Salaam », Tanzania, *Am J Pub Health*, 2002, 92, 1331-1337.

Mann, J., D.J. Tarantola et T.W. Netter. *AIDS in the World*, Cambridge MA, Harvard University Press, 1992.

Manzi, M., R. Zachariah, R. Teck et coll. « High acceptability of voluntary counselling and HIV testing but unacceptable loss to follow up in a prevention of mother-to-child HIV transmission program in rural Malawi: scaling-up requires a different way of acting », *Trop Med Int Health*, 2005, 10, 1242-50.

Margolin, A., S.K. Avants, L.A. Warburton, K.A. Hawkins et J. Shi. « A randomized clinical trial of a manual-guided risk reduction intervention for HIV-positive injection drug users », *Health Psychol*, 2003, 22, 223-228.

Marks, G., N. Crepaz, J.W. Senterfitt et R.S. Janssen. « Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: Implications for HIV prevention programs », *J Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2005, 39, 446-453.

McGarrigle, C.A., C.H. Mercer, K.A. Fenton et coll. « Investigating the relationship between HIV testing and risk behaviour in Britain: National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles », *AIDS*, 2005, 19, 77-84.

Meadows, J., J. Catalan et B. Gazzard. « "I plan to have the HIV test" – predictors of testing intention in women attending a London antenatal clinic », *AIDS Care*, 1993, 5, 131-133.

Medley, A., C. Garcia-Moreno, S. McGill et S. Maman. « Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programs », *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82, 299-307.

Metsch L.R., M. Pereyra et C. del Rio. « Delivery of HIV prevention counselling by physicians at HIV medical care settings in 4 US cities ». *Am J Public Health*, 2004, 94, 1186-92.

Ministère de la Santé de l'Ontario. *Test de dépistage des anticorps au VIH : directives pour le soutien psychologique avant et après le test de dépistage*, 1995, Toronto, Ministère de la Santé de l'Ontario.

Ministère de la Santé de l'Ontario. *Dépistage prénatal du VIH - Guide de discussion.*, 2003, Toronto, Ministère de la Santé de l'Ontario.

Morin, S.F., G. Khumalo-Sakutukwa, E.D. Charlebois et coll. « Removing barriers to knowing HIV status: same-day mobile HIV testing in Zimbabwe », *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2006, 41, 218-224.

Morin, S.F., K.A. Koester, W.T. Steward et coll. « Missed opportunities: Prevention with HIV–infected patients in clinical care settings », *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2004, 36, 960-966.

Mossman, C.L. « Opt-out prenatal HIV testing in Newfoundland and Labrador », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2002, 167, 630.

Myers, J.J., W.T. Steward, E. Charlebois, K.A. Koester, A. Maiorana et S.F. Morin, « Written clinic procedures enhance delivery of HIV "prevention with positives" counselling in primary health care settings », *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2004, 37 (suppl. 2), S95-S100.

Myers, T., C. Worthington, D.J. Haubrich, K. Ryder et L. Calzavara. « HIV Testing and Counselling: Test providers' experiences of best practices », *AIDS Education and Prevention*, 2003, 15(4), 309-319.

Myers, T., K. Orr, D. Locker et E. Jackson. « Factors affecting the decision and intention of gay and bisexual men to seek an HIV antibody test », *American Journal of Public Health*, 1993, 83, 701-704.

National Research Council. *The Social Impact of AIDS in the United States*, Washington DC, National Academy Press, 1993.

Nemoto, T., D. Operario, J.A. Keatley, H. Nguyen et E. Sugano. « Promoting health for transgender women: Transgender Resources and Neighborhood Space (TRANS) Program in San Francisco », ***Am J Public Health***, 2005, 95, 382-384.

Nicoll A., O.N. Gill, C.S. Peckham et coll. « The public health applications of unlinked anonymous seroprevalence monitoring for HIV in the United Kingdom », ***Int J Epidemiol***, 2000, 29(1), 1-10.

O'Connor, K.S., S.E. MacDonald, L. Hartling et coll. « The influence of prevalence and policy on the likelihood that a physician will offer HIV screening in pregnancy », ***Revue canadienne de santé publique,*** 2002, 93, 31-35.

ONUSIDA. « Issue # 1: Educate Girls: Fight AIDS », ***The Global Coalition on Women and AIDS Issues Briefs***, Genève, ONUSIDA/OMS, sept. 2005, accessible à l'adresse suivante : http://womenandaids.unaids.org

ONUSIDA/OMS. ***Déclaration de politique de l'ONUSIDA/l'OMS sur les tests VIH***, Genève, ONUSIDA/OMS, 2004, accessible à l'adresse suivante : http://data.unaids.org/una-docs/hivtestingpolicy_fr.pdf

Paltiel, A.D., M. C. Weinstein, A.D. Kimmel et coll. « Expanded screening for HIV in the United States – An analysis of cost-effectiveness », ***NEJM***, 2005, 352, 586-595.

Patel, H., E.L. Heng, A. Aleem et coll. « Delivering results to clients: a question of satisfying needs or desires? », ***Int J STD AIDS***, 2006, 17, 109-111.

Patel, P., L. Klausner, O. Bacon et coll. « Detection of acute HIV infections in high-risk patients in California », ***Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes***, 2006, 42, 75-79.

Peterson J. L., T.J. Coates, J. Catania, W.W. Hauck et coll. « Evaluation of an HIV risk reduction intervention among African-American homosexual and bisexual men », ***AIDS***, 1996, 10, 319-325.

Pilcher, C.D., S.A. Fiscus, T.Q. Nguyen et coll. « Detection of acute infections during HIV testing in North Carolina », ***New England Journal of Medicine***, 2005, 352, 1873-1883.

Programmes des Nations Unies pour le développement. ***Rapport sur le développement humain : Développement sexuel et humain***, 1995, accessible à l'adresse suivante : http://hdr.undp.org/reports/global/1995/

Richardson, J.L., J. Milam, A. McCutchan et coll. « Effect of brief provider safer-sex counselling of HIV-1 seropositive patients: A multi-clinic assessment », ***AIDS***, 2004, 18, 1179-1186.

Robert Koch Institute. « Stand und Entwicklung der HIV-Epidemie in Deutschland », ***Epid Bull***, 2005, 47, 437-443.

Rotheram-Borus, M.J., S. Cantwell et P.A. Newman. « HIV prevention programs with heterosexuals », ***AIDS***, 2000, 14 (suppl. 2), S59-67.

Rotheram-Borus, M.J., M.B. Lee, D.A. Murphy et coll. « Efficacy of a preventive intervention for youths living with HIV », *Am J Public Health*, 2001, 91, 400-405.

Rotheram-Borus, M.J., D. Swendeman, W.S. Comulada, R.E. Weiss, M. Lee et M. Lightfoot. « Prevention for substance-using HIV-positive young people: telephone and in-person delivery », *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2004, 37 (suppl. 2), S68-S77.

Samet, J.H., K.A. Freedberg, M.D. Stein et coll. « Trillion virion delay: time from testing positive for HIV to presenting for primary care », *Arch Intern Med*, 1998, 158, 734-740.

Sandelowski, M., C. Lambe et J. Barroso. « Stigma in HIV-positive women », *Journal of Nursing Scholarship*, 2004, 36, 122-8.

Sanders, G.D., A.M. Bayoumi, Sundaram et coll. « Cost-effectiveness of screening for HIV in the era of Highly Active Antiretroviral Therapy », *NEJM*, 2005, 352, 570-585.

Santana, S., L. Fass et K. Wald. « Human Immunodeficiency virus in Cuba: the public health response of a third world country », *Int J Health Serv*, 1991, 21, 511-537.

Santé Canada. *Le VIH et le sida au Canada : rapport de surveillance en date du 30 juin 2003*, Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI), 2003.

Santé Canada, *Lignes directrices canadiennes pour les MTS*, Ottawa, Santé Canada, 1998.

Sauka, M. et G.T. Lie. « Confidentiality and disclosure of HIV infection: HIV-positive persons' experience with HIV testing and coping with HIV infection in Latvia », *AIDS Care* 12, 737-743.

Schlumberger, M.G., J.C. Desenclos, G. Papaevangelou, S.C. Richardson et R. Ancelle-Park. « Knowledge of HIV serostatus and preventive behaviour among European injecting drug users: second study. European Community Study Group on HIV in Injecting Drug Users », *Eur J Epidemiol*, 1999, 15, 207-215.

Schrooten, W., C. Dreezen, Y. Fleerackers et coll. « Receiving a positive HIV test result: the experience of patients in Europe », *HIV Med*, 2001, 2, 250-254.

Silverman, M.F. « The Public health response », dans Gong, V. et Rudnick, (dir.), *AIDS: Facts and Issues*, New Brunswick NJ, Rutgers University Press, 1986.

Sikkema, K.J., E.S. Anderson, J.A. Kelly et coll. « Outcomes of a randomized, controlled community-level HIV prevention intervention for adolescents in low-income housing developments », *AIDS*, 2005, 19, 1509-1516.

Sikkema, K.J. et R.T. Bissett. « Concepts, goals, and techniques of counselling: Review and implications for HIV counselling and testing », *AIDS Education and Prevention*, 1997, 9 (suppl. B), 14-26.

Sorin M.D., J.M. Tesoriero et M.L. LaChance-McCullough. « Correlates of acceptance of HIV testing and post-test counselling in the obstetrical setting », *AIDS Educ Prev*, 1996, 8, 72-85.

Spielberg F., B.M. Branson, G.M. Goldbaum et coll. « Choosing HIV Counselling and Testing Strategies for Outreach Settings: A Randomized Trial », *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2005, 38, 348-355.

Steward, W.T., K.A. Koester, J. J. Myers et S.F. Morin. « Provider fatalism reduces the likelihood of HIV-prevention counselling in primary care settings », *AIDS and Behavior*, 2006, 10, 3-12.

St. Lawrence, J.S., D.E. Montano, D. Kasprzyk, W.R. Phillips, K. Armstrong et J.S. Leichliter. « STD screening, testing, case reporting, and clinical and partner notification practices: a national survey of U.S. physicians », *American Journal of Public Health*, 2002, 92, 1784-1788.

Surlis S. et A. Hyde. « HIV-positive patients' experiences of stigma during hospitalization », *J Assoc Nurses AIDS Care*, 2001, 12(6), 68-77.

Sweeny, P.A., P.L. Fleming, J.M. Karon et W.J. Ward. (résumé), « A minimum estimate of the number of living HIV-infected person's confidentially tested in the U.S. » (résumé 1-16), résumés de la 37th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Toronto, 1997, Washington DC, American Society for Microbiology; 1997.

Valdiserri, R.O. « HIV counselling and testing: Its evolving role in HIV prevention », *AIDS Education and Prevention*, 1997. 9 (suppl. B), 2-13.

Van Casteren, V., D. Devroey, A. Sasse et S. Wallyn. « An 8 year nationwide prospective registration of non-consented HIV testing in Belgium », *Journal of Public Health*, 2004, 26, 72-76.

Vergeront, J.M., W.J. Reiser, J.K. Druckenmiller, K.A. Krchnavek et J.P. Davis. « Wisconsin statutes regarding HIV testing in primary care: Frequent questions and answers », *Wisconsin Medical Journal*, 1998a, 97(11), 47-51.

Vergeront, J.M., W.J. Reiser, K.A. Krchnavek, J.K. Druckenmiller et J.P. Davis. « Meeting the challenge of early identification of HIV infection in primary care », *Wisconsin Medical Journal*, 1998b, 97(11), 52-61.

Vidanapathirana, J., M.J. Abramson, A. Forbes et C. Fairley. « Mass media interventions for promoting HIV testing », *Cochrane Database System Rev*, 20 juillet 2005, 3, CD004775.

Walmsley, S. « Opt in or opt out: What is optimal for prenatal screening for HIV infection? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2003, 168, 707-708.

Wang, F.L., B. Larke, S. Gabos, A. Hanrahan et D. Schopflocher. « Potential Factors that may affect acceptance of routine prenatal HIV testing », *Revue canadienne de santé publique*, 2005, 26, 60-64.

Weinhardt, L.S., M.P. Carey, B.T. Johnson et N.L. Bickham. « Effects of HIV counselling and testing on sexual risk behavior: A meta-analytic review of published research, 1985-1997 », *American Journal of Public Health*, 1999, 89(9), 1397-1405.

Weiser, S., M. Heisler, K. Leiter et coll. *Routine HIV testing in Botswana: A population-based study on attitudes, practices, and human rights concerns*, 13th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Denver, Colorado, U.S., Résumé 25, novembre 2006.

Weiser, S.D., W.R. Wolfe et D.R. Bangsberg. « The HIV epidemic among individuals with mental illness in the United States », *Curr HIV/AIDS Rep*, décembre 2004, 1, 186-92.

West, G.R., et K.A. Stark. « Partner notification for HIV prevention: A critical reexamination », *AIDS Education and Prevention* 9 (Suppl. B), 1997 68-78.

Wheeler, D.P. « Working with positive men: HIV prevention with Black men who have sex with men », *AIDS Education and Prevention* 17 (suppl. A), 2005, 102-115.

Wiebel, W.W., A. Jimenez, W. Johnson et coll. « Risk behavior and HIV seroincidence among out-of-treatment injection drug users: a four-year prospective study », *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*, 1996, 12, 282-289.

Williams, M.L., A.M. Bowen et K.J. Horvath. « The social/sexual environment of gay men residing in a rural frontier state: implications for the development of HIV prevention programs », *Journal of Rural Health*, 2005, 21, 48-55.

Wingood, G.M., R.J. DiClemente, J. Mikhail et coll. « A randomized controlled trial to reduce HIV transmission risk behaviors and sexually transmitted diseases among women living with HIV: the WILLOW Program », *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2004, 37(suppl. 2), S58-S67.

Wolf, L.E., B. Lo et L.O. Gostin. « Legal barriers to implementing recommendations for universal, routine prenatal HIV testing », *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 2004, 32, 137-147.

Wolitski, R.J., R.J. MacGowan, D.L. Higgins et C.M. Jorgensen. « The effects of HIV counselling and testing on risk-related practices and help-seeking behavior », *AIDS Education and Prevention* 9, (Suppl. B), 1997, 52-67.

World Health Organization. *Rapid HIV Tests: Guidelines for Use in HIV Testing and Counselling Services in Resource-Constrained Settings*, 2004, Genève, OMS.

Worthington, C, et T. Myers. « Desired elements of HIV testing services: Test recipient perspectives », *AIDS Patient Care and STDs*, 2002, 16, 537-548.

Wright, A.A., et I.T. Katz. « Home testing for HIV », *New England Journal of Medicine*, 2006, 354, 437-439.

Zea, M.C., C.A. Reisen, P.J. Poppen, F.T. Bianchi et J.J. Echeverry. « Disclosure of HIV status and psychological well-being among Latino gay and bisexual men », *AIDS Behaviour*, 2005, 9, 15-26.

Zierler, S., W.E. Cunningham, R. Andersen et coll. « Violence victimization after HIV infection in a US probability sample of adult patients in primary care », *Am J Public Health*, 2000, 90, 208-215.