



Programme VIH/SIDA

Renforcer les services de santé pour combattre le VIH/SIDA

GUIDE DU CONSEIL ET DU DÉPISTAGE DU VIH À L'INITIATIVE DU SOIGNANT DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ



**Organisation
mondiale de la Santé**



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNRID
UNFPA
ONUDC
GIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé.

1.Sérologie HIV. 2.Infection à VIH – diagnostic. 3.Conseil. 4.Ligne directrice. I.Organisation mondiale de la Santé.
II.ONUSIDA.

ISBN 978 92 4 259556 7

(NLM classification: WC 503.1)

© Organisation mondiale de la Santé 2007

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone: +41 22 791 3264; télécopie: +41 22 791 4857; adresse électronique: bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie: +41 22 791 4806; adresse électronique: permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en Suisse

GUIDE DU CONSEIL ET DU DÉPISTAGE DU VIH À L'INITIATIVE DU SOIGNANT DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Mai 2007



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA
ONUDC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ ANALYTIQUE	5
1. INTRODUCTION	14
1.1 Informations générales	14
1.2 Extension du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du patient	14
1.3 Extension du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant	15
1.4 Adaptation du guide	17
2. OBJECTIFS	18
3. TERMINOLOGIE	19
4. RECOMMANDATIONS POUR LE CONSEIL ET LE DÉPISTAGE DU VIH À L'INITIATIVE DU SOIGNANT DANS LES DIFFÉRENTS TYPES D'ÉPIDÉMIE	21
4.1 Conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans tous les types d'épidémie.....	21
4.1.1 Patients symptomatiques.....	21
4.1.2 Enfants symptomatiques ou exposés au VIH	22
4.1.3 Circoncision et prévention du VIH.....	22
4.2 Conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les épidémies généralisées.....	22
4.2.1 Mise en œuvre dans tous les établissements de santé	22
4.2.2 Priorités pour la mise en œuvre dans une sélection d'établissements de santé	23
4.3 Conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les épidémies concentrées ou peu étendues.....	27
4.3.1 Priorité aux patients symptomatiques.....	27
4.3.2 Options pour l'instauration du conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans une sélection d'établissements de santé	27
4.4 Récapitulatif des recommandations	28
5. INSTAURER DES CONDITIONS PROPICES	30
5.1 Accompagnement recommandé	30
5.2 Cadre social, politique et juridique.....	32
5.2.1 Éléments fondamentaux	32
5.2.2 Autres mesures	34
6. PROCESSUS ET ÉLÉMENTS	36
6.1 Informations avant le test et consentement éclairé.....	36
6.1.1 Minimum d'informations à fournir pour obtenir le consentement éclairé	36
6.1.2 Informations complémentaires pour les femmes enceintes ou susceptibles de l'être	37
6.1.3 Considérations particulières pour les enfants	37
6.1.4 Considérations particulières pour les adolescents	38
6.1.5 Patients gravement malades.....	39
6.1.6 Suivi après un refus du test.....	39
6.2 Conseil après le test	39
6.2.1 Conseil pour les personnes séronégatives	40
6.2.2 Conseil pour les personnes séropositives.....	40
6.2.3 Conseil pour les femmes enceintes séropositives	41
6.3 Orientation vers d'autres services pour le VIH.....	41
6.4 Fréquence du dépistage	41
7. MODALITÉS TECHNIQUES DES TESTS DE DÉPISTAGE	43
7.1 Facteurs à prendre en compte	43
7.2 Algorithmes de dépistage	44
8. CONSIDÉRATIONS EN RAPPORT AVEC LE PROGRAMME	45
9. SUIVI ET ÉVALUATION	47
APPENDICE : Ressources Complémentaires	48
NOTES ET RÉFÉRENCES.....	51



1. INTRODUCTION

Le présent document a pour but de répondre à la demande croissante des pays qui souhaitent disposer d'orientations de base sur le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé. Il est destiné à un large public englobant les responsables politiques, les planificateurs et les coordonnateurs des programmes contre le VIH/SIDA, les soignants, les organisations non gouvernementales assurant des services dans ce domaine et les groupes de la société civile.

Des enquêtes en Afrique subsaharienne montrent que seulement 12% des hommes et 10% des femmes ont bénéficié d'un dépistage du VIH et en ont reçu le résultat (valeurs médianes). Il est essentiel de développer la connaissance du statut sérologique pour étendre l'accès en temps utile aux traitements, aux soins et au soutien, pour donner aux personnes qui vivent avec le VIH la possibilité de s'informer et les moyens d'éviter de transmettre le virus à autrui. Il est essentiel de développer le conseil et le dépistage du VIH pour atteindre l'objectif de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien, approuvé par les dirigeants du G8 en 2005 et par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2006.

L'OMS et l'ONUSIDA soutiennent résolument la poursuite du développement du conseil et du dépistage à l'initiative du client, mais ils reconnaissent aussi le besoin d'adopter de nouvelles approches, innovantes et variées. Les établissements de santé constituent un point de contact essentiel avec les personnes infectées par le VIH qui ont besoin de prévention, de traitement, de soins et de soutien. Les données réunies dans les pays industrialisés et dans les pays à ressources limitées montrent que l'on perd de nombreuses occasions de diagnostiquer et de conseiller des individus dans ces structures, et que le conseil et le dépistage à l'initiative des soignants facilitent le diagnostic et l'accès aux services de prise en charge du VIH. Les inquiétudes quant à la possibilité de contraintes exercées sur les patients ou aux retombées négatives de la divulgation des résultats soulignent l'importance d'une formation suffisante des soignants et d'un bon encadrement, ainsi que d'un suivi attentif et de l'évaluation des programmes de conseil et de dépistage du VIH à l'initiative du soignant.

Le présent document recommande la méthode du « consentement présumé » au conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé, avec des informations simplifiées avant le test, conformément aux options politiques retenues par l'OMS en 2003 et à la déclaration de politique sur les tests VIH publiée par l'ONUSIDA et l'OMS en 2004. Avec cette approche, le test est recommandé 1) pour tous les patients, quelle que soit la situation épidémique, dont le tableau clinique pourrait résulter d'une infection à VIH sous-jacente; 2) comme un élément standard des soins médicaux pour tous les patients consultant dans les établissements de santé des zones d'épidémie généralisée; 3) d'une manière plus sélective en situation d'épidémie concentrée ou peu étendue. Il incombe alors aux patients de refuser explicitement le test s'ils n'en veulent pas. Des discussions complémentaires sur le droit de refuser le dépistage, sur les risques et les avantages du test et de la divulgation des résultats et sur l'aide sociale disponible pourront s'avérer indispensables pour des groupes particulièrement vulnérables aux conséquences négatives de la révélation du résultat. Il sera peut-être judicieux d'envisager la méthode du « consentement explicite » pour les populations extrêmement vulnérables.

Le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant doivent s'accompagner d'un ensemble recommandé de services de prévention, de traitement, de soins et de soutien liés au VIH qui seront

décrits dans la section 5 et mis en œuvre dans le cadre d'un plan national visant l'accès universel aux traitements antirétroviraux pour tous ceux qui en ont besoin. Des efforts pour garantir la mise en place d'un cadre social, politique et juridique de soutien doivent accompagner simultanément la mise en œuvre du dépistage et du conseil à l'initiative du soignant, de façon à obtenir les meilleurs résultats possibles tout en réduisant au maximum les effets négatifs potentiels pour les patients.

Pour adapter le guide au niveau des pays, il faudra évaluer l'épidémiologie locale, ainsi que les risques et les avantages de proposer le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant, en évaluant les ressources disponibles, les normes en vigueur en matière de prévention du VIH, de traitement, de soins, de soutien et la qualité des protections sociales et juridiques existantes. Ce service doit être mis en place en consultation avec les principales parties intéressées, dont les groupes de la société civile et les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Lorsqu'ils recommandent le conseil et le dépistage du VIH, les prestataires de services doivent toujours s'efforcer de servir au mieux les intérêts du patient. Cela suppose de lui donner des informations suffisantes pour qu'il puisse prendre de son plein gré et en toute connaissance de cause la décision de se faire tester, de garantir la confidentialité, d'assurer le conseil après le test et de l'orienter vers les services appropriés.

L'aval donné par l'OMS et l'ONUSIDA au conseil et au dépistage du VIH à l'initiative du soignant ne signifie pas que ces deux organisations cautionnent les dépistages obligatoires ou sous la contrainte. Elles n'approuvent pas le dépistage obligatoire ou forcé des individus pour des raisons de santé publique.

2. RECOMMANDATIONS

Les avis sur le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant sont classés en fonction des types d'épidémie :

1. Épidémies peu étendues

Bien que le VIH ait pu être présent depuis de nombreuses années, sa propagation n'a jamais atteint un niveau substantiel dans aucun sous-groupe de la population. Les infections enregistrées se limitent pour la plus grande part à des personnes ayant des comportements à risque : professionnel(le)s du sexe, consommateurs de drogues injectables, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Indicateur indirect : la prévalence du VIH n'a jamais dépassé 5 % dans aucun sous-groupe particulier de la population.

2. Épidémies concentrées

Le VIH s'est propagé rapidement dans un sous-groupe particulier de la population, mais il ne s'est pas implanté solidement dans la population générale. Ce niveau épidémique révèle l'existence d'un réseau actif de comportements à risque dans le groupe concerné. L'évolution de l'épidémie est déterminée par la fréquence et la nature des liens entre les groupes très infectés et la population générale. Indicateur indirect : la prévalence du VIH dépasse systématiquement 5 % dans au moins un sous-groupe donné de la population mais elle reste inférieure à 1 % chez les femmes enceintes dans les zones urbaines.

3. Épidémies généralisées

Dans cette situation, le VIH est solidement implanté dans la population générale. Bien que les sous-groupes exposés à un risque élevé puissent contribuer de manière disproportionnée à la propagation du virus, le tissu des relations sexuelles dans l'ensemble de la population est suffisant pour maintenir l'épidémie, indépendamment des groupes à risque. Indicateur indirect : la prévalence du VIH est systématiquement supérieure à 1 % chez les femmes enceintes.

- **Recommandations pour tous les types d'épidémie**

Quel que soit le type d'épidémie, les soignants devraient recommander le conseil et le dépistage du VIH dans le cadre des soins habituels pour :

- tous les adultes, adolescents ou enfants qui se présentent à l'établissement de santé avec des signes, des symptômes ou des pathologies évoquant une infection par le VIH, dont la tuberculose et les autres pathologies décrites dans le système OMS de détermination des stades cliniques de l'infection à VIH ;
- les nouveau-nés de mères séropositives en tant qu'élément systématique du suivi pour ces enfants ;
- les enfants présentant une croissance insuffisante ou un état de malnutrition en situation d'épidémie généralisée et, dans certaines autres circonstances, quand les enfants dénutris ne réagissent pas à une thérapie nutritionnelle adaptée ;
- les hommes demandant la circoncision à titre préventif.

- **Recommandations en situation d'épidémie généralisée**

En situation d'épidémie généralisée, quand les conditions propices sont réunies et les ressources sont suffisantes, notamment un ensemble recommandé de services de prévention, de traitement et de soins du VIH, les soignants proposeront le conseil et le dépistage du VIH à tous les adultes et adolescents venant consulter dans tous les établissements de santé. Cela s'applique aux services médicaux et chirurgicaux, aux établissements publics et privés, aux malades hospitalisés comme aux patients ambulatoires, aux équipes médicales mobiles et aux services avancés de proximité.

Le soignant recommandera le conseil et le dépistage du VIH dans le cadre des soins habituels fournis au patient, que celui-ci présente ou non des signes et symptômes d'une infection sous-jacente et quel que soit le motif de la consultation dans l'établissement.

Il arrivera que des problèmes de ressources ou de capacité imposent une mise en place progressive du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant. Dans le cas des épidémies généralisées, on tiendra alors compte des priorités suivantes :

- établissements de soins hospitaliers et ambulatoires, y compris les services de prise en charge de la tuberculose ;
- services de soins prénatals, obstétricaux et postpartum ;
- services de santé pour les populations les plus exposées ;
- services pour les enfants de moins de 10 ans ;

- services de chirurgie ;
- services pour les adolescents ;
- services de santé génésique, y compris la planification familiale.

• Options en situation d'épidémie concentrée ou peu étendue

Dans cette situation, les soignants ne doivent **pas** recommander le conseil et le dépistage du VIH à toutes les personnes consultant dans tous les établissements de santé, la grande majorité de la population n'étant exposée qu'à un faible risque. La priorité est alors de veiller à ce que ce service soit proposé à tous les adultes, adolescents et enfants qui viennent consulter et présentent *des signes et symptômes évocateurs d'une infection à VIH sous-jacente*, comme la tuberculose, et à tous les enfants dont on sait qu'ils ont été exposés au VIH dans la période périnatale.

Si les chiffres montrent que la prévalence du VIH est très faible chez les patients atteints de tuberculose, le dépistage peut cesser d'être une priorité pour ce groupe.

En situation d'épidémie concentrée ou peu étendue, c'est l'évaluation de la situation épidémiologique et du cadre social qui orientera les décisions à prendre sur la nécessité d'instaurer le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans certains établissements de santé et sur les modalités d'application. On pourra envisager d'appliquer cette disposition dans les établissements ou services de soins suivants :

- services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) ;
- services de santé pour les populations les plus exposées ;
- services de soins prénatals, obstétricaux et postpartum ;
- services de prise en charge de la tuberculose.

3. CONDITIONS PROPICES

La section 5 décrit l'ensemble recommandé de services de prévention, de traitement, de soins et de soutien relatifs au VIH qui doit accompagner le conseil et le dépistage à l'initiative du soignant. Même si tous ces services ne doivent pas forcément être assurés au même endroit que celui où le dépistage est réalisé, ils doivent être accessibles localement. Bien que l'accès au traitement antirétroviral ne soit pas une condition préalable absolue à l'instauration du conseil et du dépistage à l'initiative du soignant, il doit y avoir au moins une perspective raisonnable qu'il sera mis à disposition dans le cadre d'un plan national visant l'accès universel à ce traitement pour tous ceux qui en ont besoin.

La prophylaxie antirétrovirale et le conseil sur l'alimentation des nourrissons sont des interventions importantes pour prévenir la transmission mère-enfant. Ces interventions doivent être proposées dans le cadre des soins habituels aux femmes enceintes diagnostiquées comme étant séropositives après le conseil et le dépistage à l'initiative du soignant.

Parallèlement à l'instauration de cette mesure, des efforts équivalents doivent être faits pour veiller à la mise en place d'un cadre social, politique et juridique de soutien, afin d'obtenir le maximum de résultats positifs et de réduire le plus possible les effets négatifs potentiels pour les patients :

- préparation des communautés et mobilisation sociale ;
- ressources et infrastructures suffisantes ;
- formation des prestataires de soins ;
- codes déontologiques des soignants et voies de recours pour les patients ;
- un solide système de suivi et d'évaluation.

Une prestation optimale du conseil et du dépistage du VIH sur le long terme suppose l'existence et le respect de lois et de mesures politiques contre les discriminations sur la base du statut sérologique, du sexe et des comportements à risque. L'ONUSIDA et l'OMS encourageant la révélation volontaire du statut sérologique, ainsi que la notification et le conseil du partenaire dans des conditions éthiques, une politique nationale et des codes éthiques doivent être également élaborés pour autoriser la notification du partenaire dans des circonstances clairement définies.

Les gouvernements devront peut-être aussi élaborer et appliquer des cadres juridiques et politiques stipulant : 1) à quel âge ou dans quelles conditions les mineurs peuvent accepter pour eux-mêmes ou pour d'autres le dépistage du VIH ; 2) les modalités pour évaluer et obtenir au mieux l'assentiment des adolescents ou le consentement donné en leur nom.

4. INFORMATIONS AVANT LE TEST ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Selon les conditions locales, les informations préalables au test peuvent être données dans le cadre d'une séance individuelle d'information ou de discussions de groupe. Le consentement devra toujours être donné en privé, de manière individuelle, en présence d'un soignant. Lorsqu'il propose à un patient le conseil et le dépistage du VIH, le soignant doit au minimum lui donner les informations suivantes :

- les raisons motivant la recommandation de procéder au dépistage du VIH ;
- les avantages du dépistage du VIH du point de vue clinique et préventif, ainsi que les risques potentiels, discrimination, abandon ou actes de violence par exemple ;
- les services disponibles en cas de résultat positif ou négatif, y compris l'accès au traitement antirétroviral ;
- le fait que le résultat sera traité de manière confidentielle et ne sera communiqué à personne d'autre que les soignants impliqués directement dans la prestation des services au patient ;
- le fait que le patient a le droit de refuser le test et que celui-ci sera pratiqué, à moins que le patient n'exerce ce droit ;
- le fait que le refus du dépistage du VIH n'influera pas sur l'accès du patient à des services qui ne sont pas conditionnés par la connaissance du statut sérologique ;
- dans le cas d'un résultat positif, une incitation à révéler cette information aux autres personnes qui ont pu être exposées au VIH ;
- la possibilité de poser des questions aux soignants.

Il faut également faire connaître aux patients les lois dans les juridictions qui imposent la divulgation du statut sérologique aux partenaires sexuels ou s'injectant des drogues.

Normalement la communication orale suffit pour l'obtention du consentement éclairé. Lorsque des obligations juridiques imposent le consentement écrit, nous encourageons à revoir cette politique.

Il arrive que certains groupes de patients soient plus exposés à la coercition pour se faire dépister et à des conséquences négatives d'une divulgation de leur statut sérologique : discrimination, actes de violence, abandon ou incarcération. Face à de tels cas, il pourra être judicieux de donner des informations supplémentaires par rapport au minimum décrit dans le présent document pour obtenir le consentement éclairé.

Les informations préalables pour les femmes enceintes ou susceptibles de l'être devraient aussi couvrir les points suivants :

- les risques de transmission du VIH au nourrisson ;
- les mesures pouvant être prises pour diminuer la transmission mère-enfant, parmi lesquelles la prophylaxie antirétrovirale et les conseils sur l'alimentation du nourrisson ;
- les avantages d'un diagnostic précoce du VIH pour les nourrissons.

Des considérations spéciales doivent être prises en compte dans le cas des enfants et des adolescents qui n'ont pas atteint l'âge légal de la majorité (en général 18 ans). En tant que mineurs, au regard de la loi, les enfants ne peuvent pas donner un consentement éclairé, mais ils ont le droit d'être associés aux décisions qui affectent leur vie et de faire connaître leur opinion, compte tenu de leur degré de maturité. Tout sera donc fait pour informer l'enfant, l'associer à la décision et obtenir son accord. Le consentement éclairé d'un des parents ou du tuteur de l'enfant est obligatoire. Nous étudierons ce point plus en détails à la section 6.1.3.

Le fait de décliner le dépistage du VIH ne doit pas entraîner une baisse de la qualité ou un refus de fournir des services qui ne dépendent pas de la connaissance du statut sérologique.

5. CONSEIL APRÈS LE TEST

Cet élément fait partie intégrante de la procédure de dépistage. Toutes les personnes qui ont fait un dépistage doivent bénéficier d'un entretien de conseil au moment où elles reçoivent le résultat du test, qu'il soit positif ou négatif. Dans le cas d'un résultat *négatif*, le minimum d'informations à fournir est le suivant :

- une explication du résultat, avec des informations sur la période de latence avant l'apparition des anticorps anti-VIH et la recommandation de refaire le test en cas d'exposition récente ;
- des conseils de base sur les méthodes de prévention de la transmission du VIH ;
- avec la remise de préservatifs masculins et féminins, des conseils sur leur utilisation.

Le soignant doit évaluer avec son patient s'il doit être orienté vers une séance de conseil plus approfondi ou vers un service de soutien supplémentaire à la prévention.

Dans le cas où le résultat est *positif*, le soignant doit :

- informer le patient d'une manière simple et claire et lui laisser le temps d'y réfléchir ;
- s'assurer qu'il a bien compris le résultat ;
- lui permettre de poser des questions ;
- l'aider à surmonter les émotions qui l'envahissent ;
- discuter avec lui de ses inquiétudes immédiates et l'aider à déterminer auprès de qui il pourra trouver un soutien immédiat dans son entourage ;
- décrire les services disponibles dans l'établissement de santé et la communauté pour le suivi, l'attention portant plus spécialement sur les traitements disponibles, la prévention de la transmission mère-enfant (PTME), les services de soins et de soutien ;
- donner des informations sur la prévention de la transmission du VIH, en fournissant au patient des préservatifs masculins et féminins, ainsi que des instructions pour leur utilisation ;
- donner des informations sur les autres mesures de prévention utiles, comme une bonne alimentation, la prise de cotrimoxazole et, dans les zones impaludées, l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide ;
- discuter de la communication éventuelle du résultat : dans quelles conditions, à quel moment et à qui ;
- encourager le conseil et le dépistage pour les partenaires et les enfants et proposer une orientation pour ce faire ;
- évaluer le risque d'actes violents ou de suicide et envisager les mesures qui peuvent être prises pour garantir la sécurité physique des patients, notamment des femmes ;
- fixer un rendez-vous pour les consultations qui devront suivre, l'orientation vers le traitement, les soins, le conseil, le soutien et d'autres services utiles (ex. : dépistage et traitement de la tuberculose, prophylaxie des infections opportunistes, traitement des IST, planification familiale, soins prénatals, traitement de substitution des opioïdes, accès aux seringues et aiguilles stériles).

Pour les femmes enceintes séropositives, le conseil après le test doit aussi couvrir les points suivants :

- planification de l'accouchement ;
- utilisation des antirétroviraux pour la santé de la patiente, s'ils sont indiqués et disponibles, ou pour la prévention de la transmission mère-enfant ;
- alimentation de la mère couvrant les apports en fer et en acide folique ;
- options pour l'alimentation de l'enfant et soutien à la mère pour la réalisation de son choix ;
- dépistage du VIH chez le nourrisson et suivi nécessaire ;
- dépistage du partenaire.

6. FRÉQUENCE DU DÉPISTAGE

Les recommandations pour refaire le test dépendront des risques pris plus ou moins continuellement par le patient, de la disponibilité des ressources humaines et financières et de l'incidence du VIH dans les conditions locales. La pratique du test tous les 6 à 12 mois pourrait présenter des avantages pour ceux qui sont exposés à un risque élevé d'infection.

Les femmes séronégatives doivent faire un dépistage le plus tôt possible à chaque nouvelle grossesse. On recommande aussi de refaire le test à la fin de la grossesse lorsqu'on se trouve en présence d'une épidémie généralisée.

7. MODALITÉS TECHNIQUES DES TESTS DE DÉPISTAGE

L'utilisation des tests rapides pour le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant présente, notamment dans les établissements de soins ne disposant que de services de laboratoire succincts, les avantages suivants : visibilité du test, exécution rapide, confiance accrue dans les résultats, pas d'erreurs administratives. On peut procéder à ces tests en dehors des structures d'un laboratoire, il n'y a pas besoin de matériel spécialisé et ils peuvent être pratiqués dans les établissements de soins primaires.

On pourra préférer les tests ELISA dans des situations où il faut faire un grand nombre de tests, quand il est moins important de donner immédiatement les résultats (pour les patients hospitalisés par exemple) et dans les laboratoires de référence. Ces tests imposent cependant d'avoir un personnel et du matériel de laboratoire spécialisés.

Les décisions sur les tests à employer pour le conseil et le dépistage à l'initiative du soignant, test rapide ou ELISA, doivent tenir compte d'un certain nombre de facteurs : cadre dans lequel le test est proposé ; coût et disponibilité des kits, des réactifs et du matériel ; personnel, ressources et infrastructures disponibles ; nombre des échantillons à tester, collecte des échantillons, transport et possibilité pour les patients de revenir chercher leurs résultats.

Même s'il est plus complexe et plus coûteux, on recommande le test virologique pour le diagnostic du VIH chez les enfants de moins de 18 mois.

8. CONSIDÉRATIONS EN RAPPORT AVEC LE PROGRAMME

Les décisions à prendre pour instaurer au mieux le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant dépendront d'une évaluation de la situation dans le pays : épidémiologie locale ; infrastructures disponibles, ressources humaines et financières ; normes existantes pour la prévention, le traitement, les soins et le soutien ; cadre social, politique et juridique pour la protection contre les conséquences négatives du dépistage, comme une discrimination ou des actes de violence à l'encontre des personnes séropositives. Lorsqu'il y a un degré élevé de stigmatisation et de discrimination ou de faibles capacités au niveau du personnel soignant pour pratiquer ce type de dépistage dans les conditions requises du consentement éclairé, de la confidentialité et du conseil, il convient de consacrer les ressources nécessaires pour résoudre ces problèmes avant de procéder à la mise en œuvre. Les décisions devront être prises en consultation avec toutes les parties intéressées, y compris les groupes de la société civile et les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

9. SUIVI ET ÉVALUATION

Les activités de suivi et d'évaluation sont essentielles pour la mise en œuvre du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant mais elles peuvent être complétées par des appréciations plus ciblées de certains aspects du programme. Des évaluations régulières, portant à la fois sur la performance des soignants et la satisfaction des patients (procédures du dépistage, information avant le test, obtention du consentement, conseil après le test), peuvent contribuer à améliorer l'efficacité, l'acceptation et la qualité des services de conseil et de dépistage du VIH.

1. INTRODUCTION

1.1 Informations générales

Ces dernières années, on a constaté, au niveau mondial, une nette intensification de l'engagement et de l'action contre la pandémie de VIH et une augmentation sensible des ressources qui y sont consacrées. En juin 2006, l'Assemblée générale des Nations Unies a approuvé la poursuite de l'extension de la prévention, des soins et du soutien associés à l'infection à VIH dans le but de se rapprocher le plus possible de l'accès universel d'ici à 2010.

Malgré les progrès enregistrés récemment, on estimait, fin 2006, à 39,5 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde et on avait recensé, au cours de l'année précédente, plus de 4 millions de nouvelles infections. L'Afrique subsaharienne, où l'on dénombre 24,7 millions de personnes vivant avec le VIH (soit près de deux tiers de la charge mondiale), reste la région la plus touchée alors que l'épidémie continue sa progression en Europe orientale et en Asie¹.

Les enquêtes menées dans douze pays fortement touchés d'Afrique subsaharienne ont montré que seulement 12% des hommes et des 10% des femmes ont bénéficié d'un dépistage du VIH et en ont reçu le résultat (valeurs médianes)². Lorsque le dépistage est difficilement accessible et rarement demandé, peu de personnes connaissent leur statut sérologique et la plupart de celles qui sont séropositives n'accèdent aux services de conseil et de dépistage que lorsqu'elles sont déjà à un stade avancé de la maladie³.

Lorsque le traitement antirétroviral est disponible, son efficacité en termes de morbidité et de mortalité est maximale si l'infection à VIH est diagnostiquée avant le stade de l'immunodépression terminale. Même lorsqu'on ne dispose pas encore de traitements antirétroviraux, la prophylaxie au cotrimoxazole ou la prophylaxie antirétrovirale visant à prévenir la transmission mère-enfant peuvent avoir des effets bénéfiques non négligeables sur la santé des mères et de leurs enfants. Un diagnostic plus précoce permet également de donner aux personnes vivant avec le VIH des informations et des outils pour éviter la transmission de l'infection.

La déclaration de politique sur les tests VIH⁴ publiée par l'ONUSIDA et l'OMS en juin 2004 souligne qu'il est primordial d'améliorer la connaissance du statut sérologique pour élargir l'accès à la prévention, au traitement et aux soins associés au VIH. Cette déclaration préconise à la fois le conseil et le dépistage à l'initiative du patient (également appelés conseil et dépistage volontaire ou CDV) et le conseil et le dépistage à l'initiative du soignant.

1.2 Extension du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du patient

C'est principalement à l'initiative du patient que le dépistage du VIH est pratiqué. La couverture assurée par les services de conseil et dépistage du VIH à l'initiative du patient est insuffisante, tant dans les pays à revenu élevé que ceux disposant de peu de ressources. L'OMS et l'ONUSIDA soutiennent résolument la poursuite du développement du conseil et du dépistage à l'initiative du patient.

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

dans quatre pays d'Asie a montré que les femmes souhaitaient davantage se faire dépister et obtenir des conseils lorsque leur partenaire était malade, ce qui est révélateur d'un échec du diagnostic, de la prévention, du traitement et des soins⁵. Par ailleurs, la sous-estimation du risque personnel d'infection par le VIH constitue souvent un frein au dépistage, notamment pour les hommes^{6,7,8}.

Certaines approches novatrices visant à supprimer ces obstacles concrets sont susceptibles d'améliorer l'accès et le recours au dépistage et au conseil à l'initiative du patient. L'apparition des tests rapides a raccourci le délai entre l'examen et l'obtention des résultats ; en outre, lorsqu'il est possible de faciliter l'accès des patients à ce service, en les proposant, par exemple, sur le lieu de travail, dans des structures mobiles ou la nuit, le recours au dépistage augmente nettement. Le conseil et le dépistage à domicile, souvent effectués à l'occasion d'enquêtes démographiques auprès des ménages mais aussi, de plus en plus souvent, dans le cadre d'interventions préventives et thérapeutiques, semblent être également une formule prometteuse^{9,10,11}.

1.3. Extension du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant

Les établissements de santé sont un lieu privilégié pour rencontrer des personnes infectées par le VIH et qui ont besoin de moyens de prévention, d'un traitement, de soins et de soutien. Les données des pays industrialisés et des pays à ressources limitées semblent cependant indiquer que, bien souvent, les personnes qui se rendent dans les établissements de soins ne bénéficient ni d'un diagnostic ni de conseils alors que ce pourrait être le cas. Une étude des dossiers dans un centre de santé génésique à Canberra (Australie) a montré que plus de la moitié des patients dont la séropositivité avait été diagnostiquée tardivement avaient consulté des services de santé et que la plupart d'entre eux présentaient au moins un facteur de risque qui aurait dû amener les soignants à envisager un dépistage du VIH et à donner des conseils¹². En Ouganda, une étude a montré que dans un groupe d'adultes à qui on avait proposé un dépistage du VIH à l'hôpital (et dont environ la moitié se sont ensuite révélés séropositifs), 83 % ignoraient leur statut sérologique alors que 88 % s'étaient rendus dans un dispensaire au cours des six mois précédents¹³.

Le dépistage et le conseil à l'initiative du soignant permettent de garantir un diagnostic plus systématique de l'infection à VIH dans les établissements de santé, ce qui facilite l'accès des patients à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien dont ils ont besoin.

Plusieurs pays européens ont opté pour le dépistage du VIH et le conseil à l'initiative du soignant dans le cadre des soins prénatals. Par ailleurs, cette formule semble avoir entraîné une augmentation considérable du recours au dépistage aux États-Unis d'Amérique, au Royaume-Uni, à Hong Kong, à Singapour, en Norvège et au Canada, où la majorité des patients (au moins les quatre cinquièmes dans la plupart des études) ont accepté de se faire dépister¹⁴. Inquiets que le diagnostic de l'infection à VIH reste tardif et qu'une grande partie des personnes infectées ignorent leur statut, et compte tenu de données montrant que ceux qui connaissent leur statut prennent moins de risques¹⁵, les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique ont publié en septembre 2006 des orientations révisées préconisant un dépistage du VIH chez toutes les personnes âgées de 13 à 64 ans se rendant dans un établissement de santé aux États-Unis¹⁶.

Plusieurs pays à revenu faible ou intermédiaire, dont l'Afrique du Sud, le Botswana, le Kenya, le Malawi et l'Ouganda^{17,18,19,20,21,22,23,24}, ont instauré le dépistage et le conseil à l'initiative du soignant dans différents contextes. Alors qu'on dispose encore de relativement peu de données, les études menées dans des établissements de soins prénatals de plusieurs pays à revenu faible ou intermédiaire ont montré que les femmes enceintes étaient disposées à accepter un dépistage si elles pensaient que cela pouvait être bénéfique pour l'enfant à naître.

Les données obtenues tant dans les pays riches que dans les pays pauvres indiquent que le dépistage est plus souvent pratiqué lorsqu'il est systématiquement proposé et bien intégré aux soins prénatals^{25,26,27,28}. Les observations d'un nombre croissant d'études menées ailleurs que dans les centres de soins prénatals sont également encourageantes. La comparaison des données recueillies avant et après l'instauration du dépistage du VIH à l'initiative du soignant montre toujours que le recours à cet examen est beaucoup plus fréquent après qu'avant, comme c'est le cas dans les services de soins du post-partum au Botswana²⁹, les services de pédiatrie en Zambie³⁰, les établissements de prise en charge de la tuberculose³¹, et les services de pédiatrie³², les maternités³³ et les services de prise en charge des IST en Ouganda³⁴. À l'hôpital ougandais de Mbarara, le recours plus important au dépistage du VIH semble avoir été bénéfique pour les patients. Les personnes chez qui une séropositivité a été diagnostiquée après l'instauration du dépistage et du conseil à l'initiative du soignant étaient à un stade clinique moins avancé et avaient plus de CD4 que celles pour qui le diagnostic avait été posé avant, et elles avaient donc plus de chances de bénéficier d'un traitement en temps voulu³⁵.

Certains craignent que le dépistage du VIH à l'initiative du soignant ne dissuade les patients de s'adresser aux services de santé. Les données dont on dispose, bien que limitées, ne confirment pas ces craintes. Il semble que l'instauration du dépistage à l'initiative du soignant dans des établissements de soins prénatals au Botswana n'ait ni détourné les patientes des soins ni diminué la proportion de personnes recevant les résultats de leur test³⁶. Au Zimbabwe, cette modalité n'a eu d'effets négatifs ni sur le nombre de consultations après le dépistage ni sur la délivrance d'une prophylaxie antirétrovirale³⁷.

Les études ont montré que les patients jugent généralement que le dépistage du VIH à l'initiative du soignant est une démarche positive. Lorsqu'on a demandé à des patients hospitalisés aux États-Unis d'Amérique ce qu'ils penseraient d'un dépistage du VIH non sollicité, la plupart d'entre eux ont répondu que cela leur paraissait une bonne chose³⁸. Une comparaison de trois modèles de conseil et dépistage à l'initiative du soignant dans un établissement prenant en charge la tuberculose à Kinshasa (République démocratique du Congo) a permis de constater que plus de deux tiers des patients préféraient le « consentement présumé », c'est-à-dire que le test soit effectué à moins qu'ils ne le refusent, malgré une idée répandue selon laquelle il serait difficile de refuser le dépistage³⁹.

On craint également que, dans certains contextes, une meilleure connaissance et la révélation plus fréquente du statut sérologique ne s'accompagnent d'une recrudescence de la stigmatisation, de la discrimination et de la violence. L'examen de 17 études a permis de constater que la révélation du statut sérologique avait plusieurs conséquences négatives, dont la violence, dans 3 % à 15 % des cas, d'autres études faisant état de fréquences plus faibles ou plus élevées^{40,41,42,43,44} et les conséquences négatives étant plus fréquentes lorsque la violence domestique est déjà élevée. Une analyse systématique effectuée aux États-Unis d'Amérique a montré que la divulgation du statut au partenaire avait peu de conséquences négatives⁴⁵ et une étude menée en République-Unie de Tanzanie a révélé

que la moitié environ des personnes interrogées affirmaient être soutenues par leur partenaire⁴⁶. Des données du Kenya et de la Zambie montrent que la majorité des femmes séropositives, dont quelques-unes craignaient de ne pas bénéficier d'un soutien, signalent que la révélation de leur statut sérologique a été bénéfique⁴⁷.

Au total, les données disponibles semblent indiquer que laisser l'initiative au soignant peut être un moyen supplémentaire non négligeable de généraliser le dépistage du VIH et le conseil et facilite l'accès au traitement, à la prévention, aux soins et au soutien. Cependant, les craintes concernant les pressions exercées sur les patients et les conséquences négatives de la révélation du statut sérologique soulignent qu'il faut absolument assurer une formation et un encadrement adéquats des soignants, notamment pour le conseil, l'obtention du consentement éclairé et le respect de la confidentialité des résultats du dépistage. Un suivi attentif et une évaluation rigoureuse seront nécessaires, notamment au moment de l'instauration du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant, pour que les patients en tirent le meilleur parti en subissant le moins d'effets négatifs possible.

1.4 Adaptation du guide

Les orientations générales présentées dans ce document devront être adaptées en fonction du contexte épidémiologique et social. Il faudra, pour cela, évaluer les risques et les avantages de l'instauration du conseil et du dépistage à l'initiative du soignant selon la situation, notamment estimer les ressources disponibles et déterminer les pratiques suivies en matière de prévention, de traitement, de soins et de soutien, ainsi que le cadre social, juridique et politique en place. En cas d'épidémie généralisée et lorsque les ressources et les moyens sont limités, il peut être préférable d'instaurer cette modalité de dépistage de manière progressive, dans des établissements de santé prioritaires.

L'adaptation de ce guide et la mise en œuvre du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant doivent être menées en consultation avec tous les principaux intéressés, notamment la société civile et les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Un suivi attentif et une évaluation rigoureuse permettront de faire un usage optimal des ressources disponibles et d'éviter les effets négatifs, dont la stigmatisation, la discrimination, la violence, la violation de la confidentialité, les pressions ou encore les demandes non satisfaites de traitement et d'autres services concernant le VIH.

L'approbation par l'OMS et par l'ONUSIDA du conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant n'équivaut pas à accepter le dépistage sous la contrainte ou obligatoire. Les soignants devraient toujours être guidés par l'intérêt supérieur du patient, qui doit donc être suffisamment informé pour prendre, librement et en connaissance de cause, la décision de se faire dépister. Le soignant doit respecter le secret médical, donner des conseils après le dépistage et adresser le patient aux services compétents.

2 OBJECTIFS

Ce document présente des orientations pratiques de base sur le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé. Il est destiné à un large public, notamment aux décideurs, aux planificateurs et aux coordonnateurs de programmes de lutte contre le VIH/SIDA, ainsi qu'aux soignants et aux organisations non gouvernementales qui offrent des services de prise en charge du VIH/SIDA. Il n'aborde pas en détail le dépistage du VIH à l'initiative du patient, pour lequel il existe déjà des guides^{48,49}, et que l'OMS et l'ONUSIDA soutiennent résolument.

Le présent guide vise à établir une synergie entre l'éthique médicale et divers objectifs liés aux soins cliniques, à la santé publique et aux droits de l'homme. Il s'agit :

- de permettre aux individus de connaître, librement et en connaissance de cause, leur statut sérologique et, le cas échéant, de bénéficier des moyens de prévention, d'un traitement, de soins et de soutien, de prévenir la transmission du VIH et de ne pas être victimes de stigmatisation, de discrimination et de violence ;
- d'améliorer les résultats des traitements et de la prévention ;
- de favoriser le droit à l'autonomie, au respect de la vie privée et à la confidentialité ;
- de promouvoir des politiques et des pratiques factuelles et des conditions propices à leur mise en œuvre ;
- de définir le rôle et les responsabilités des soignants dans l'accès au dépistage du VIH, au conseil et aux interventions connexes.

Ce document, qui s'inspire de la déclaration de politique sur les tests VIH publiée par l'ONUSIDA et l'OMS en 2004, contient les informations suivantes :

- terminologie révisée relative au conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant (section 3) ;
- orientations sur la mise en œuvre du conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les différents types d'épidémies et pour différentes populations, y compris les enfants et les adolescents (section 4) ;
- description des conditions propices à l'instauration du dépistage, y compris les services recommandés pour la prise en charge du VIH et le cadre social, politique et juridique nécessaire (Section 5) ;
- description de la procédure à suivre pour le dépistage à l'initiative du soignant : informations préalables à fournir, consentement éclairé et renseignements à donner après le dépistage (section 6) ;
- bref exposé des techniques de dépistage (section 7) ;
- considérations succinctes sur l'adaptation de ce document en fonction de la situation nationale et locale (Section 8) ;
- quelques considérations sur le suivi et l'évaluation (Section 9).

Ce document a été élaboré à partir de données et d'avis d'experts présentés à la consultation organisée par l'OMS et l'ONUSIDA en juillet 2006⁵⁰, d'observations reçues de plus de 150 organisations et particuliers lors d'une consultation en ligne qui a eu lieu entre novembre 2006 et février 2007 et d'autres consultations avec un large éventail d'individus et d'organisations.

3. TER MINOLOGIE

Le présent document utilise la terminologie ci-après.

Conseil et dépistage du VIH à l'initiative du patient (appelé également conseil et dépistage volontaire, CDV) : les individus recherchent activement le conseil et le dépistage du VIH dans un établissement qui propose ces services. Ce processus met en général l'accent sur l'évaluation et la gestion du risque individuel par des conseillers qui abordent des questions comme l'opportunité et les conséquences du test, ainsi que l'élaboration de stratégies individuelles de réduction des risques. Ces dépistages se pratiquent dans un grand nombre de structures, établissements de santé, structures autonomes en dehors des établissements de soins, équipes mobiles, cadre communautaire et même parfois à domicile.

Conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant : dans ce cas, la procédure est recommandée en tant qu'élément habituel des soins médicaux par des soignants aux personnes qui viennent consulter dans les établissements de santé. L'objectif principal est alors de permettre la prise de décisions cliniques spécifiques ou de proposer des services médicaux particuliers qu'il est impossible de fournir si l'on ne connaît pas le statut sérologique du patient.

Dans le cas des personnes qui se présentent dans les établissements de santé *avec des signes ou symptômes d'une maladie que l'on peut attribuer à l'infection à VIH*, les soignants ont la responsabilité élémentaire de recommander le conseil et le dépistage du VIH dans le cadre de la prise en charge systématique du patient. Cela veut dire que ce test devra également être recommandé aux patients atteints de tuberculose et à ceux que l'on soupçonne d'avoir contracté cette maladie.

Cette procédure vise également à identifier les infections à VIH qui ne sont ni connues, ni suspectées chez les personnes fréquentant les établissements de santé. Il arrivera donc, dans certaines situations, que les soignants recommandent le conseil et le dépistage du VIH à des patients *même s'ils ne présentent aucun signe ou symptôme manifeste d'une infection à VIH*. Certains de ces patients pourraient en effet être porteurs du VIH et la connaissance de leur séropositivité leur permettrait alors de bénéficier de services spécifiques de prévention ou de traitement. Dans ces circonstances, le soignant recommande le conseil et le dépistage dans le cadre de l'ensemble des services fournis à tous les patients à chaque consultation dans l'établissement de santé.

Il faut souligner ici que, comme pour le conseil et le dépistage à l'initiative du patient, la procédure reste soumise à l'acceptation du patient et l'on doit observer la «règle des 3 C» : consentement éclairé, conseil et confidentialité.

Des débats substantiels ont eu lieu pour savoir si la procédure du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant devait se dérouler sur le principe du «consentement présumé» ou du «consentement explicite».

Le principe du «consentement explicite» suppose que les patients manifestent explicitement leur accord pour le dépistage une fois qu'ils ont reçu toutes les informations préalables. Le consentement éclairé est alors analogue à celui qui est requis pour des examens spéciaux ou des interventions en milieu médical, comme une biopsie du foie ou une opération chirurgicale.

Lorsqu'on suit le principe du « consentement présumé », le patient doit alors exprimer spécifiquement son refus du dépistage après avoir reçu toutes les informations préalables, s'il ne veut pas subir ce test. Par rapport au consentement éclairé, cette approche est analogue à celle requise pour des examens cliniques courants, comme les radios thoraciques, les analyses sanguines ou des examens non invasifs. Dans la plupart des cas, la recommandation du soignant conduit à l'exécution du test, sauf si le patient refuse.

Conformément à la politique élaborée par l'OMS en 2003⁵¹ et à la déclaration de politique de l'ONUSIDA et l'OMS de 2004 sur les tests VIH⁵², nous avons adopté dans le présent document le principe du « consentement présumé ». Toutefois, nous reconnaissons que, dans certaines circonstances, par exemple dans des établissements de santé qui desservent des populations très vulnérables, on peut envisager l'approche du « consentement explicite ». Que les patients aient à donner un consentement explicite ou à exprimer un refus, le résultat final doit être le même: la décision prise en toute connaissance de cause par le patient d'accepter ou de refuser la recommandation faite par le soignant de procéder au dépistage du VIH. En général, nous avons évité les termes de consentement explicite et de consentement présumé dans la suite du document, pour adopter l'expression « conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant », qui intègre le droit du patient de refuser, en connaissance de cause, cette recommandation du soignant.

Dans ce document, nous n'avons fait aucune distinction selon la finalité du conseil et du dépistage du VIH : « diagnostic » (c'est-à-dire pour des patients présentant des symptômes en relation avec le VIH) ou établissement du statut sérologique chez des patients qui pourraient avoir été infectés mais n'ont aucun symptôme. Des termes tels que « criblage », « offre systématique » ou « recommandation systématique »⁵³, ont été également évités au bénéfice de « conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant ».

Les conseils formulés dans le présent document visent à aider le soignant à déterminer s'il doit recommander à ses patients le conseil et le dépistage du VIH et dans quelles circonstances.

Le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant ne doivent être ni un impératif, ni une obligation. L'OMS et l'ONUSIDA désapprouvent le dépistage impératif ou obligatoire des personnes pour des raisons de santé publique.

4. RECOMMANDATIONS POUR LE CONSEIL ET LE DÉPISTAGE DU VIH À L'INITIATIVE DU SOIGNANT DANS LES DIFFÉRENTS TYPES D'ÉPIDÉMIES

Dans le présent document, les orientations relatives à l'instauration du conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant sont classées selon le type d'épidémie (encadré 1)⁵⁴.

Encadré 1 : Typologie des épidémies de VIH

L'OMS et l'ONUSIDA distinguent différents types d'épidémies de VIH :

1. Épidémies peu étendues

Bien que le VIH ait pu être présent depuis de nombreuses années, sa propagation n'a jamais atteint un niveau substantiel dans aucun sous-groupe de la population. Les infections enregistrées se limitent pour la plus grande part à des personnes ayant des comportements à risque : professionnel(le)s du sexe, consommateurs de drogues injectables, hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Indicateur indirect : la prévalence du VIH n'a jamais dépassé 5% dans aucun sous-groupe particulier de la population.

2. Épidémies concentrées

Le VIH s'est propagé rapidement dans un sous-groupe particulier de la population, mais il ne s'est pas implanté solidement dans la population générale. Ce niveau épidémique révèle l'existence d'un réseau actif de comportements à risque dans le groupe concerné. L'évolution de l'épidémie est déterminée par la fréquence et la nature des liens entre les groupes très infectés et la population générale. Indicateur indirect : la prévalence du VIH dépasse systématiquement 5% dans au moins un sous-groupe donné de la population mais elle reste inférieure à 1% chez les femmes enceintes dans les zones urbaines.

3. Épidémies généralisées

Dans cette situation, le VIH est solidement implanté dans la population générale. Bien que les sous-groupes exposés à un risque élevé puissent contribuer de manière disproportionnée à la propagation du virus, le tissu des relations sexuelles dans l'ensemble de la population est suffisant pour maintenir l'épidémie, indépendamment des groupes à risque. Indicateur indirect : la prévalence du VIH est systématiquement supérieure à 1% chez les femmes enceintes.

4.1 Conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans tous les types d'épidémie

4.1.1 Patients symptomatiques

Une personne qui se rend dans un établissement de santé en raison de symptômes ou de signes d'une maladie souhaite obtenir un diagnostic, un traitement et des soins. Quel que soit le type d'épidémie, les soignants doivent, dans le cadre des soins courants, recommander un dépistage à tous les adultes, les adolescents ou les enfants qui présentent des signes, des symptômes ou des pathologies évoquant une infection à VIH, par exemple, mais pas seulement, la tuberculose et d'autres maladies indiquées dans le système OMS de détermination du stade clinique d'infection à VIH⁵⁵. D'autres maux courants de moindre importance peuvent aussi faire suspecter une infection à VIH.

Bien que le dépistage du VIH soit recommandé le plus souvent à l'occasion de soins médicaux en phase aiguë, on peut aussi rencontrer des patients présentant des symptômes ou une pathologie évoquant une infection à VIH lors de soins dispensés dans d'autres circonstances. La bonne pratique médicale exige de toujours recommander un dépistage à un patient présentant des symptômes évocateurs d'une infection à VIH.

4.1.2 Enfants symptomatiques ou exposés au VIH

La détermination du statut sérologique des enfants exposés au VIH pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement est un élément important du suivi dans le cadre des programmes de prévention de la transmission mère-enfant (PTME). Il faut donc recommander systématiquement, dans le cadre du suivi médical, un dépistage pour tous les nourrissons exposés au VIH ou nés de mères séropositives.

Pendant les 18 premiers mois de la vie, le dépistage repose sur la détection du virus ou de ses produits (dépistage virologique) car le dépistage des anticorps anti-VIH ne permet pas toujours de confirmer de manière fiable le statut sérologique du nourrisson. Les méthodes virologiques sont généralement plus coûteuses et techniquement plus complexes à mettre en œuvre.

Dans les situations d'épidémie généralisée, il faut aussi recommander un dépistage en cas de retard de croissance ou de malnutrition car, chez l'enfant, l'immunodéficience s'aggrave rapidement et les signes cliniques sont aspécifiques; dans d'autres types d'épidémies, on peut aussi envisager un dépistage dans certains cas, par exemple lorsqu'un enfant malnutri ne répond pas correctement à la thérapie nutritionnelle.

Les algorithmes cliniques, tels que celui utilisé pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)⁵⁶, peuvent servir à orienter les décisions sur le dépistage du VIH chez l'enfant.

4.1.3 Circoncision et prévention du VIH

Des études ont récemment révélé que la circoncision permettait de prévenir jusqu'à 60% des transmissions du VIH de la femme à l'homme. L'OMS et l'ONUSIDA ont donc publié une série de recommandations préconisant la circoncision comme moyen de prévention⁵⁷, principalement destinées aux régions à forte prévalence où les hommes circoncis sont peu nombreux. Suivant ces recommandations, un dépistage du VIH doit être recommandé à tous les hommes souhaitant se faire circoncire pour prévenir l'infection.

4.2 Conseil et dépistage à l'initiative du soignant dans les épidémies généralisées

4.2.1 Mise en œuvre dans tous les établissements de santé

En cas d'épidémie généralisée, lorsque les conditions sont propices et les ressources suffisantes, notamment quand les normes préconisées pour la prévention, les soins et le soutien concernant le VIH sont appliquées (voir section 5), les soignants doivent recommander un dépistage du VIH à tous les adultes et adolescents examinés dans les établissements de santé, médicaux ou chirurgicaux, publics ou privés, hospitaliers ou ambulatoires, mobiles ou de proximité.

Que le patient présente ou non des signes et des symptômes d'infection à VIH et quelle que soit la raison de sa venue dans l'établissement de santé, le soignant doit lui recommander de se faire dépister, dans le cadre des soins courants.

4.2.2 Priorités pour la mise en œuvre dans une sélection d'établissements de santé

Dans les épidémies généralisées, en raison du manque de ressources et de moyens, l'instauration du conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant doit parfois se faire progressivement, en premier lieu pour certains établissements de soins ou groupes de patients considérés comme prioritaires. Ces établissements ou groupes de patients doivent être choisis en fonction de l'évaluation de la situation épidémiologique et sociale locale. Les principales étapes de cette évaluation sont exposées à la section 8.

Dans les situations d'épidémie généralisée, le conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant doit être mis en place en priorité dans les établissements suivants :

- **Établissements de soins hospitaliers et ambulatoires, y compris les services de prise en charge de la tuberculose**

Dans les épidémies généralisées, les services hospitaliers comptent une forte proportion de patients porteurs du VIH, qui devraient bénéficier d'un diagnostic, d'un traitement et de soins. Une immunodéficience sévère associée au VIH n'entraînant pas toujours des symptômes ou des signes cliniques évidents, en cas d'épidémie généralisée, un dépistage devrait être recommandé à tous les patients hospitalisés, notamment ceux chez qui une tuberculose est suspectée ou a été diagnostiquée, ou qui sont traités pour cette maladie.

Bien que les patients pris en charge en ambulatoire soient généralement moins gravement malades que ceux qui sont hospitalisés, le dépistage du VIH doit aussi leur être recommandé en cas d'épidémie généralisée.

- **Services de santé périnatale (soins prénatals, accouchement et postpartum)**

Un dépistage du VIH effectué dès que possible au cours de la grossesse permet à la femme enceinte de bénéficier de moyens de prévention, d'un traitement et de soins, ainsi que d'interventions susceptibles de réduire le risque de transmission du virus à l'enfant.

Une proportion non négligeable de femmes qui se présentent dans un établissement de soins pour accoucher n'a pas bénéficié d'un dépistage du VIH pendant la période prénatale. Bien que la prophylaxie antirétrovirale permettant de prévenir la transmission mère-enfant soit surtout efficace lorsqu'elle est administrée pendant la grossesse, le travail et juste après l'accouchement, on a aussi constaté qu'elle gardait une certaine efficacité lorsqu'elle n'était instaurée qu'au moment du travail et/ou chez le nourrisson peu après la naissance. Un dépistage du VIH doit donc être recommandé, pendant la phase de travail ou, à défaut, dès que possible après l'accouchement, à toutes les femmes dont on ignore le statut sérologique⁵⁸.

S'il n'a pas été effectué auparavant, le dépistage du VIH sera aussi recommandé pendant le postpartum, de préférence au début, pour permettre à la mère et à l'enfant de bénéficier de services de prise en charge du VIH, notamment de conseils nutritionnels et de soutien⁵⁹, et d'un diagnostic pour le nourrisson, si nécessaire.

La prophylaxie antirétrovirale et les conseils nutritionnels pour le nourrisson, importants pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH, doivent être proposés dans le cadre des soins courants aux femmes enceintes chez qui le dépistage à l'initiative du soignant a révélé une séropositivité. Pour que les interventions puissent être mises en œuvre sans délai, il faut aussi disposer de tests de dépistage rapide.

Il faut absolument que les femmes séronégatives bénéficient immédiatement du soutien nécessaire afin de ne pas contracter l'infection à VIH au cours de la grossesse et de l'allaitement, car en cas de séroconversion pendant ces périodes, le risque de transmission à l'enfant est élevé.

Les femmes chez qui une séropositivité a été diagnostiquée doivent être encouragées à proposer à leur partenaire de se faire dépister. Le dépistage peut être effectué dans l'établissement de santé, par exemple à la suite d'une consultation en couple, ou le partenaire peut être adressé à des services proposant le dépistage du VIH à l'initiative du patient.

- **Services de prise en charge des IST**

Dans les situations d'épidémie généralisée, le VIH se transmet principalement à l'occasion de rapports hétérosexuels et la présence d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) peut accroître le risque d'infection ou de transmission du virus. Les établissements qui prennent en charge les IST jouent un rôle fondamental en permettant à davantage d'hommes et de femmes sexuellement actifs de connaître leur statut sérologique et d'avoir accès à des moyens de prévention, à un traitement et à des soins.

En cas d'épidémie généralisée, il faut donc recommander un dépistage du VIH à tous les patients qui se présentent dans un service de santé génésique ou de prise en charge des IST, et à tous les malades atteints d'une IST, quel que soit le service de santé auquel ils s'adressent.

Il faut inciter les patients chez qui une IST a été diagnostiquée à proposer à leur partenaire de faire un dépistage du VIH. Le dépistage peut être effectué dans l'établissement de santé, par exemple après une consultation en couple, ou le partenaire peut être adressé à des services de dépistage à l'initiative du patient.

- **Services de santé destinés aux populations les plus exposées**

Dans tous les types d'épidémie, certaines catégories de la population sont plus exposées que d'autres au VIH, par exemple les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, les consommateurs de drogues injectables, les hommes qui ont des rapports avec d'autres hommes, les prisonniers, les migrants et les réfugiés. Ces populations sont souvent en plus mauvaise santé et ont plus difficilement accès à des services de santé de qualité que les autres.

Il faut faire en sorte que ces groupes puissent accéder et recourir davantage au dépistage du VIH, en particulier en adoptant des approches novatrices laissant au patient l'initiative du dépistage, par

exemple dans des structures mobiles ou dans d'autres contextes communautaires, dans le cadre de programmes de lutte contre les traumatismes ou d'autres types d'action visant les populations isolées. Les prisonniers doivent pouvoir se faire dépister à tout moment pendant leur détention, sans y être contraints. Il faut tenter d'améliorer l'accès et le recours des populations les plus exposées au dépistage du VIH en favorisant la mobilisation sociale et les démarches pédagogiques visant à encourager les gens à connaître leur statut sérologique.

Compte tenu de leurs besoins particuliers, les populations les plus exposées s'adresseront plus probablement à des services de santé spécifiques, comme les soins d'urgence, la prise en charge des IST ou le traitement des toxicodépendances. Il faut donc envisager de recommander un dépistage du VIH à tous les patients qui se rendent dans ces établissements ou ont recours à ces services, si cela est approprié sur le plan épidémiologique et socialement acceptable. Dans ces situations, les projets d'instauration du dépistage à l'initiative du soignant doivent avant tout s'appuyer sur la mise en place d'un cadre social, politique et juridique propice, comme expliqué à la section 5.2.

Lorsqu'on leur annonce, à la suite d'un dépistage, qu'elles sont séropositives, les personnes les plus exposées à la transmission du VIH courent plus que d'autres le risque de subir des pressions, d'être victimes de discrimination ou de violence, d'être abandonnées ou incarcérées, ou encore de faire face à d'autres difficultés. Les soignants devront généralement bénéficier d'une formation et d'un encadrement spéciaux pour apprendre comment recueillir le consentement éclairé de ces personnes et respecter la confidentialité des informations qu'elles leur confient. Il convient peut-être d'aborder aussi le droit de refuser le test, les risques et les avantages du dépistage et de la révélation du résultat, et le soutien social nécessaire. Le consentement éclairé explicite mérite d'être envisagé pour les populations très vulnérables.

La participation des populations les plus exposées et de ceux qui les défendent à la mise au point des protocoles de conseil et de dépistage du VIH, et au suivi et à l'évaluation des programmes de dépistage à l'initiative du soignant permet de s'assurer que les pratiques les plus adaptées et les plus acceptables seront appliquées.

Les services de santé doivent aussi être certains de disposer de mécanismes d'orientation des patients vers les services de prévention, de soins et de soutien offerts par les organisations communautaires et les groupes de la société civile⁶⁰.

- **Services destinés aux enfants de moins de 10 ans**

En cas d'épidémie généralisée, une proportion importante d'enfants examinés dans les établissements de santé est infectée par le VIH. Chez l'enfant, l'infection progresse plus vite que chez l'adulte et les signes et les symptômes sont souvent aspécifiques⁶¹. S'ils n'ont pas accès aux soins, au moins un quart des enfants porteurs du VIH meurent avant leur premier anniversaire et la plupart avant l'âge de cinq ans. Les traitements antirétroviraux et la prophylaxie au cotrimoxazole réduisent nettement la morbidité et la mortalité, ce qui montre bien l'importance d'un diagnostic précoce de l'infection à VIH chez l'enfant.

Dans les situations d'épidémie généralisée, il faut donc recommander un dépistage du VIH pour tous les enfants examinés dans les services pédiatriques.

L'obtention du consentement éclairé de l'enfant soulève des questions particulières (voir section 6).

Chez le nourrisson, le dépistage des anticorps n'indique pas toujours de manière fiable le statut sérologique car un enfant né de mère séropositive peut conserver des anticorps anti-VIH maternels au moins jusqu'à l'âge d'un an. Jusqu'à l'âge de 18 mois, il faut donc, si possible, recourir à des méthodes de dépistage virologique (voir section 7).

Les enfants étant généralement accompagnés dans les services pédiatriques par leurs parents, on pourra recommander un dépistage à ces derniers ainsi qu'aux frères et sœurs, par exemple dans le cadre d'une consultation de couple ou familiale dans l'établissement, ou adresser la famille à des services de conseil et dépistage du VIH à l'initiative du patient. Le dépistage et le conseil sont particulièrement importants pour les mères d'enfants infectés par le VIH et pour celles qui n'ont pas bénéficié d'un dépistage dans le cadre de la PTME.

- **Services de chirurgie**

Il n'est pas justifié de pratiquer un dépistage du VIH dans le seul but de « lutter contre les infections » car il faut prendre les mêmes précautions pour tous les patients, quel que soit leur statut sérologique. Le résultat du dépistage ne doit pas être utilisé pour refuser de pratiquer un acte chirurgical ou d'offrir des services cliniques indiqués.

Bien que la prévalence du VIH soit généralement plus faible chez les patients des services de chirurgie que chez les autres⁶², il faut néanmoins recommander un dépistage à tous les patients consultant ces services en cas d'épidémie généralisée. Comme pour tous les autres patients, il s'agit de faciliter la détection précoce du VIH et de dispenser des soins et un soutien de la meilleure qualité possible.

Le dépistage doit être recommandé à tous les hommes souhaitant se faire circoncire pour prévenir une infection à VIH.

- **Services destinés aux adolescents**

Dans les situations d'épidémie généralisée, il existe un fort risque pour les adolescents (10 -19 ans), en particulier les jeunes filles, de contracter une infection à VIH. À l'occasion d'une consultation, le soignant peut donner à l'adolescent des informations et des conseils en matière de santé sexuelle et génésique. En cas d'épidémie généralisée, il est donc recommandé d'instaurer le conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant en priorité dans les services de santé destinés aux adolescents.

Chez l'adolescent, il faut prêter une attention particulière au consentement éclairé (voir section 6).

- **Services de santé génésique (y compris la planification familiale)**

Une femme qui connaît son statut sérologique est mieux à même de décider en toute connaissance de cause du nombre, de l'espace et du rythme de ses grossesses, et de choisir d'utiliser ou non des méthodes contraceptives. En cas d'épidémie généralisée, il est donc recommandé de proposer le conseil et dépistage à l'initiative du soignant dans le cadre des services de santé génésique.

Il faut inciter les femmes recevant le diagnostic de séropositivité à proposer à leur partenaire de se faire dépister. Le dépistage peut être effectué dans l'établissement de santé, par exemple après une consultation de couple, ou le partenaire peut être adressé à des services de conseil et dépistage du VIH à l'initiative du patient.

4.3 Conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les épidémies concentrées ou peu étendues

4.3.1 Priorité aux patients symptomatiques

En cas d'épidémie peu étendue ou concentrée, les soignants ne doivent **pas** recommander le dépistage du VIH à toutes les personnes qui se rendent dans un établissement de santé car, le plus souvent, le risque d'exposition au virus est faible. Il est préférable de réserver le dépistage aux adultes, adolescents et enfants qui viennent consulter et présentent des *signes et des symptômes évoquant une infection à VIH*, notamment une tuberculose, et aux enfants dont on sait qu'ils ont été exposés au VIH pendant la période périnatale.

Si les données montrent que la prévalence du VIH est très faible chez les patients atteints de tuberculose, le dépistage pourra cesser d'être prioritaire dans ce groupe⁶³.

4.3.2 Options pour l'instauration du conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans une sélection d'établissements de santé

Même si dans un pays la prévalence du VIH est globalement faible, celle-ci et/ou le risque de transmission peuvent être plus élevés dans certaines régions, dans certaines populations ou parmi les patients qui consultent certains établissements de soins. Dans les situations d'épidémie concentrée ou peu étendue, les décisions relatives à l'instauration du conseil et dépistage à l'initiative du soignant dans certains établissements de santé et à la marche à suivre doivent se fonder sur une évaluation de la situation épidémiologique et sociale. Selon le résultat de cette évaluation, on peut envisager d'instaurer le dépistage dans les établissements ou services ci-après :

- **Services de prise en charge des IST**

Mêmes observations que pour les épidémies généralisées (voir section 4.2.2, page 23).

- **Services de santé destinés aux populations les plus exposées**

Mêmes observations que pour les épidémies généralisées (voir section 4.2.2, page 23).

- **Services de santé périnatale (soins prénatals, accouchement et postpartum)**

Plusieurs pays touchés par des épidémies concentrées ou peu étendues et qui souhaitent éliminer la transmission mère-enfant du VIH ont instauré le conseil et dépistage à l'initiative du soignant pour toutes les femmes enceintes.

D'autres pays, en particulier ceux qui disposent de ressources très limitées, n'ont pas mis en place de programmes de PTME et privilégient des priorités différentes. Dans les épidémies concentrées ou peu étendues, les décisions relatives à l'instauration du conseil et dépistage à l'initiative du soignant dans le cadre de ces services doivent se fonder sur une évaluation des ressources locales et de la situation épidémiologique et sociale. Un dépistage du VIH peut être indiqué pour les femmes enceintes considérées comme davantage exposées au virus, selon des critères nationaux ou locaux.

Tous les pays devraient cependant tenir compte de la transmission mère-enfant dans leurs plans nationaux de lutte contre le VIH/SIDA, même si le programme de PTME ne peut être mis en œuvre que partiellement dans un premier temps. Les femmes enceintes doivent aussi être informées des possibilités de PTME et de dépistage à l'occasion de séances d'information organisées pendant la période prénatale.

En cas d'épidémie peu étendue ou concentrée, les soignants ne doivent **pas** recommander le dépistage du VIH pour tous les enfants examinés dans les services pédiatriques. Il est préférable de réserver le dépistage aux enfants qui présentent des symptômes, des signes ou des pathologies évoquant une infection à VIH ou à ceux qui ont été exposés au virus.

4.4 Récapitulatif des recommandations

QUELLE QUE SOIT LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Le conseil et le dépistage du VIH seront recommandés dans tous les établissements de santé aux :

- *Adultes, adolescents ou enfants se présentant en milieu clinique avec des signes, des symptômes ou une pathologie évoquant une infection à VIH, dont la tuberculose*.*
- *Enfants exposés au VIH ou nés d'une mère séropositive.*
- *Enfants n'ayant pas une croissance normale, dénutris ou malnutris, en situation d'épidémie généralisée, qui ne réagissent pas à une thérapie nutritionnelle adaptée.*
- *Hommes demandant à être circoncis comme mesure de prévention du VIH.*

** Si les données montrent que la prévalence du VIH chez les patients atteints de tuberculose est très faible, le dépistage du VIH pourra cesser d'être prioritaire dans ce groupe.*

EN SITUATION D'ÉPIDÉMIE GÉNÉRALISÉE

Le dépistage du VIH sera recommandé à tous les patients dans tous les établissements de santé, qu'il s'agisse de services médicaux ou chirurgicaux, publics ou privés, hospitaliers ou ambulatoires, mobiles ou de proximité.

Dans le cas d'une mise en œuvre par étapes du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant, on pourra définir un ordre approximatif de priorité en fonction de la situation locale :

- *établissements hospitaliers et ambulatoires, y compris les services de prise en charge de la tuberculose ;*
- *services de soins prénatals, obstétricaux et postnatals ;*
- *services de prise en charge des IST ;*
- *services destinés aux populations les plus exposées ;*
- *services destinés aux enfants de moins de 10 ans ;*
- *services destinés aux adolescents ;*
- *services de chirurgie ;*
- *services de santé génésique, y compris la planification familiale.*

ÉPIDÉMIE CONCENTRÉE OU PEU ÉTENDUE

On envisagera le dépistage à l'initiative du soignant dans les structures supplémentaires suivantes :

- *Services de prise en charge des IST*
- *Services destinés aux populations les plus exposées*
- *Services de soins prénatals, obstétricaux et postnatals*
- *Services de prise en charge de la tuberculose*

5. INSTAURER DES CONDITIONS PROPICES

L'instauration du dépistage du VIH à l'initiative du soignant a pour but de favoriser autant que possible la santé et le bien-être des patients, dans la mesure où il permet de détecter précocement le virus, de prévenir sa transmission et où le patient peut ainsi bénéficier des moyens de prévention, du traitement et des soins et du soutien appropriés. Le choix de cette formule doit s'accompagner de mesures pour empêcher le dépistage obligatoire, la révélation non autorisée du statut sérologique et éviter les conséquences négatives que peut avoir, pour le patient, la connaissance de son statut. En effet, il peut arriver que le patient soit en butte à une attitude discriminatoire de la part des soignants, ou qu'il doive faire face à une charge financière associée au dépistage et/ou à la révélation non autorisée de son statut sérologique, avec pour conséquences des actes de discrimination et de violence. Lorsque leur statut sérologique est révélé, les femmes sont plus exposées que les hommes au risque de discrimination, de violence, d'abandon ou de marginalisation. Bien qu'une synthèse des études menées dans les pays en développement sur la révélation du statut sérologique ait montré que dans la plupart des cas, celle-ci avait un effet positif⁶⁴, elle entraîne aussi parfois des actes de violence, et il convient donc de prendre des mesures préventives⁶⁵.

L'issue est généralement plus positive lorsque le dépistage est confidentiel, effectué avec le consentement éclairé du patient et s'accompagne de conseils, lorsque le personnel est correctement formé, que la personne est adressée après le dépistage aux services de suivi compétents et qu'il existe un cadre social, politique et juridique adéquat pour prévenir la discrimination.

5.1 Accompagnement recommandé

Le dépistage du VIH à l'initiative du soignant doit s'accompagner d'un ensemble recommandé de moyens de prévention, de traitements, de soins et de soutien, tel qu'indiqué au tableau 1. Il n'est pas indispensable que cet accompagnement s'effectue dans l'établissement où le dépistage a été effectué mais le patient doit pouvoir être orienté vers des services compétents au niveau local.

Bien que les traitements antirétroviraux soient plus accessibles qu'auparavant, dans bien des endroits, ils ne sont toujours pas disponibles. Les soins et le soutien énumérés au tableau 1 peuvent cependant être extrêmement bénéfiques lorsqu'une séropositivité a été diagnostiquée. L'accès aux traitements antirétroviraux ne doit pas être une condition impérative pour mettre en place le conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant mais on doit pouvoir au moins raisonnablement espérer que les patients pourront en bénéficier, dans le cadre d'un plan national tendant à l'accès universel au traitement antirétroviral.

La prophylaxie antirétrovirale et les conseils relatifs à l'alimentation du nourrisson sont des moyens importants de prévenir la transmission mère-enfant. Il faut les proposer, dans le cadre des soins courants, aux femmes enceintes chez qui le dépistage à l'initiative du soignant a révélé une séropositivité.

Dans de nombreux établissements disposant de ressources limitées, il n'est parfois pas nécessaire ou pas possible d'offrir des services de prévention à toutes les personnes pour qui le dépistage s'est révélé négatif mais, dans bien des cas, celles-ci peuvent être adressées à des services compétents, communautaires ou autres.

Tableau 1: Accompagnement recommandé lors de l'instauration du conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé

- **Information avant le dépistage en séance individuelle ou en groupe**
- **Prévention de base pour les personnes séronégatives :**
 - conseils en matière de prévention pour les individus et les couples, et informations sur les services de prévention après le dépistage ;
 - distribution de préservatifs masculins et féminins et promotion de leur utilisation ;
 - distribution d'aiguilles et de seringues et autres interventions à visée préventive pour les consommateurs de drogues injectables ;
 - prophylaxie post-exposition, le cas échéant.
- **Prévention de base pour les personnes séropositives :**
 - consultation individuelle après le dépistage avec un soignant qualifié, au cours de laquelle le patient est adressé aux services de prévention, de soins et de traitement dont il a besoin ;
 - soutien pour la révélation du statut au partenaire et consultations de couple ;
 - conseils et dépistage du VIH pour les partenaires et les enfants ;
 - conseils concernant les pratiques sexuelles à moindre risque et la réduction des risques, distribution de préservatifs masculins et féminins, et promotion de leur utilisation ;
 - distribution d'aiguilles et de seringues et autres interventions à visée préventive pour les consommateurs de drogues injectables ;
 - interventions visant à prévenir la transmission mère-enfant, y compris la prophylaxie antirétrovirale ;
 - conseils concernant les services de santé génésique et la planification familiale et accès aux méthodes contraceptives.
- **Soins et soutien de base pour les personnes séropositives :**
 - éducation, soutien psychosocial et soutien par des pairs pour la prise en charge de l'infection à VIH ;
 - examen clinique périodique et détermination du stade clinique ;
 - prise en charge et traitement des infections opportunistes courantes ;
 - prophylaxie au cotrimoxazole ;
 - dépistage et traitement de la tuberculose, si indiqué, et traitement préventif, le cas échéant⁶⁶ ;
 - prévention et traitement du paludisme, le cas échéant ;
 - prise en charge et traitement des autres IST
 - soins palliatifs et traitement symptomatique ;
 - conseils et soutien concernant d'autres mesures de prévention, par exemple la salubrité de l'eau de boisson ;
 - conseils en matière de nutrition ;
 - conseils sur l'alimentation du nourrisson ;
 - traitement antirétroviral, si disponible.

5.2 Cadre social, politique et juridique favorable

Il faut s'assurer qu'il existe un cadre social, politique et juridique favorable pour que les patients tirent du conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant le maximum d'avantages en subissant le minimum d'inconvénients.

5.2.1 Éléments fondamentaux

Le cadre social, politique et juridique destiné à soutenir l'instauration du conseil et dépistage à l'initiative du soignant dans les établissements de santé doit comporter les éléments suivants :

- **Préparation de la communauté et mobilisation sociale**

Il faut organiser des campagnes d'information pour sensibiliser le grand public au VIH/SIDA, défendre les droits des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA, démontrer les avantages du dépistage en termes de connaissance et de révélation du statut sérologique et indiquer quels sont les moyens de prévention, les soins et le soutien disponibles. Les personnes atteintes de VIH/SIDA et les communautés touchées doivent participer à l'élaboration, au déroulement et au suivi de ces campagnes.

- **Ressources et infrastructures suffisantes**

Les décideurs et les planificateurs doivent prévoir quelles seront les ressources supplémentaires nécessaires à l'instauration du conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé, notamment en ce qui concerne la formation, l'infrastructure clinique et l'achat de fournitures médicales (kits de dépistage et autres).

L'OMS et l'ONUSIDA recommandent que, dans la mesure du possible, le dépistage à l'initiative du soignant n'entraîne pas de coût supplémentaire pour le patient. Ce mode de dépistage ne doit pas être financé au détriment d'autres services nécessaires, notamment le dépistage à l'initiative du patient.

Il faut en outre disposer de structures adéquates, y compris de salles de consultation et de meubles permettant de conserver les dossiers sous clé. Il faudra peut-être dégager aussi des ressources pour aider les organisations communautaires à assurer le suivi, le soutien et d'autres services.

- **Formation des soignants**

Lors de l'instauration du conseil et du dépistage à l'initiative du soignant, il faudra probablement des investissements importants en faveur de la formation et de l'encadrement continu des soignants et des administrateurs.

Dans certains établissements de santé, on pourra surmonter la pénurie chronique de personnel en redistribuant les tâches des soignants. Il faut parfois, pour cela, trouver du personnel ayant des compétences de base suffisantes, susceptible d'être formé et rémunéré pour effectuer des tests de dépistage et dispenser des conseils, sous la responsabilité de soignants plus spécialisés. Le personnel doté de compétences de base suffisantes peut être recruté parmi les personnes qui vivent avec le VIH/SIDA, dans les organisations qui prennent en charge le SIDA, dans les autres organisations communautaires et dans les groupes de la société civile. Dans certaines situations, il faut parfois

modifier les lois et réglementations locales pour pouvoir autoriser de nouvelles catégories de soignants à dépister le VIH et à dispenser des conseils.

Les programmes de formation du personnel qui sera chargé d'effectuer les dépistages et de celui en contact avec les patients dans les services de santé devront être mis au point et appliqués bien avant que le dépistage à l'initiative du soignant soit instauré. Cette formation doit être basée sur des protocoles concernant précisément les points ci-après.

– *Obtention du consentement éclairé dans le respect de l'éthique*

Pour l'obtention du consentement éclairé, les soignants doivent être orientés et encadrés. Les patients doivent être suffisamment informés pour être en mesure de décider personnellement et librement d'accepter ou non le test et ils doivent avoir explicitement la possibilité de refuser, sans contrainte, un dépistage du VIH qui leur est recommandé. Pour plus d'informations sur l'obtention du consentement éclairé, voir la section 6.

– *Protection de la confidentialité et respect de la vie privée*

Au cours de la formation, il faut insister sur l'obligation des soignants à respecter la confidentialité des résultats. Le fait que le patient a donné librement son consentement éclairé et le résultat du test de dépistage doivent être mentionnés dans le dossier du patient. Le fait de ne pas mentionner les résultats dans le dossier ou de ne pas les communiquer aux autres soignants qui prennent en charge le patient peut compromettre les soins.

Les dossiers médicaux, y compris les résultats, ne doivent être communiqués qu'aux professionnels de la santé qui prennent directement en charge le patient. Ce principe s'applique aux communications orales et écrites. Il faut expliquer aux patients comment conserver correctement les documents médicaux en leur possession, tels que les fiches de soins prénatals et les fiches de santé de l'enfant.

Il faut aussi garantir le respect de la vie privée. Ainsi, le consentement éclairé doit-il être sollicité et obtenu à l'abri des regards et, pour un patient séropositif, la consultation suivant le dépistage et la communication des informations sur le statut sérologique doivent avoir lieu à l'écart des autres patients ou du personnel qui n'est pas concerné.

Les personnes chargées de gérer les dossiers médicaux devront peut-être suivre une formation spécifique sur la bonne gestion des dossiers dans les établissements de soins qui pratiquent le dépistage du VIH et le conseil.

– *Lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans l'établissement de soins*

Les personnes porteuses du VIH ou soupçonnées de l'être se plaignent souvent de mauvais traitements ou de discrimination de la part des soignants. L'instauration du conseil et dépistage à l'initiative du soignant est l'occasion de sensibiliser le personnel médical et administratif aux questions relatives au VIH/SIDA et aux droits de l'homme et de mieux lui faire respecter les bonnes pratiques.

Le personnel au contact des patients doit être spécialement formé et encadré pour répondre aux besoins des personnes qui vivent avec le VIH ou qui y sont exposées. Il faut toujours traiter les patients décemment, avec respect et sans faire de discrimination sur la base de leur statut sérologique ou d'un comportement à risque, et les aider à faire face aux éventuelles conséquences sociales négatives du dépistage. Il est vivement recommandé de faire participer les personnes vivant avec le VIH, les membres des populations exposées et leurs défenseurs aux séances de formation des soignants sur ces questions.

– *Orientation des patients*

Les soignants devront suivre une formation pour savoir où adresser les patients, leurs partenaires et leurs familles et quels sont les services disponibles sur le plan local pour assurer le suivi et le soutien, et notamment savoir s'il existe des services de dépistage à l'initiative du patient.

- **Codes de conduite et voies de recours**

Les établissements de santé doivent élaborer des codes de conduite pour les soignants et mettre en place des voies de recours pour les patients dont les droits n'ont pas été respectés. Il faut envisager de nommer un médiateur indépendant ou un défenseur du patient que l'on pourra informer de la violation des protocoles de conseil ou des codes de conduite.

- **Système solide de suivi et d'évaluation**

Il faut mettre en place un système permettant de contrôler l'instauration et l'extension du conseil et dépistage à l'initiative du soignant. Ce point est abordé plus en détail à la section 9.

5.2.2 Autres mesures

Bien que les mesures indiquées ci-après ne soient pas toujours indispensables à l'instauration du dépistage du VIH à l'initiative du soignant, elles doivent être envisagées dans le cadre de plans nationaux visant à généraliser le dépistage et à atteindre l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien associés au VIH :

- **Mesures sociales et juridiques**

Pour que le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant soient d'une qualité optimale à long terme, il faut mettre en place, appliquer et suivre des lois et des politiques permettant de lutter contre les discriminations fondées sur le sexe, le statut sérologique et les conduites à risque. Il faut notamment que ces textes prévoient des protections juridiques et sociales de nature à renforcer le respect de la vie privée, l'autonomie et l'égalité des sexes. L'application de ces mesures sociales et juridiques de portée générale incombe aux différentes parties prenantes, notamment aux parlementaires, aux ministres de l'intérieur, de la santé et de la justice et aux groupes de la société civile⁶⁷, ce qui montre bien que plusieurs secteurs doivent s'engager à élargir le conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant.

- **Révélation volontaire du statut sérologique, notification au partenaire et conseil dans le respect de l'éthique**

L'ONUSIDA et l'OMS encouragent la révélation volontaire du statut sérologique, la notification au partenaire et le conseil dans le respect de l'éthique. Cette démarche peut nécessiter d'instaurer des politiques nationales et une législation de santé publique autorisant la notification au partenaire dans des circonstances clairement définies et de promouvoir des codes d'éthique professionnelle pour les soignants et les travailleurs sociaux. Ces questions, qui dépassent la portée du présent document, sont traitées en détail dans la publication de l'ONUSIDA et de l'OMS intitulée *L'épidémie de VIH/SIDA : en parler ouvertement – Principes directeurs pour la divulgation à des fins bénéfiques, le conseil au partenaire dans le respect de l'éthique et l'emploi approprié de la déclaration des cas d'infection à VIH*⁶⁸.

6. PROCESSUS ET ÉLÉMENTS

6.1 Informations avant le test et consentement éclairé

Dans le cadre du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du patient, les prestataires de services organisent des séances d'information et une évaluation du risque en insistant sur les conseils de prévention avant le test comme après la remise des résultats.

Dans de nombreux établissements de santé, les soignants n'ont pas le temps de procéder à une évaluation détaillée du risque. Comme le dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé a pour objectif de détecter en temps utile l'infection et de donner accès aux services de soins, on peut simplifier les informations avant le test. L'évaluation individuelle et les plans de réduction des risques par exemple peuvent être couverts pendant les séances après le test, plutôt qu'avant, et adaptés au statut sérologique du patient.

En fonction des conditions locales, les informations avant le test peuvent être données sous la forme de séances individuelles ou de discussions de groupe. Le consentement éclairé doit toujours être obtenu de manière individuelle, en privé et en présence d'un soignant.

6.1.1 Minimum d'informations à fournir pour obtenir le consentement éclairé

Lorsqu'il recommande le conseil et le dépistage du VIH à un patient, le soignant doit lui fournir au minimum les informations suivantes :

- les raisons motivant la recommandation de procéder au dépistage du VIH ;
- les avantages du dépistage du point de vue clinique et préventif, ainsi que les risques potentiels, discrimination, abandon ou actes de violence par exemple ;
- les services disponibles en cas de résultat positif ou négatif, y compris l'accès aux traitements antirétroviraux ;
- le fait que le résultat sera traité de manière confidentielle et ne sera communiqué à personne d'autre que les soignants impliqués directement dans la prestation du service au patient ;
- le fait que le patient a le droit de refuser le test et que celui-ci sera fait à moins que le patient n'exerce ce droit ;
- le fait que le refus du dépistage du VIH n'influera pas sur l'accès du patient à des services qui ne sont pas conditionnés par la connaissance du statut sérologique ;
- dans le cas d'un résultat positif, une incitation à révéler cette information aux autres personnes qui ont pu être éventuellement exposées au risque de contracter l'infection à VIH ;
- la possibilité de poser des questions aux soignants.

Il faut également faire connaître aux patients les lois dans les juridictions qui imposent la divulgation du statut sérologique aux partenaires sexuels ou s'injectant des drogues.

Normalement la communication orale suffit pour l'obtention du consentement éclairé. Lorsque des obligations juridiques imposent le consentement écrit, nous encourageons à revoir cette politique.

Il arrive que certains groupes de patients soient plus exposés au dépistage sous la contrainte et à des conséquences négatives d'une divulgation de leur statut sérologique. Face à de tels cas, il pourra être

avisé de prévoir des mesures supplémentaires, par rapport au minimum décrit dans le présent document, pour obtenir le consentement éclairé. Il arrive que le soignant doive particulièrement insister sur la nature volontaire du test et sur le droit du patient de le refuser. Il peut s'avérer utile de discuter davantage avec le patient des risques et des avantages du dépistage du VIH et de la révélation du statut sérologique et de lui donner des informations supplémentaires sur le soutien social qui est à sa disposition.

6.1.2 Informations complémentaires pour les femmes enceintes ou susceptibles de l'être

En plus des points énumérés à la section 6.1.1, les informations préalables pour les femmes enceintes ou susceptibles de le devenir devraient couvrir aussi les points suivants :

- Les risques de transmission du VIH au nourrisson
- Les mesures pouvant être prises pour diminuer la transmission mère-enfant, parmi lesquelles la prophylaxie antirétrovirale et les conseils sur l'alimentation du nourrisson.
- Les avantages d'un diagnostic précoce du VIH pour les nourrissons.

6.1.3 Considérations particulières pour les enfants

Comme le précise la Convention relative aux droits de l'enfant, «l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale» pour toute action concernant les enfants, notamment les décisions prises pour les soins médicaux. Comme pour tous les autres patients, le dépistage du VIH doit toujours servir l'intérêt supérieur de l'enfant et avoir des résultats optimaux pour sa santé. Il faut néanmoins prendre alors en compte des considérations particulières et il pourra s'avérer nécessaire d'élaborer une politique nationale spécifique.

En tant que mineurs, les enfants ne peuvent pas juridiquement donner un consentement éclairé. Ils ont néanmoins le droit d'être associés à toutes les décisions qui influent sur leur vie et de faire connaître leur opinion en tenant compte de leur degré de maturité. Tout devra être fait pour expliquer à l'enfant ce qu'il se passe et obtenir son accord. Il est *indispensable* d'obtenir le consentement éclairé d'un des parents de l'enfant ou de son tuteur.

Quand les enfants sont extrêmement défavorisés, s'ils sont orphelins, abandonnés, s'ils n'ont pas de papiers, s'ils ont survécu à un traumatisme ou s'ils souffrent d'une incapacité mentale ou intellectuelle, ils sont exposés à un risque accru de discrimination et d'exploitation et auront des difficultés à accéder aux soins de santé. On recommandera le conseil et le dépistage du VIH pour ces enfants s'ils présentent les signes d'une maladie en relation avec le VIH ou si la séropositivité de la mère est connue. Comme pour tous les autres patients, ce service ne sera offert que dans le but de donner à l'enfant le traitement, les soins et le soutien qui conviennent.

Quand il n'y a ni parent, ni tuteur légal pour donner le consentement éclairé, les soignants doivent alors chercher à obtenir ce consentement auprès d'une personne (parfois appelée « décideur de substitution ou de remplacement ») légalement habilitée à prendre une décision fondée sur l'intérêt supérieur de l'enfant.

Dans la majorité des cas, l'infection de l'enfant par le VIH a été transmise par la mère et un résultat positif (sérologique ou virologique) indique la plupart du temps une infection de la mère et même, parfois, du père. On recommandera donc le conseil et le dépistage du VIH aux parents et à la fratrie des enfants infectés si possible dans le cadre d'un processus familial ou impliquant le couple. On informera en particulier les mères qu'un test négatif de l'enfant ne signifie pas obligatoirement que sa mère n'est pas infectée par le VIH⁶⁹.

Les soignants doivent être suffisamment bien équipés pour répondre aux besoins des enfants. Les compétences pour le conseil aux enfants ne sont pas les mêmes, par exemple, que pour les adultes ou les adolescents: il faut entre autres avoir la capacité d'évaluer la maturité de l'enfant et d'adapter le langage utilisé.

6.1.4 Considérations particulières pour les adolescents

Dans la plupart des pays, les adolescents ont leurs premières relations sexuelles à un âge médian inférieur à celui de la majorité légale et nombre d'entre eux n'ont pas un accès indépendant aux services de prévention du VIH. En ce qui concerne les informations sur la santé sexuelle et génésique, parmi lesquelles la planification familiale, le Comité des droits de l'enfant a déclaré dans son observation générale n°4 (sur la santé et le développement de l'adolescent) que les gouvernements devaient veiller à ce que les adolescents aient accès à une information suffisante, quel que soit leur statut marital, sans avoir à tenir compte du consentement des parents ou des tuteurs, et éliminer tous les obstacles empêchant l'accès aux services de santé, dont ceux pour la prévention du VIH. Pour ces raisons, l'OMS et l'ONUSIDA invitent les pays à donner aux adolescents un accès indépendant à la prévention du VIH, aux traitements et aux soins, ainsi qu'au soutien.

Il peut arriver, mais ce n'est pas toujours le cas, que le droit national ou local fixe précisément l'âge de la majorité pour un accès indépendant aux services de santé, ou bien un âge variable, en fonction des gestes médicaux, auquel les adolescents peuvent donner eux-mêmes leur consentement. Par exemple, ils peuvent être habilités à donner leur consentement pour un dépistage du VIH ou à recevoir des préservatifs à un âge plus précoce que pour une intervention chirurgicale. De nombreux pays donnent des dérogations à des groupes d'adolescents reconnus comme des mineurs «émancipés» (par exemple ceux qui sont mariés, les jeunes filles enceintes, les mineurs sexuellement actifs, ceux qui vivent dans l'indépendance ou qui sont eux-mêmes parents), ce qui leur permet de donner leur consentement pour bénéficier eux-mêmes de certains services.

Les autorités doivent élaborer et appliquer des cadres juridiques et politiques clairs stipulant 1) l'âge spécifique ou les conditions dans lesquelles les mineurs peuvent donner leur consentement pour un dépistage du VIH pour eux-mêmes ou d'autres personnes (par exemple s'ils assument la charge d'un ménage); 2) les modalités pour évaluer et obtenir l'assentiment et le consentement des adolescents. Les efforts pour développer le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé doivent prévoir la formation et l'encadrement des personnels de santé concernant la législation et les directives régissant le consentement des mineurs pour l'accès aux services cliniques, par exemple dans quelles circonstances ils peuvent ou ne peuvent pas recommander le dépistage à un adolescent, indépendamment du consentement d'un des parents ou du tuteur légal de l'adolescent.

Lorsque la loi ne permet pas à un adolescent suffisamment mûr de donner son consentement éclairé pour le dépistage du VIH, le soignant doit lui donner la possibilité d'évaluer en privé la possibilité de

bénéficier de ce service, en dehors de la présence de ses parents ou tuteurs légaux et sans qu'ils en aient connaissance. L'information avant le test doit être adaptée à l'âge du patient, à son degré de maturité et à son niveau d'instruction. Si l'adolescent(e) donne son accord, en indiquant qu'il ou elle comprend les risques et les avantages du test VIH et aimerait s'y soumettre, le soignant cherche alors à obtenir le consentement éclairé d'un des parents ou du tuteur légal.

Dans certains cas, il n'y a pas de parent ou de tuteur légal pour donner un consentement au nom de l'adolescent. Il peut alors arriver que le soignant ait à évaluer si l'adolescent est en mesure de demander lui-même et d'accepter seul le dépistage. L'agent de santé devra travailler en permanence dans le cadre du droit et de la réglementation locale ou nationale, en étant toujours guidé par l'intérêt supérieur du patient.

6.1.5 Patients gravement malades

Les patients dans un état critique ou inconscients peuvent ne pas être en mesure de donner un consentement éclairé pour le dépistage du VIH. Dans ces circonstances, on cherchera à obtenir ce consentement auprès de la parentèle proche, d'un tuteur ou d'un aidant. S'il n'y a personne à qui s'adresser, les soignants devront agir en fonction de l'intérêt supérieur du patient concerné.

6.1.6 Suivi après un refus du test

Le refus du dépistage du VIH ne doit pas entraîner une diminution de la qualité des services ou l'exclusion du patient, pas plus que des traitements sous la contrainte ou le non-respect du secret médical. Il ne doit pas influencer sur l'accès aux services de santé qui ne dépendent pas de la connaissance du statut sérologique. On doit proposer aux personnes qui refusent le test une assistance pour qu'elles aient, ultérieurement, accès au conseil et au dépistage du VIH soit à leur propre initiative, soit à celle d'un soignant.

On notera dans le dossier médical la décision du patient de façon à ce que, lors de consultations ultérieures dans l'établissement de soins, on puisse reprendre des discussions sur le sujet.

6.2 Conseil après le test

Cet élément fait partie intégrante de la procédure de dépistage du VIH. Toutes les personnes ayant fait ce test doivent bénéficier d'une séance de conseil au moment de la remise du résultat, quel qu'il soit. Compte tenu de l'affluence dans les services de soins, ambulatoires ou hospitaliers, il faut faire bien attention de parler des résultats et du suivi d'une manière confidentielle. Les résultats doivent être donnés aux patients par des soignants ou par des non-professionnels qui ont été formés. De préférence, ce conseil sera assuré par le soignant qui a demandé le dépistage du VIH. Les résultats ne doivent pas être donnés dans le cadre d'une séance de groupe.

Il est inacceptable pour des soignants qu'ils recommandent le conseil et le dépistage du VIH et s'abstiennent ensuite de donner les résultats aux patients ou n'arrivent pas à les leur transmettre. Bien que les patients puissent refuser de connaître les résultats de tout test ou examen médical ou ne pas les accepter, le soignant doit faire tout ce qui est raisonnablement en son pouvoir pour que les patients reçoivent et comprennent leurs résultats d'une manière confidentielle et tout en étant soutenus.

6.2.1 Conseil pour les personnes séronégatives

Le conseil pour les personnes dont le test de dépistage du VIH donne un résultat négatif doit comporter au minimum les éléments suivants :

- une explication du résultat, avec des informations sur la période de latence avant l'apparition des anticorps anti-VIH et la recommandation de refaire le test en cas d'exposition récente ;
- des conseils de base sur les méthodes de prévention de la transmission ;
- la fourniture de préservatifs masculins et féminins et des instructions pour les utiliser.

Le soignant doit ensuite évaluer avec son patient si celui-ci a besoin d'être orienté vers une séance de conseils plus approfondis ou un soutien plus complet à la prévention, par l'intermédiaire de services communautaires par exemple.

6.2.2 Conseil pour les personnes séropositives

En cas de résultat positif, le conseil après le dépistage doit être axé sur le soutien psychosocial pour faire face à l'impact émotionnel, faciliter l'accès aux services de traitement, de soins et de prévention et informer les partenaires sexuels ou d'injections. Les soignants doivent :

- informer le patient d'une manière simple et claire et lui laisser le temps d'y réfléchir ;
- s'assurer qu'il a bien compris ;
- lui permettre de poser des questions ;
- l'aider à surmonter les émotions qui l'envahissent ;
- parler avec lui de ses inquiétudes immédiates et l'aider à déterminer auprès de qui il pourra trouver un soutien immédiat dans son entourage ;
- décrire les services disponibles dans l'établissement et la communauté, l'accent portant plus spécialement sur les traitements disponibles, la PTME, les services de soins et de soutien ;
- donner des informations sur la prévention de la transmission du VIH, en fournissant des préservatifs masculins et féminins, ainsi que des instructions pour leur utilisation ;
- donner des informations sur les autres mesures de prévention utiles, comme une bonne alimentation, la prise de cotrimoxazole et, dans les zones impaludées, l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide ;
- discuter de la communication éventuelle du résultat : dans quelles conditions, à quel moment et à qui ;
- encourager le conseil et le dépistage des partenaires et des enfants et proposer une orientation pour ce faire ;
- évaluer le risque d'actes violents ou de suicide et envisager les mesures possibles qui peuvent être prises pour garantir la sécurité physique des patients, notamment des femmes ;
- fixer un rendez-vous pour les consultations qui devront suivre, l'orientation vers le traitement, les soins, le conseil, le soutien et d'autres services utiles (dépistage et traitement de la tuberculose, prophylaxie des infections opportunistes, traitement des IST, planification familiale, soins prénatals, traitement de substitution des opioïdes, accès à des aiguilles et seringues stériles).

6.2.3 Conseil pour les femmes enceintes séropositives

En plus des informations décrites à la section 6.2.2, le conseil pour les femmes enceintes dont le test donne un résultat positif doit couvrir les points suivants :

- planification de l'accouchement ;
- utilisation des antirétroviraux pour la santé de la patiente, s'ils sont indiqués et disponibles, ou pour la prévention de la transmission mère-enfant ;
- alimentation de la mère, couvrant les apports en fer et en acide folique ;
- options pour l'alimentation de l'enfant et soutien à la mère pour la réalisation de ce choix ;
- dépistage de l'enfant et suivi nécessaire ;
- dépistage du partenaire.

6.3 Orientation vers d'autres services pour le VIH

Les résultats du dépistage doivent être communiqués en expliquant les services de prévention, de traitement, de soins et de soutien qui sont à la disposition du patient. Les programmes pour d'autres maladies chroniques et les services communautaires de prévention du VIH, de traitement, de soins et de soutien sont particulièrement importants à cet égard et il est donc essentiel d'établir et de maintenir des mécanismes de collaboration avec eux.

Au minimum, l'orientation du sujet devra comporter des informations sur les personnes à contacter, en précisant où, quand et comment se mettre en rapport avec elles. On obtient les meilleurs résultats lorsque le soignant établit le contact en présence de son patient, convient d'un rendez-vous pour lui et note la personne contactée et l'organisme concerné dans le dossier médical. Les agents travaillant dans le réseau de recours doivent régulièrement informer les autres des modifications de personnel ou de procédures qui peuvent avoir des répercussions sur l'orientation des patients.

6.4 Fréquence du dépistage

Elle dépend des risques pris de manière continue par le patient, de la disponibilité des ressources humaines et financières et de l'incidence du VIH dans l'environnement local.

Il peut être avantageux de tester tous les 6 à 12 mois les personnes ayant un risque élevé d'être exposées au VIH, comme celles qui ont des antécédents d'IST, les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, les consommateurs de drogues injectables, les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et les partenaires sexuels de personnes vivant avec le VIH. Il faudra faire des recherches complémentaires dans divers milieux avec une épidémiologie variable du VIH pour déterminer l'intervalle optimal entre deux tests de dépistage pour des populations spécifiques.

Les risques de transmission du VIH au nouveau-né sont très élevés si la mère contracte l'infection pendant la grossesse ou l'allaitement. Les femmes séronégatives doivent avoir un test le plus tôt possible à chaque nouvelle grossesse, notamment dans les zones de forte prévalence et dans le cas où elles ont un risque élevé d'exposition au VIH.

On recommandera également la répétition du test à la fin de la grossesse pour les femmes séronégatives en situation d'épidémie généralisée.

On recommandera en général le conseil et le dépistage du VIH aux patients pour lesquels on a des doutes sur les antécédents dans ce domaine ou sur l'exactitude et la véracité des résultats antérieurs.

Il est important de ne pas substituer le dépistage régulier aux comportements de prévention. Les soignants doivent insister sur la nécessité de continuer à avoir des comportements protégés..

7. MODALITÉS TECHNIQUES DES TESTS DE DÉPISTAGE

7.1 Facteurs à prendre en compte

Un progrès important a été accompli avec l'introduction de tests rapides de détection des anticorps qui sont très sensibles et spécifiques et ne requièrent pas de laboratoires perfectionnés, d'eau courante ou d'électricité. On obtient des résultats exacts en beaucoup moins de temps qu'avec la méthode traditionnelle du titrage immuno-enzymatique (ELISA). L'utilisation des tests rapides pour le conseil et le dépistage du VIH présente, notamment pour les établissements de santé qui ne disposent pas de services de laboratoires perfectionnés, les avantages suivants : visibilité du test, rapidité d'exécution, confiance accrue dans les résultats et le fait d'éviter des erreurs administratives. Le test peut avoir lieu en dehors du cadre d'un laboratoire, ne nécessite pas d'équipement spécialisé et peut être effectué par des professionnels n'ayant aucune compétence particulière en biologie, dont les conseillers, s'ils ont reçu la formation qui convient. Il doit y avoir néanmoins des professionnels qualifiés dans le domaine du travail en laboratoire pour assurer l'encadrement et la qualité (contrôle de qualité et sécurité biologique). Les tests retenus doivent avoir la qualité requise.

On préférera ELISA dans les cas où l'on doit procéder à des tests en grand nombre, si la connaissance immédiate des résultats est moins importante (patients hospitalisés par exemple) et dans les laboratoires de référence. La méthode ELISA permet de tester simultanément et efficacement un grand nombre d'échantillons mais elle présente potentiellement quelques inconvénients : temps nécessaire pour réunir le nombre d'échantillons requis pour lancer la procédure (environ 40), nécessité de la rigueur au niveau du travail administratif pour que les résultats soient attribués sans ambiguïté aux patients concernés et le délai pour obtenir les résultats (une demi-journée) ce qui, en général, oblige les patients ambulatoires à revenir à l'établissement. Les tests ELISA s'effectuent avec du matériel spécialisé de laboratoire, ce qui suppose la présence de personnel qualifié pour conduire la procédure, donner les résultats et entretenir le matériel.

La décision d'utiliser les tests rapides ou la méthode ELISA pour le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant devrait prendre en compte des facteurs comme :

- le coût et la disponibilité des kits, des réactifs et du matériel ;
- le personnel, les ressources et les infrastructures disponibles ;
- les compétences dans le domaine des examens de laboratoire et le personnel disponibles ;
- le nombre d'échantillons à tester ;
- la collecte et le transport des échantillons ;
- le cadre dans lequel le test est proposé ;
- la commodité ;
- la disponibilité des personnes pour récupérer leurs résultats.

Le diagnostic définitif de l'infection à VIH chez l'enfant de moins de 18 mois impose des tests virologiques, la présence d'anticorps maternels anti-VIH pouvant compliquer l'interprétation de résultats positifs aux tests rapides ou par la méthode ELISA. Ces tests virologiques se fondent sur des procédures complexes comme l'amplification génique (PCR) de l'ADN ou de l'ARN viral ; ils sont coûteux

et nécessitent la présence de professionnels hautement qualifiés. L'OMS préconise une approche centralisée pour ces tests : les échantillons, recueillis sur papier buvard, sont facilement expédiés à un laboratoire central, même en climat tropical.

7.2 Algorithmes de dépistage

Le dépistage doit suivre les stratégies recommandées par les CDC, l'ONUSIDA et l'OMS⁷⁰, ainsi que les algorithmes nationaux applicables. Ceux-ci peuvent impliquer des tests en série ou en parallèle. Les algorithmes basés sur la méthode ELISA imposent, presque toujours et par nature, des tests en série tandis que les tests rapides peuvent être en série ou en parallèle.

Dans **les tests en série**, si le premier test est négatif, on note que la recherche des anticorps anti-VIH a donné un résultat négatif. Si le test est positif, on soumet l'échantillon à un second test utilisant des antigènes différents ou une autre base que le premier. On ne doit pas utiliser deux fois le même test vendu sous des noms différents. Lorsque le résultat est positif une seconde fois, on considère alors qu'il s'agit d'un vrai positif dans les populations où la prévalence du VIH est d'au moins 5%. Lorsque la prévalence est plus faible, il y a un risque plus grand d'avoir des faux positifs et un troisième test de confirmation peut alors être requis. L'OMS et l'ONUSIDA recommandent les tests en série dans la plupart des situations parce qu'ils sont moins onéreux et parce que le second test n'est requis qu'en cas de positivité du premier.

Dans **les tests en parallèle**, recommandés uniquement quand on prélève du sang total par ponction digitale et pas par ponction veineuse, deux tests sont effectués simultanément en faisant appel à des antigènes ou à des bases différentes. On considère que les résultats concordants, négatifs ou positifs, sont respectivement de vrais négatifs et de vrais positifs.

Lorsque les résultats des deux tests (en série ou en parallèle) sont discordants (un positif et l'autre négatif), on consigne ce résultat de discordance. L'avis d'un laboratoire spécialisé pourra alors être requis dans ce cas.

Dans tous les cas, l'OMS et l'ONUSIDA recommandent d'utiliser des tests ayant une sensibilité d'au moins 99% et une spécificité d'au moins 98%. Les associations spécifiques de tests doivent être évaluées dans le cadre de leur utilisation avant d'être instituées à grande échelle.

8. CONSIDÉRATIONS EN RAPPORT AVEC LE PROGRAMME

Les décisions pour instaurer au mieux le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant dépendront d'une évaluation de la situation du pays, de l'épidémiologie locale, des infrastructures disponibles, des ressources humaines et financières, des normes en vigueur pour la prévention, le traitement, les soins du VIH et le soutien, et du cadre social, politique et juridique pour la protection contre les discriminations à l'encontre des séropositifs. Quand il y a un degré élevé de rejet et de discriminations ou quand les soignants ont de faibles moyens pour mettre en œuvre le conseil et le dépistage du VIH à leur initiative dans les conditions du consentement éclairé, de la confidentialité et du conseil personnalisé, il faudra consacrer des ressources suffisantes pour résoudre ces problèmes avant d'instituer cette pratique.

Les décisions sur l'instauration du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant et leurs modalités doivent être prises en consultation avec toutes les parties intéressées. Le tableau 2 indique les mesures pouvant s'avérer nécessaires pour adapter les recommandations générales du présent document à la situation nationale et locale.

Dans de nombreuses situations où le VIH représente une forte charge de morbidité, de grosses difficultés humaines et financières limitent la faisabilité de l'instauration de nouveaux services de santé à grande échelle. Comme nous l'avons décrit dans la section 4, il pourra être nécessaire de donner la priorité à certains types d'établissements pour introduire le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant, en fonction de la situation sociale et épidémiologique, ainsi que des ressources disponibles.

Il est important de coordonner la planification, la formation et les achats pour trouver des synergies entre les deux types d'approche, dépistage à l'initiative du soignant ou du patient, et pour faciliter l'orientation des patients entre les différents types de services de santé.

Tableau 2 Consultations et adaptations pour mettre en œuvre dans les pays le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant

1. Dans les pays envisageant d'instaurer le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant, le ministère de la santé devrait organiser une consultation nationale pour planifier la stratégie d'application, comprenant l'adaptation du présent document à la situation locale. Cette consultation devrait réunir :
 - les administrateurs nationaux des programmes contre le VIH, la tuberculose et d'autres services cliniques ;
 - les ministères de la justice, des affaires sociales, de l'intérieur et des finances ;
 - les personnels de santé ;
 - les organismes de réglementation et les associations professionnelles ;
 - les organisations communautaires et confessionnelles, les organisations féminines ;
 - les populations les plus exposées ;
 - des personnes vivant avec le VIH/SIDA ;
 - des défenseurs des droits de l'homme ;
 - des représentants du secteur privé ;
 - des représentants des services d'aide sociale et juridique.
2. Il conviendra d'évaluer et d'examiner les cadres sociaux, juridiques et politiques pour faciliter l'instauration du conseil et du dépistage volontaire du VIH à l'initiative du soignant et pour protéger les droits des patients, avec des campagnes de sensibilisation et de communication, ainsi que des services d'aide sociale et juridique.
3. Il faut planifier des ressources suffisantes et les mettre à disposition pour la mise en œuvre : matériel pour les tests, formation des soignants, préparation des communautés et mobilisation sociale
4. Il faut mettre au point ou adapter des directives opérationnelles, des protocoles et des codes de conduite pour les soignants, ainsi que des outils de formation et du matériel éducatif. Ceux-ci devront se fonder sur l'épidémiologie du VIH, les ressources disponibles, l'éthique, les principes des droits de l'homme et la situation juridique et socioculturelle.
5. Les pays souhaitant une instauration par étapes du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant, devront retenir les sites prioritaires et ceux qui suivront dans les phases d'extension.
6. Les soignants doivent être désignés et formés.
7. Le dépistage du VIH à l'initiative du soignant doit s'intégrer dans les systèmes existants de supervision, d'assurance de la qualité et de suivi/évaluation.
8. La société civile doit participer au suivi et à l'évaluation continue du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de soins.
9. Au niveau des établissements, les liens devront être renforcés entre les services pour faciliter l'intégration dans les services relatifs au VIH après le dépistage : prévention à base communautaire, prévention, traitement, soins et soutien.

9. SUIVI ET ÉVALUATION

Ce doit être une composante essentielle et permanente des programmes mettant en œuvre le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant. Le suivi et l'évaluation nationale de ces services doivent permettre aux administrateurs de :

- suivre les progrès de la mise en œuvre, dont les procédures d'obtention du consentement éclairé, le respect de la confidentialité et les activités de conseil
- repérer les problèmes, affiner et adapter les stratégies de mise en œuvre
- évaluer l'efficacité et les répercussions du service en terme de :
 - développement de l'accès au conseil, au dépistage du VIH et aux résultats,
 - développement de l'accès aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien en relation avec le VIH et de leur utilisation,
 - diminution de la morbidité et de la mortalité,
 - sensibilisation au VIH et meilleure connaissance des traitements,
 - impact social (par exemple sur la communication de l'état sérologique, le rejet, la discrimination et les effets indésirables) ;
- évaluer l'efficacité par rapport au coût, ainsi que la viabilité ;
- évaluer la qualité des services connexes de laboratoire ;
- évaluer les motifs pour lesquels le conseil et le dépistage du VIH sont recommandés.

La planification du suivi et de l'évaluation devrait, dans la mesure du possible, tendre à utiliser les structures ou les mécanismes existants pour collecter les indicateurs intéressants, plutôt que mettre en place des systèmes indépendants. Des moyens simples et normalisés de collecte des données permettront de faire des comparaisons entre les sites et diminueront la charge de travail pour les personnels de santé. Les soignants et les administrateurs devront bénéficier de la formation appropriée.

Comme la quantité de données pour le suivi régulier sera toujours limitée, on recommande de les compléter par des évaluations ciblées, portant sur des aspects spécifiques de la mise en œuvre. Par exemple, l'assurance de la qualité est du ressort des établissements de santé. Des évaluations régulières de l'activité des soignants et de la satisfaction des patients (procédures de test, informations avant le test, obtention du consentement, conseil après le test) peuvent aider à améliorer l'efficacité, l'acceptabilité et la qualité des services de conseil et de dépistage.

Nous invitons les établissements de santé à s'allier aux organisations non gouvernementales et aux groupes de la société civile pour assurer le suivi et l'évaluation du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant afin de garantir la qualité et l'acceptabilité du service, notamment en ce qui concerne le respect de normes élevées en matière d'éthique et de droit de l'homme.

L'OMS élabore des conseils plus détaillés sur le sujet du suivi et de l'évaluation dans le domaine du conseil et du dépistage du VIH, entre autres à l'initiative du soignant, et les publiera courant 2007.

Ressources complémentaires

On trouvera une large sélection d'outils et de guides pour mettre en œuvre le conseil et le dépistage du VIH dans diverses situations, y compris à l'initiative du soignant, dans le site Internet de l'OMS **HIV Testing and Counselling Online Toolkit**. Il est régulièrement mis à jour avec les dernières informations disponibles sur le sujet adresse : <http://who.arvkit.net/tc/en/index.jsp>

Fichier pdf : http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/924159327X_eng.pdf).

Les documents et sites Internet qui suivent peuvent aussi s'avérer utiles pour planifier, mettre en œuvre et développer les services de conseil et de dépistage du VIH à l'initiative du soignant :

Traitements antirétroviraux et soins cliniques

- Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: towards universal access - recommendations for a public health approach, OMS, révision 2006.
<http://www.who.int/entity/hiv/pub/guidelines/artadultguidelines.pdf>
- Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: towards universal access - recommendations for a public health approach, OMS, version 2006.
<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/pmtctguidelines2.pdf>
- Antiretroviral therapy for HIV infection in infants and children: towards universal access - recommendations for a public health approach, OMS, 2006.
<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/paediatric020907.pdf>
- WHO. ARV Toolkit. Site web : <http://www.who.int/hiv/toolkit/arv/en/index.jsp>, Version pdf : <http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/9241591161.pdf>
- OMS. Prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (PCIMAA) et prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) – documents divers. Site web : <http://www.who.int/hiv/pub/imai/en/>

Aspects juridiques et politiques

- Déclaration de politique de l'ONUSIDA/l'OMS sur les tests VIH, 2004,
http://data.unaids.org/una-docs/hivtestingpolicy_fr.pdf
- Le VIH/SIDA et les droits de l'homme – Directives internationales, ONUSIDA et HCDH, 1996.
http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub02/JC520-HumanRights_fr.pdf
- International guidelines on HIV/AIDS and human rights, 2006, version de synthèse, ONUSIDA et HCDH. http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252-internguidelines_en.pdf
- Guide pratique à l'intention du législateur sur le VIH/SIDA, la législation et les droits de l'homme, ONUSIDA et UIP, 1999 http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/ONUSIDA_99.48F_fre.pdf

Révélation bénéfique du statut sérologique et conseil au partenaire

- L'épidémie de VIH/SIDA : en parler ouvertement – Principes directeurs pour la divulgation à des fins bénéfiques, le conseil au partenaire dans le respect de l'éthique et l'emploi approprié de la déclaration des cas d'infection à VIH (Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA, Outils fondamentaux, ONUSIDA et OMS, Genève, mars 2001).
http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub05/JC488-OpenUp_fr.pdf

Dépistage du VIH chez la femme et la jeune fille

- Addressing violence against women in the context of HIV testing and counselling – rapport de réunion, OMS 2007 (prochainement)
- Outils d'aide au dépistage et au conseil pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, CDC, OMS, UNICEF, USAID et partenaires de la mise en œuvre de la PTME. Site Internet :
<http://www.who.int/hiv/pub/vct/tc/en/index.html>
- WHO Briefing Note – HIV and Infant Feeding. Conference on Retroviruses and opportunistic infections. Los Angeles, 25-28 février 2007.
<http://www.who.int/hiv/mediacentre/Infantfeedingbriefingnote.pdf>
- Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS, OMS et FNUAP, 2006.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159425X_eng.pdf
- Prévention de la transmission mère-enfant du VIH : module de formation générale, OMS et CDC, 2004. Site web : <http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/PMTCT/>
- Nutrition counselling, care and support for HIV-infected women, OMS, 2004,
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592125.pdf>

Dépistage du VIH et conseil dans le cadre de la prise en charge clinique de la tuberculose

- Politique actuelle de collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH, WHO/HTM/TB/2004.330
(http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HTM_TB_2004.330_fre.pdf)
- *Outils des CDC et de l'OMS sur le dépistage du VIH et le conseil dans le cadre de la prise en charge clinique de la tuberculose (2007)*
 - Module One: Introduction, Background, and Rationale
http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/docs/tb_tools/TB%20Module%201_12.6.06.pdf
 - Module Two: Understanding the Provider-initiated and Delivered HIV Testing and Counseling Process in the Context of TB Clinical Settings
http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/docs/tb_tools/TB%20Module%202_12.7.06.pdf
 - Module Three: Preparing the Provider to Perform PTC
http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/docs/tb_tools/TB%20Module%203_12.12.06.pdf
 - Module Four: Administrative, Implementation and Standard Operating Procedures
http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/docs/tb_tools/TB%20Module%204_12.13.06.pdf
 - Module Five: Clinical Considerations
http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/docs/tb_tools/TB%20Module%205_12.6.06.pdf

- Module Six: Demonstration Clinic
http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/docs/tb_tools/TB%20Module%206%20Demo_12.1.06.pdf

Populations les plus exposées

- WHO online sex work toolkit (Web site: <http://who.arvkit.net/sw/en/index.jsp>; version pdf: http://www.who.int/entity/hiv/pub/prev_care/sexworktoolkit.pdf)
- HIV prevention through harm reduction among injecting drug users; site web : <http://www.who.int/hiv/idu/en/index.html>
- Strategies for involvement of civil society in HIV testing within context of "3 by 5": Focus on marginalized communities, ONUSIDA, 2004, http://data.unaids.org/Topics/Human-Rights/hr_refgroup3_06_en.pdf

Enfants et dépistage du VIH

- Convention relative aux droits de l'enfant, ONU, 1989, adresse : http://www.unhchr.ch/french/html/menu3/b/k2crc_fr.htm
- Convention relative aux droits de l'enfant, Observation générale n° 3 : Le VIH/SIDA et les droits de l'enfant, ONU, 2003, adresse : [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/CRC.GC.2003.3.Fr?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/CRC.GC.2003.3.Fr?OpenDocument).
- Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (resources). Site Internet: <http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/pubIMCI.htm>

Techniques de dépistage

- Training package for HIV rapid testing, CDC et OMS, 2006. <http://www.phppo.cdc.gov/dls/ila/hivtraining/default.aspx>
- WHO Guidelines on HIV rapid testing, OMS (à paraître)
- Guidelines for assuring the accuracy and reliability of HIV rapid testing: applying a quality system approach, CDC et OMS, 2005 http://www.who.int/diagnostics_laboratory/publications/HIVRapidsGuide.pdf
- Recommandations concernant le choix et l'utilisation des tests de mise en évidence des anticorps anti-VIH, ONUSIDA/OMS, 1997 <http://www.who.int/docstore/wer/pdf/1997/wer7212.pdf>
- Importance des tests simples/rapides pour la recherche du VIH, OMS/ONUSIDA, 1998 <http://www.who.int/docstore/wer/pdf/1998/wer7342.pdf>

NOTES ET RÉFÉRENCES

- ¹ ONUSIDA/OMS, *Le point sur l'épidémie de SIDA*, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Organisation mondiale de la Santé, Genève, décembre 2006.
- ² OMS/ONUSIDA/UNICEF. *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé, Rapport de situation*, Organisation mondiale de la Santé, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Genève, avril 2007.
- ³ Dabis F, Schechter M, Egger M, Mortality of HIV-1-infected patients during the first year of potent antiretroviral therapy: comparative analysis of databases from low- and high-income countries, *The Lancet*, 2006, 367:817-24.
- ⁴ ONUSIDA/OMS, *Déclaration de politique de l'OMS/l'ONUSIDA sur les tests VIH*, Programme commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA et Organisation mondiale de la Santé, Genève, juin 2004.
- ⁵ Paxton S *et al*, AIDS-related discrimination in Asia, *AIDS Care*, 2005,17(4):413-24.
- ⁶ Sahlou T *et al*, Sexual behaviours, perception of risk of HIV infection, and factors associated with attending HIV post-test counselling in Ethiopia, *AIDS*, 1999,13(10):1263-72.
- ⁷ Stein JA, Nyamathi A, Gender differences in behavioural and psychosocial predictors of HIV testing and return for test results in a high-risk population, *AIDS Care*, 2000,12(3):343-56.
- ⁸ Obermeyer Makhoul C, Osborn M, The uptake of testing and counseling for HIV: A review of the social and behavioral evidence, *American Journal of Public Health* (sous presse).
- ⁹ Yoder S, Katahoire A, Kyaddondo D, Akol Z, Bunnell R and Kaharuza F, *Home-based HIV Testing and Counselling in a survey context in Uganda*, Calverton Maryland, ORC Macro, 2006.
- ¹⁰ Were W, Mermin J, Bunnell R, Ekwaru J, Kaharuza F, Home-based model for HIV voluntary counselling and testing, *The Lancet*, Volume 361, Issue 9368, 3 mai 2003, page 1569.
- ¹¹ Wolff B *et al*, Evaluation of a home-based voluntary counselling and testing intervention in rural Uganda, *Oxford Journals: Health Policy and Planning*, 2005, 20(2):109-116.
- ¹² McDonald EA, Currie MJ, Bowden FJ, Delayed diagnosis of HIV: missed opportunities and triggers for testing in the Australian Capital Territory, *Sexual Health*, 2006, 3(4): 291-295.
- ¹³ Nakanjako D *et al*, Acceptance of Routine Testing for HIV among Adult Patients at the Medical Emergency Unit at a National Referral Hospital in Kampala, Uganda, *AIDS and behaviour*, 2006, (publication électronique à paraître).
- ¹⁴ Op. cit. note 8.

- ¹⁵ Gary M *et al*, Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA, *AIDS*, 2006, 20(10):1447-1450.
- ¹⁶ Branson B *et al*, Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings, *Morbidity and Mortality Weekly Report (CDC)*, 2006, 55(RR14):1-17.
- ¹⁷ National AIDS and STD Control Programme: *Guidelines for HIV testing in clinical settings*. Nairobi, Ministry of Health, Republic of Kenya, 2004.
- ¹⁸ Weiser SD *et al*, Routine HIV Testing in Botswana: A Population-Based Study on Attitudes, Practices, and Human Rights Concerns, *PLoS medicine*, 2006, 3(7):e261.
- ¹⁹ Nuwaha F *et al*, Factors influencing acceptability of voluntary counselling and testing for HIV in Bushenyi district of Uganda, *East African medical journal*, 2002, 79(12):626-32.
- ²⁰ Perez F *et al*, Acceptability of routine HIV testing ("opt-out") in antenatal services in two rural districts of Zimbabwe, *Journal of acquired immune deficiency syndromes*, 2006, 4(14):514-20.
- ²¹ Zimba C *et al*, *Impact of routine HIV counseling and testing with an opt-out strategy compared to voluntary counseling and testing in the implementation of PMTCT services, Lilongwe, Malawi, XVI^e Congrès international sur le SIDA, Toronto (Canada), 13-18 août 2006.*
- ²² Etiebet M-A *et al*, Integrating prevention of mother-to-child HIV transmission into antenatal care: Learning from the experiences of women in South Africa, *AIDS Care*, 2004,16(1):37-46.
- ²³ Shankar A.V *et al*. Women's acceptability and husband's support of rapid HIV testing of pregnant women in India, *AIDS Care*, 2003, 15(6):871-4.
- ²⁴ Miller A, *Pilot Implementation of Revised National Policy for Routine Offer of HIV Testing in Antenatal Services: Quantitative and Qualitative Impact in Urban and Rural Zimbabwe*, Réunion des parties appliquant le Plan du Président des États-Unis d'Amérique pour l'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA, Durban (Afrique du Sud), 12-15 juin 2006 (résumé 112).
- ²⁵ Basic Statistics: Division of HIV/AIDS Prevention [base de données en ligne]. Centers for Disease Control and Prevention, 2004.
- ²⁶ Simpson WM *et al*, Uptake and acceptability of antenatal HIV testing: randomised controlled trial of different methods of offering the test, *British Medical Journal*, 1998, 316(7127):262-7.
- ²⁷ Op. cit. note 18.
- ²⁸ Op. cit. note 22.
- ²⁹ Thior I *et al*, Voluntary counseling and testing among post-partum women in Botswana: Patient education and counselling, 2007, 65(3):296-302, *Epub*, 9 octobre 2006.

- ³⁰ Kankasa, C *et al*, *Routine and Universal Counseling and Testing Among Hospitalized Children at University Teaching Hospital, Lusaka, Zambia*, Réunion des parties appliquant le Plan du Président des États-Unis d'Amérique pour l'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA, Durban (Afrique du Sud), 12-15 juin 2006 (résumé 215).
- ³¹ Corneli A *et al*, *Patient and Provider Perspectives on Improving Access to HIV Testing and Counselling for TB Patient in Kinshasa, Democratic Republic of Congo (DRC)*, 3e Conférence de l'IAS sur la pathogénèse et le traitement de l'infection à VIH, Rio de Janeiro, 24-27 juillet 2005 (Résumé n°TuPe7.1C19).
- ³² Nawavvu C *et al*, *Routine HIV Testing for Children: Challenges and Lessons Learned*, Réunion des parties appliquant le Plan du Président des États-Unis d'Amérique pour l'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA, Durban (Afrique du Sud), 12-15 juin 2006 (résumé 223).
- ³³ Homsy J *et al*, *Routine Intrapartum HIV Counseling and Testing for Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV in a Rural Ugandan Hospital*, *Journal of acquired immune deficiency syndromes*, Juin 2006, 42:149-154.
- ³⁴ Semafumu E, Ngabirano T, *Building on the Success of STD Programmes to Increase Access to Prevention and Care for HIV/AIDS: The Case for Routine Testing and Counseling in STD Patients*, Réunion des parties appliquant le Plan du Président des États-Unis d'Amérique pour l'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA, Durban (Afrique du Sud), 12-15 juin 2006 (résumé 69).
- ³⁵ Andia I, *Evolving Clinical Picture Secondary to Routine HIV Testing and Early Linkage to Care at the HIV Clinic at Mbarara Regional Referral Hospital*, Réunion des parties appliquant le Plan du Président des États-Unis d'Amérique pour l'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA, Durban (Afrique du Sud), 12-15 juin 2006 (résumé 195).
- ³⁶ Steen TW *et al*, *Two and a Half Years of Routine HIV Testing in Botswana*. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*, 2007, 44(4):484-8.
- ³⁷ Op. cit. note 26.
- ³⁸ Greenwald JL, *Routine Rapid HIV Testing in Hospitals: Another Opportunity for Hospitalists to Improve Care*, *Journal of Hospital Medicine*, 2006,1(2): 106 -112.
- ³⁹ Op. cit. note 29.
- ⁴⁰ Medley A *et al*. Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programmes, *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, 2004, 82(4): 299-307.
- ⁴¹ Maman S *et al*, *High rates and positive outcomes of HIV-serostatus disclosure to sexual partners: Reasons for cautious optimism from a voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania*, *AIDS and behaviour*. 2003, 7(4):373-82.
- ⁴² Gielen AC *et al*, *Women's lives after an HIV-positive diagnosis: disclosure and violence*, *Maternal and Child Health Journal*, 2000, 4(2):111-20.

- ⁴³ Gaillard P et al. Vulnerability of women in an African setting: Lessons for mother-to-child HIV transmission prevention programmes. *AIDS*. 2002,16(6):937-9.
- ⁴⁴ Semraua K et al, Women in couples antenatal HIV counseling and testing are not more likely to report adverse social events, *AIDS*, 2005, 19:603–609.
- ⁴⁵ Passin WF et al, A systematic review of HIV partner counseling and referral services: client and provider attitudes, preferences, practices, and experiences, *Sexual Transmitted Disease*, 2006, 33(2):1-9.
- ⁴⁶ Op. cit. note 39.
- ⁴⁷ USAID/Synergy, *Women's Experiences with HIV Serodisclosure in Africa: Implications for VCT and PMTCT- Meeting Report*, Washington, USAID, March 2004.
- ⁴⁸ WHO Regional Office for South-East Asia, *Voluntary HIV counselling and testing: manual for training of trainers parts 1 & 2*, New Dehli, 2004.
- ⁴⁹ WHO Regional Office for Africa, *Regional HIV/AIDS Voluntary Counselling and Testing Guidelines*, Brazzaville, 2005.
- ⁵⁰ WHO/UNAIDS, *Provider-Initiated HIV Testing and Counselling in Clinical Settings: Operational Recommendations. A Meeting Report*, Consultation OMS/ONUSIDA, 3-4 juillet 2006
- ⁵¹ WHO, *The Right to Know: New Approaches to HIV Testing and Counselling*, World Health Organization, Geneva, 2003 (WHO/HIV/2003.08).
- ⁵² Op. cit. note ⁴.
- ⁵³ Certains de ces termes ont été proposés dans des projets antérieurs du present document et l'expression « proposition systématique » a été utilisée dans la déclaration de politique de l'ONUSIDA/l'OMS sur les tests VIH. Cette déclaration de politique sera mise à jour pour tenir compte de la terminologie utilisée ici.
- ⁵⁴ Un quatrième type d'épidémie, l'endémie extrême, a été proposé à des fins de planification des programmes de lutte contre le VIH dans les pays où la prévalence du virus est supérieure à 15%. Les recommandations figurant dans ce document pour les épidémies généralisées s'appliqueraient également aux endémies extrêmes. Voir : *Practical guidelines for intensifying HIV prevention: towards universal access*, ONUSIDA, 2007.
- ⁵⁵ WHO, *Case Definitions of HIV for Surveillance and Revised Clinical Staging and Immunological Classification of HIV-Related Disease in Adults and Children*, World Health Organization, Geneva, 2006.
- ⁵⁶ Horwood C, Liebeschutz S, Blauuw D, Cassol S and Qazi S, Diagnosis of pediatric HIV infection in a primary health care setting with a clinical algorithm, *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81 (12).

- ⁵⁷ OMS/ONUSIDA, *Consultation technique sur la circoncision et la prévention du VIH : Conséquences de la recherche sur les politiques et les programmes – Conclusions et recommandations*, Organisation mondiale de la Santé et Programme des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Genève, 28 mars 2007.
- ⁵⁸ Bulterys M. *et al*, Rapid HIV testing during labour: a multicenter study, *JAMA*, 2004, 292:219-223.
- ⁵⁹ WHO, *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants in resource-limited settings: towards Universal Access - Recommendations for a public health approach*, World Health Organization, Geneva, 2006.
- ⁶⁰ Pour plus d'informations, voir: *Toolkit for Targeted HIV/AIDS Prevention and Care in Sex Work Settings*, WHO 2005; *Policy and Programming Guide for HIV/AIDS Prevention and Care Among Injecting Drug Users*, WHO 2005; *Advocacy guide: HIV/AIDS prevention among injecting users: workshop manual*, WHO/UNAIDS 2004
- ⁶¹ M-L Newell *et al*, Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis, *The Lancet*, Volume 364, Issue 9441, 2 October 2004-8 October 2004, pages 1236-1243.
- ⁶² Lewis DK, Callaghan M, Phiri K *et al*, Prevalence and indicators of HIV and AIDS among adults admitted to medical and surgical wards in Blantyre, Malawi, *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2003; 97: 91-96.
- ⁶³ La surveillance de l'infection à VIH chez les patients tuberculeux est un bon indicateur de la propagation du virus dans la population générale. Il est essentiel de connaître la prévalence du VIH chez les patients tuberculeux pour favoriser l'extension des traitements, des soins et du soutien destinés aux patients séropositifs.
- ⁶⁴ Op. cit. numéro 40.
- ⁶⁵ OMS, *Lutter contre la violence à l'encontre des femmes dans le cadre du dépistage du VIH et du conseil – stratégies et recommandations*, Rapport d'une réunion de l'OMS, Genève, 16-18 janvier 2006 (prochainement).
- ⁶⁶ OMS, *TB/VIH – Manuel clinique*, deuxième édition, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2005, WHO/HTM/TB/2004.329.
- ⁶⁷ *International guidelines on HIV/AIDS and human rights*, ONUSIDA/HCDH, 2006 version de synthèse.
- ⁶⁸ Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA, Outils fondamentaux, Programme des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2000.
- ⁶⁹ Family Health International, *Voluntary counselling and testing: a reference guide – responding to the needs of young people, children, pregnant women and their partners*, FHI, 2001.
- ⁷⁰ *Guidelines for Assuring the Accuracy and Reliability of HIV Rapid Testing: Applying a Quality System Approach*, CDC/WHO, 2005.

