

NOTE D'ORIENTATION

LIGNES DIRECTRICES UNIFIÉES SUR LES SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH FACE À L'ÉVOLUTION DE L'ÉPIDÉMIE

NOVEMBRE 2019



Pour que la riposte au VIH atteigne ses objectifs, il est essentiel que chacun connaisse son statut sérologique et celui de ses partenaires. Les principaux objectifs d'une prestation de services de dépistage du VIH (SDV) consistent à établir un diagnostic et à favoriser au maximum l'accès et le recours aux services appropriés de prévention, de soins et de traitement du VIH.

Ces lignes directrices unifiées rassemblent les anciennes et les nouvelles orientations et recommandations fondées sur des données probantes permettant de fournir des services de dépistage du VIH (SDV) à fort impact dans différents contextes et diverses populations, avec notamment des liens avec les services de prévention et de traitement du VIH. L'un des objectifs principaux de ces lignes directrices consiste à favoriser l'engagement à l'échelle nationale et internationale à mettre en œuvre des SDV efficaces et pertinents, comme élément clé de la riposte nationale et mondiale au VIH, pour obtenir et maintenir une faible incidence du VIH.

L'Encadré 1 résume les nouvelles orientations de l'OMS sur les SDV. Le Tableau 1, à la fin de cette note, présente la liste exhaustive des recommandations de l'OMS relatives aux SDV.

Des progrès ont été réalisés, mais des lacunes persistent

Dans le monde, les SDV et la thérapie antirétrovirale ont été déployés à très grande échelle. En 2005, selon les estimations,

Définition : Services de dépistage du VIH

Le terme « services de dépistage du VIH » englobe tous les services qui doivent être offerts avec le dépistage du VIH. Ce terme inclut : les services de conseil (brefs services d'information avant le dépistage et de conseil après le dépistage) ; l'orientation vers des services appropriés de prévention, de soins et de traitement du VIH, et d'autres services cliniques et de soutien ; et la coordination avec les services de laboratoire pour favoriser l'assurance qualité.

seulement 10 % des personnes vivant avec le VIH en Afrique connaissaient leur statut sérologique, et seulement 12 % des personnes dans le monde qui souhaitaient subir un dépistage du VIH pouvaient le faire.

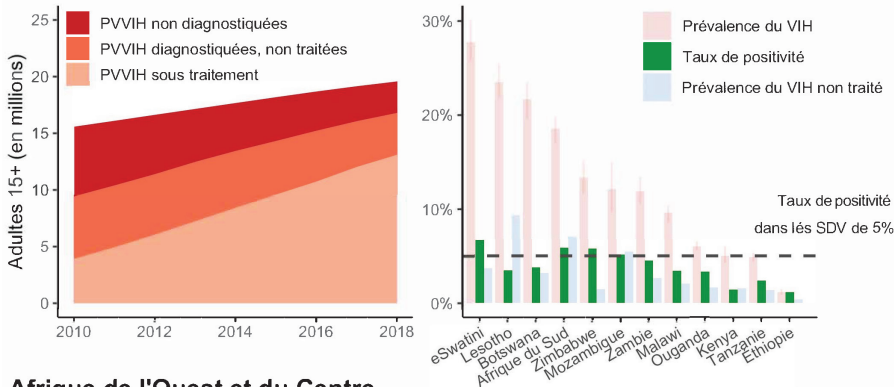
Près de 15 ans plus tard, on estime qu'en Afrique de l'Est et en Afrique australe, près de 85 % de toutes les personnes

Encadré 1. Résumé des nouvelles orientations, recommandations et déclarations de bonnes pratiques de l'OMS

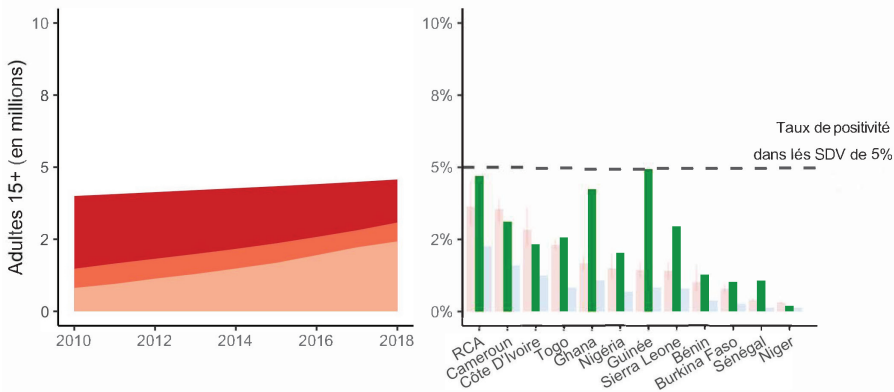
- Mesures permettant de susciter une :** **NOUVEAU** Déclaration de bonnes pratiques décrivant les approches basées sur des données probantes et les éléments à considérer avant d'utiliser des mesures d'incitation pour les services de dépistage du VIH, y compris la liaison avec les autres services.
- Message de conseil :** **À jour**. Messages et conseils pour des communications concises mettant l'accent sur l'orientation et sur les dernières informations concernant les avantages des services de traitement et de prévention.
- Autodépistage du VIH :** **À jour**. Un autodépistage du VIH doit être proposé dans le cadre des services de dépistage du VIH (*recommandation forte, données probantes de qualité moyenne*).
- Approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux :** **NOUVEAU** Des approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux peuvent servir de stratégie de dépistage du VIH dans les populations clés, dans le cadre d'un ensemble complet de services de soins et de prévention (*recommandation conditionnelle, données probantes de très faible qualité*).
- Stratégies de dépistage du VIH :** **À jour**. En réponse à l'évolution de l'épidémie de VIH, l'OMS encourage les pays à recourir à trois tests positifs consécutifs pour établir un diagnostic de séropositivité au VIH.
- Immunotransfert (« Western blot ») :** **NOUVEAU** Les immunotransferts (« Western blots ») et les tests immunoenzymatiques sur bandelette (« line immunoassays ») ne doivent pas être utilisés dans les stratégies et les algorithmes nationaux de dépistage du VIH (*recommandation forte, données probantes de faible qualité*).
- Doubles tests de diagnostic rapide (TDR) VIH/syphilis :** Toutes les femmes enceintes doivent subir un dépistage du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B (antigène de surface du virus de l'hépatite B, ou HBsAg)* au moins une fois au cours de leur grossesse et le plus tôt possible (*syphilis : recommandation forte, données probantes de qualité moyenne ; HBsAg : recommandation forte, données probantes de faible qualité*).
NOUVEAU Les doubles TDR VIH/syphilis peuvent servir de premier test dans les stratégies et algorithmes de dépistage du VIH utilisés dans les établissements de soins prénatals.
- Moments idéals pour la répétition du dépistage maternel :** **À jour**. Dans les pays où la charge de morbidité due au VIH est élevée, il est conseillé de répéter en fin de grossesse (troisième trimestre) le dépistage de toutes les femmes enceintes de statut sérologique inconnu ou séronégatif pour le VIH. Un dépistage de rattrapage est nécessaire si le premier dépistage ou la répétition du dépistage ont été omis ou retardés. Les pays où la charge de morbidité due au VIH est élevée peuvent envisager d'effectuer un dépistage supplémentaire en période postpartum pour les femmes des populations clés vivant dans des districts ou des régions où l'incidence ou la charge du VIH sont élevées, et qui ont un partenaire vivant avec le VIH dont la charge virale n'est pas supprimée.

*En particulier dans les contextes où la séroprévalence d'HBsAg dans l'ensemble de la population est $\geq 2\%$.

Afrique de l'Est et Afrique Australe



Afrique de l'Ouest et du Centre



RCA : République centrafricaine ; SDV : services de dépistage du VIH

Le taux de positivité des SDV présenté dans cette figure repose sur les données du programme national signalées lors du suivi mondial de la lutte contre le sida de l'ONUSIDA de 2018. Le taux de positivité des SDV à l'échelle nationale correspond au nombre de tests dont le résultat a permis de poser un diagnostic de séropositivité au VIH au cours d'une année civile.

La prévalence ajustée sur le traitement correspond à la prévalence estimée de l'infection à VIH à l'échelle nationale après ajustement pour exclure du numérateur et du dénominateur les personnes vivant avec le VIH qui suivent une thérapie antirétrovirale. La prévalence ajustée sur le traitement inclut les personnes vivant avec le VIH non diagnostiquées, les personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique mais qui n'ont pas commencé de traitement, et les personnes vivant avec le VIH qui avaient commencé un traitement mais qui ont renoncé aux soins.

Source : estimations : communication personnelle de K Giugere, M Maheu-Giroux, JW Eaton, octobre 2019 ; ONUSIDA/OMS, 2019 ; Marsh K, Eaton JW, Mahy M, Sabin K, Antenrieth C, Wanyeki I, Daher J, Ghys PD. Global, regional and country-level 90-90-90 estimates for 2018: assessing progress towards the 2020 target. AIDS. 2019. doi : 10.1097/QAD.0000000000002355.

Entre 2010 et 2018...

...en Afrique de l'Est et Afrique australe

- Le nombre d'adultes vivant avec le VIH qui ne connaissent pas leur statut sérologique a diminué, passant de 6,1 millions à 2,8 millions.
- La prévalence de l'infection à VIH chez les adultes a reculé, passant de 7,1 % à 7,0 %.
- La proportion d'adultes ayant une infection à VIH non diagnostiquée a baissé, passant de 2,8 % à 1,0 %.
- En 2018, dans les pays où la prévalence de l'infection à VIH était supérieure ou égale à 20 %, le taux de positivité des SDV à l'échelle nationale était proche ou en dessous de 5 %.
- Le taux de positivité des SDV à l'échelle nationale était beaucoup plus proche de la prévalence ajustée sur le traitement (qui exclue les adultes vivant avec le VIH qui suivent une thérapie antirétrovirale) que de la prévalence de l'infection à VIH à l'échelle nationale.
- Lorsque le taux de positivité des SDV à l'échelle nationale est inférieur à la prévalence ajustée sur le traitement, il peut être nécessaire d'optimiser davantage les services de dépistage du VIH.

...en Afrique de l'Ouest et Afrique centrale

- Le nombre d'adultes vivant avec le VIH qui ne connaissent pas leur statut sérologique a diminué, passant de 2,5 millions à 1,5 million.
- La prévalence de l'infection à VIH chez les adultes a reculé, passant de 1,6 % à 1,5 %.
- La proportion d'adultes ayant une infection à VIH non diagnostiquée a baissé, passant de 1,0 % à 0,5 %.
- Dans tous les pays, le taux de positivité des SDV à l'échelle nationale était inférieur à 5 %.
- Un taux de positivité des SDV à l'échelle nationale supérieur à la prévalence globale de l'infection à VIH s'explique probablement par des SDV ciblant très précisément des populations clés, des lieux prioritaires et des patients ayant des symptômes liés au VIH.

Fig. 1. Comblent les lacunes pour les personnes vivant avec le VIH non diagnostiquées (2010-2018)

vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, et que dans le monde, près de 80 % de ces personnes connaissent leur statut.

La possibilité de mettre immédiatement en route une thérapie antirétrovirale et l'apparition de meilleures options thérapeutiques ont entraîné un accès et un recours accrus aux traitements. De nos jours, la plupart des personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique ont accès à des traitements et des soins.

La Figure 1 montre comment un développement réussi des SDV et de la thérapie antirétrovirale permet de combler les lacunes en matière de dépistage et contribue à la baisse du taux de positivité des SDV, notamment dans les régions où la charge de morbidité due au VIH est élevée, comme en Afrique de l'Est et en Afrique australe.

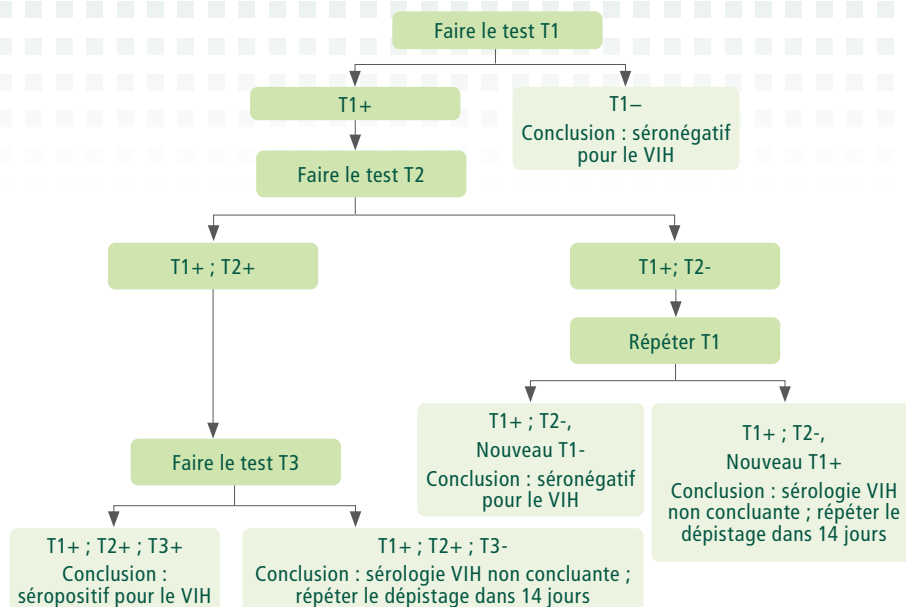
En dépit de ces progrès, des lacunes considérables persistent. Nombre des personnes les plus exposées au risque d'infection au VIH restent hors d'atteinte. Dans les régions où la charge de morbidité due au VIH est élevée, en Afrique australe, il s'agit des hommes, des adolescents et des jeunes (15-24 ans).

Dans le monde, les populations clés — hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, consommateurs de drogue par injection, personnes vivant en milieu carcéral ou dans d'autres structures fermées, professionnels du sexe et personnes transgenres — sont mal desservies, bien qu'elles soient les plus touchées par le VIH et qu'elles présentent un risque élevé persistant d'infection au VIH.

En dépit d'une augmentation du nombre de tests de VIH effectués chaque année, les SDV ne sont pas suffisamment ciblés dans de nombreuses régions. Dans nombre de contextes où la couverture du traitement est étendue, des SDV mal ciblés continuent à ne pas atteindre des personnes vivant avec le VIH qui ne connaissent pas leur statut sérologique.

De plus, les personnes vivant avec le VIH qui apprennent leur statut sans recevoir un soutien adéquat pourraient ne pas s'orienter vers des services de soins ou être perdues de vue pour le suivi.

Ces réalités nécessitent d'adopter une nouvelle orientation et de nouvelles approches pour atteindre dès les premiers stades de l'infection les personnes vivant avec le VIH, mais n'ayant



- Toutes les personnes sont dépistées avec le test 1 (T1). En cas de résultat négatif de test (T1-), la personne est déclarée séro-négative pour le VIH.
- Les personnes obtenant un résultat positif au test 1 (T1+) doivent alors être testées avec un autre test distinct (test 2 ; T2).
- Les personnes obtenant un résultat positif aux tests 1 et 2 (T1+ ; T2+) doivent alors passer un autre test distinct (test 3 ; T3).
- Conclure à une séropositivité pour le VIH si le test 3 est positif (T1+ ; T2+ ; T3+).
- Conclure à une sérologie VIH non concluante si le test 3 est négatif (T1+ ; T2+ ; T3-). Demander à la personne de revenir dans 14 jours pour subir un dépistage supplémentaire.
- Les personnes obtenant un résultat positif au test 1 mais négatif au test 2 (T1+ ; T2-) doivent répéter le test 1.
- Si le nouveau test 1 est négatif (T1+ ; T2- ; nouveau T1-), conclure à une séro-négativité pour le VIH ;
- Si le nouveau test 1 est positif (T1+ ; T2- ; nouveau T1+), conclure à une sérologie VIH non concluante et demander à la personne de revenir dans 14 jours pour subir un dépistage supplémentaire.

T1 : test 1 (premier test) ; T2 : test 2 (deuxième test) ; T3 : test 3 (troisième test).

Fig. 2. Stratégie de dépistage du VIH recommandée par l'OMS, qui s'appuie sur trois tests positifs consécutifs pour établir un diagnostic de séropositivité au VIH

jamais bénéficié d'un diagnostic. Les orientations actualisées de l'OMS sur les SDV répondent à l'évolution de l'épidémie de VIH. Elles favorisent l'élaboration et le développement d'un ensemble stratégique d'approches de dépistage du VIH fondées sur des données probantes, offertes dans les établissements de santé et en contexte communautaire, et destinées aux personnes ayant besoin de services de dépistage, de prévention et de traitement du VIH.

Services de dépistage du VIH précis et fiables

Il est crucial que tous les services de dépistage du VIH et tous les programmes nationaux obtiennent un diagnostic fiable de VIH le plus rapidement possible. Pour ce faire, l'OMS recommande aux pays d'utiliser une stratégie ou un algorithme de dépistage du VIH associant des tests de diagnostic rapide (TDR) ou des tests immunoenzymatiques qui, ensemble, permettent d'obtenir une valeur prédictive positive d'au moins 99 %. La valeur prédictive positive indique la probabilité qu'un diagnostic de séropositivité au VIH soit correct.

À l'échelle de la population, le nombre de personnes qui reçoivent un diagnostic de séropositivité au VIH, parmi toutes celles qui subissent un test de dépistage du VIH, a une incidence sur la probabilité que le diagnostic soit correct. Plus précisément, lorsque la proportion de personnes qui subissent un dépistage et reçoivent un diagnostic de séropositivité pour le VIH est inférieure à 5 %, au moins trois tests positifs consécutifs sont nécessaires pour maintenir une valeur prédictive positive de 99 %, et garantir la fiabilité des diagnostics de séropositivité pour le VIH.

Pour cette raison, depuis 1997, l'OMS recommande aux pays ayant une plus faible charge de morbidité due au VIH (prévalence du VIH inférieure à 5 %) de recourir à trois tests

positifs consécutifs pour établir un diagnostic de séropositivité au VIH (Fig. 2). Par opposition, l'OMS recommande aux pays ayant une charge du VIH élevée (prévalence du VIH supérieure ou égale à 5 %) d'utiliser deux tests positifs consécutifs pour établir un diagnostic de séropositivité au VIH.

En réponse à la baisse de la prévalence de l'infection à VIH parmi les personnes qui ne suivent pas de traitement (également appelée prévalence ajustée sur le traitement), l'OMS encourage maintenant les pays qui utilisent encore deux tests positifs consécutifs pour établir un diagnostic de séropositivité au VIH à recourir à trois tests positifs lorsque la prévalence ajustée sur le traitement et le taux de positivité des SDV à l'échelle nationale sont inférieurs à 5 %. Il est également rappelé aux pays à faible charge de morbidité due au VIH dont la prévalence de l'infection à VIH à l'échelle nationale est inférieure à 5 % qu'ils doivent continuer à utiliser trois tests positifs consécutifs pour établir un diagnostic de séropositivité au VIH.

Les pays ayant un taux de positivité des SDV à l'échelle nationale et une prévalence ajustée sur le traitement particulièrement faibles devraient modifier en priorité leurs programmes de dépistage en conséquence, pour éviter des erreurs de diagnostic et ne pas démarrer inutilement un traitement à vie.

Les pays doivent envisager de se baser sur le taux de positivité des SDV à l'échelle nationale et sur la prévalence ajustée sur le traitement pour évaluer leurs besoins et décider du moment où ils doivent commencer à modifier leurs stratégie et algorithme de dépistage.

Des efforts doivent être déployés pour optimiser la prestation des services de dépistage du VIH et aider ainsi les

programmes à faire la transition vers des approches telles qu'un autodépistage du VIH ou un test à des fins de triage. Avec ces approches, toutes les personnes obtenant un résultat positif au premier test de dépistage sont orientées vers un établissement pour y subir un dépistage supplémentaire à l'aide de l'algorithme de dépistage national au complet.

L'OMS continue de recommander aux programmes de répéter le dépistage des personnes diagnostiquées séropositives au VIH avant de mettre en route un traitement à vie. Cette répétition du dépistage, pour confirmer un diagnostic de séropositivité, permet de détecter les erreurs humaines, comme les erreurs d'étiquetage des résultats des tests.

Abandon des immunotransferts (« Western blots »)

Les immunotransferts (« Western blots ») et les tests immunoenzymatiques sur bandelette (« line immunoassays ») nécessitent que les échantillons soient recueillis dans un établissement de santé par ponction veineuse, avant d'être traités puis envoyés à un laboratoire, où un personnel hautement qualifié réalise le test. Le laboratoire envoie ensuite les résultats à l'établissement référent, qui contacte le client pour l'informer du résultat.

La réalisation des immunotransferts et des tests immunoenzymatiques sur bandelette, l'interprétation des résultats et la communication des résultats au client demandent du temps et des ressources inestimables (coûts et ressources humaines), et retardent souvent, voire empêchent, la mise en route de la thérapie antirétrovirale, avec des clients perdus de vue pour le suivi. Les nouvelles technologies de dépistage sont plus rapides et fiables, mieux acceptées, et moins onéreuses que les immunotransferts.

Pour faciliter le développement des services de dépistage, de prévention et de traitement du VIH, l'OMS recommande aux pays de remplacer les immunotransferts et les tests immunoenzymatiques sur bandelette par des tests plus simples, à savoir les tests de diagnostic rapide (TDR) et les tests immunoenzymatiques.

Susciter une demande et informer avant le dépistage

Les activités qui permettent de susciter une demande sont celles qui améliorent directement les connaissances, l'attitude et la motivation d'une personne. Les activités permettant de susciter une demande pour des SDV appuient les efforts plus généraux visant à favoriser le dépistage du VIH et les liens avec les services de prévention et de soins pour les personnes qui en ont le plus besoin.

Selon les données probantes, les plates-formes numériques et les interventions menées par les pairs, y compris les vidéos préenregistrées de courte durée, sont des outils à envisager pour encourager l'adoption des SDV.

Encadré 2. Approches recommandées par l'OMS pour la prestation de services différenciés de dépistage du VIH

1. Dans tous les contextes, il faut envisager d'offrir des **services de dépistage du VIH dans les établissements de santé**, et les proposer systématiquement dans le cadre des services liés aux infections sexuellement transmissibles (IST), à l'hépatite virale, à la tuberculose (TB) et aux soins prénatals, dans les centres de malnutrition, ainsi que dans le cadre des services de santé offerts aux populations clés. Dans les contextes où la charge de morbidité due au VIH est élevée, il faut systématiquement offrir des services de dépistage du VIH en milieu clinique. Dans ces contextes, les autres points d'accès stratégiques sont les centres de planification familiale et de contraception, et les centres pratiquant la circoncision masculine médicale volontaire.
2. Dans tous les contextes, il est conseillé d'offrir des **services de dépistage du VIH communautaires** aux populations clés, en plus des options de dépistage offertes dans les établissements de santé. Dans les contextes où la charge de morbidité due au VIH est élevée, il est conseillé d'offrir un dépistage du VIH communautaire à toutes les populations. Tous ces dépistages communautaires doivent venir compléter les services offerts dans les établissements de santé, et s'efforcer d'atteindre de façon efficace et pertinente les personnes qui ont le plus besoin de services de dépistage du VIH.
3. **L'autodépistage du VIH** est recommandé comme approche de dépistage du VIH. De nombreux moyens permettent de proposer et de soutenir un autodépistage du VIH, en fonction de la population et du contexte. Les communautés doivent participer à l'élaboration et à l'adaptation des modèles d'autodépistage du VIH.
4. **Les services liés à l'infection à VIH et destinés aux partenaires** — à savoir, des services de dépistage du VIH (SDV) volontaires offerts aux partenaires sexuels et d'injection des personnes vivant avec le VIH — sont recommandés dans le cadre d'un ensemble complet de services de dépistage et de soins. Cet ensemble de services comprend plusieurs options, notamment : (1) une notification par le prestataire, lorsqu'un prestataire formé aide directement les personnes séropositives à contacter leur(s) partenaire(s) et à leur offrir des SDV, et (2) une notification par le patient, lorsque le prestataire formé encourage le patient à divulguer son statut sérologique à son ou ses partenaires.

Il est important que les services aux partenaires offrent un **dépistage du VIH aux enfants biologiques non dépistés des clients séropositifs**.

Les programmes doivent envisager d'utiliser des **approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux**, qui proposent un dépistage du VIH aux contacts sociaux des populations clés, ainsi qu'aux partenaires sexuels et d'injection.

Les personnes vivant avec le VIH doivent pouvoir choisir la façon dont leurs partenaires peuvent être contactés, et doivent avoir le temps d'examiner les meilleures options pour le faire, en fonction de leurs besoins.

Les personnes qui ne souhaitent pas que leurs partenaires soient contactés ou qui ont besoin de temps pour prendre une décision à ce sujet doivent être soutenues dans leur choix. La stratégie de notification par le prestataire est très efficace et doit être considérée en priorité, si possible et si le client la juge acceptable, car elle permet de proposer un ensemble complet d'interventions de prévention aux partenaires séronégatifs pour le VIH, mais qui restent susceptibles de contracter une infection à VIH.

Les approches permettant de susciter une demande qui ont fait leurs preuves pour augmenter la fréquentation des SDV incluent :

1. la publicité de caractéristiques propres aux SDV ;
2. des messages clés de courte durée (moins de 15 minutes) ;
3. des messages en faveur du dépistage communiqués au cours de séances de conseil au couple ;
4. des messages portant sur la réduction des risques et l'émancipation économique, notamment pour les consommateurs de drogue par injection ;
5. des messages d'encouragement.

Bien que les mesures d'incitation puissent s'avérer efficaces pour susciter une demande dans certaines situations, il est important de bien peser les avantages et les inconvénients d'une telle stratégie avant d'y recourir.

Il n'est pas recommandé d'offrir des services de conseil avant le dépistage dans le cadre des SDV. Au contraire, d'après les données probantes, il vaut mieux communiquer une information et des messages de courte durée avant le dépistage, qui proposent et encouragent le dépistage.

Approches pour la prestation de services différenciés de dépistage du VIH

Pour offrir un diagnostic précoce du VIH et dans le cadre d'efforts plus généraux pour éliminer la transmission mère-enfant du VIH, de la syphilis et du virus de l'hépatite B, il faut proposer le plus tôt possible un dépistage aux femmes enceintes, idéalement au cours du premier trimestre. **Les doubles tests de diagnostic rapide (TDR) VIH/syphilis peuvent servir de premier test de dépistage dans le cadre des soins prénatals.**

Répétition du dépistage du VIH : considérations pour la prévention et le diagnostic

La répétition du dépistage a pour objectif principal de permettre aux personnes ayant déjà reçu un diagnostic de séronégativité pour le VIH de rester séronégatives, et d'identifier le plus tôt possible celles qui sont devenues séropositives pour qu'elles puissent démarrer un traitement. Il faut envisager d'aider à orienter les personnes séronégatives pour le VIH vers des interventions adéquates de prévention du VIH, et d'orienter en priorité celles qui présentent un risque persistant d'infection au VIH.

L'OMS recommande une répétition annuelle du dépistage pour les personnes suivantes :

- population sexuellement active des contextes où la charge de morbidité due au VIH est élevée ;
- personnes soumises à un risque persistant d'infection au VIH, quel que soit le contexte.

Il est parfois nécessaire de répéter plus fréquemment le dépistage — tous les 3 à 6 mois — en fonction des risques individuels et dans le cadre d'interventions plus générales de prévention du VIH. Ce serait par exemple le cas pour les personnes qui suivent une prophylaxie pré-exposition (PPrE), qui doivent subir un dépistage trimestriel du VIH, et pour les membres des populations clés qui ont contracté une IST.

Répétition du dépistage dans des groupes particuliers. Certaines situations exigent que des personnes qui ont déjà subi un dépistage du VIH répètent ce dépistage :

- **personnes** ayant un diagnostic d'IST ou d'hépatite virale, ou recevant un traitement contre ces infections ;
- **personnes** ayant reçu un diagnostic provisoire ou confirmé de TB ;
- **patients** traités en ambulatoire dont le tableau clinique serait révélateur d'une infection à VIH ;
- **personnes** ayant récemment été soumises à un risque d'exposition au VIH ou qui s'inquiètent

En cas de répétition du dépistage, elle ne doit concerner que les membres des populations clés, ou les femmes qui ont un partenaire sexuel vivant avec le VIH dont la charge virale n'est pas supprimée malgré le traitement ou qui est membre d'une population clé.

Liens avec les services de soins

Il relève de la responsabilité éthique et professionnelle des agents de dépistage de diagnostiquer le plus tôt possible les personnes vivant avec le VIH et de les aider à choisir de se faire soigner et de démarrer une thérapie antirétrovirale. Il s'agit là également de l'objectif principal de tous les services de dépistage. Les services après le dépistage doivent inclure au minimum : des messages concis de conseil ; des interventions, approches et outils de soutien efficaces favorisant le démarrage rapide de la thérapie antirétrovirale ; l'établissement d'autres liens vers des services de prévention, de soins et de soutien, entre autres, liés au VIH.

Les messages de conseil après le dépistage restent essentiels. Ils doivent être concis, répondre aux besoins du client et favoriser principalement les liens vers les services de soins. Les messages doivent offrir les informations les plus récentes aux clients, et mentionner notamment :

- **les avantages personnels** pour la santé d'un démarrage précoce de la thérapie antirétrovirale ;
- **que** les personnes vivant avec le VIH qui suivent une thérapie antirétrovirale et qui obtiennent et maintiennent une suppression de la charge virale ne peuvent pas transmettre le VIH à leurs partenaires ;

- **les avantages**, pour les personnes vivant avec le VIH, de la notification par le prestataire offerte sur une base volontaire.

Les messages doivent également véhiculer des informations sur les interventions de prévention du VIH et sur les moyens d'y accéder, comme les préservatifs féminins et masculins, la PPrE pour les personnes présentant un risque élevé persistant, la circoncision masculine médicale volontaire pour les garçons et les hommes d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe, et sur les services de réduction des effets nocifs pour les consommateurs de drogue par injection.

Toutes les personnes recevant un diagnostic de séropositivité pour le VIH doivent recevoir un ensemble d'interventions de soutien pour assurer leur orientation opportune vers des services de soins. L'OMS recommande de favoriser cette orientation à l'aide de services colocalisés et bien coordonnés liés à la thérapie antirétrovirale, et d'une navigation et d'un

soutien par les pairs. Plusieurs autres approches peuvent être envisagées pour des groupes particuliers qui ont peu recours à ces services — comme les hommes, les jeunes et les populations clés. Ces approches peuvent inclure un démarrage de la thérapie antirétrovirale à domicile, des services conviviaux et souples conçus pour convenir à ces groupes, et l'utilisation de plates-formes numériques, comme une aide à l'orientation via des médias sociaux et des vidéos.

Il est également important d'orienter au mieux vers des services de prévention efficace les personnes séronégatives pour le VIH, mais qui sont soumises à un risque persistant. Une fois que ces personnes ont recours aux services de prévention, les SDV continueront à faire partie du « suivi de la prévention » — par exemple, le dépistage trimestriel des personnes suivant une PPrE — pour diagnostiquer les nouvelles infections et permettre aux personnes concernées de démarrer une thérapie antirétrovirale le plus rapidement possible.

Tableau 1.1. Résumé des recommandations, des déclarations de bonnes pratiques et des orientations actualisées de l'OMS pour le dépistage du VIH

Approche et référence	Recommandations et déclarations de bonnes pratiques
Mobilisation et services avant le dépistage	
<p>Susciter une demande pour les services de dépistage du VIH</p> <p>NOUVEAU Déclaration de bonnes pratiques</p> <p>OMS (2019). Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH.</p>	<p>Les approches permettant de susciter une demande pour les SDV et de mobiliser les personnes qui ont le plus besoin de ces services représentent un outil précieux pour lutter contre la stigmatisation, la discrimination et la criminalisation. Il faudra peut-être hiérarchiser ces approches en fonction du contexte, de la population cible et des ressources disponibles, dans le cadre d'une stratégie pour atteindre les personnes vivant avec le VIH qui ne connaissent pas leur statut sérologique et qui présentent un risque élevé d'infection au VIH. Une vaste gamme de stratégies permettant de susciter une demande a été rigoureusement testée pour en étudier l'impact sur le recours au dépistage du VIH et sur la proportion de personnes vivant avec le VIH recevant un diagnostic. Cependant, les résultats à plus long terme, comme une orientation vers les services de soins et de prévention, n'ont été que rarement évalués.</p> <p>Les plates-formes basées sur des données probantes permettant de susciter une demande incluent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des interventions menées par les pairs pour susciter une demande, y compris la mobilisation ; • des plates-formes numériques, comme de courtes vidéos préenregistrées encourageant le dépistage. <p>Les approches qui ont fait leurs preuves pour augmenter la demande incluent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la publicité de caractéristiques propres aux SDV ; • des messages clés et un conseil de courte durée (moins de 15 minutes), délivrés par des prestataires ; • des messages en faveur du dépistage communiqués au cours de séances de conseil au couple ; • des messages portant sur la réduction des risques et l'émancipation économique, notamment pour les consommateurs de drogue par injection ; • des messages d'encouragement. <p>D'après les données probantes, les approches suivantes seraient moins efficaces pour susciter une demande :</p> <ul style="list-style-type: none"> • lettres d'invitation personnelle ; • messages au contenu personnalisé ; • services de conseil cherchant à nouer une relation entre le client et le conseiller ; • messages texte généraux, y compris SMS ; <p>Selon plusieurs études, la fréquentation des SDV augmente lorsque des mesures d'incitation sont offertes. Cependant, avant de recourir à de telles mesures pour susciter une demande, il est important de bien peser les avantages et les inconvénients d'une telle stratégie, comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'utilisation des ressources et la pérennité de la stratégie, notamment en cas d'incitations financières, qui pourraient aller à l'encontre des principes d'une couverture sanitaire universelle ; • les changements de comportement à long terme associant les SDV et d'autres services à des mesures d'incitation, par rapport à l'augmentation à court terme du recours au dépistage ; • l'effet néfaste sur l'équité, certaines populations et maladies devenant prioritaires ; • la possibilité que les stratégies de mise en œuvre systématique qui améliorent la prestation de services et qui atténuent les obstacles et les facteurs dissuasifs (comme les coûts liés aux patients d'un accès plus général aux services de santé) ne soient plus d'intérêt prioritaire.

Tableau 1.1. Résumé des recommandations, des déclarations de bonnes pratiques et des orientations actualisées de l'OMS pour le dépistage du VIH, suite





Approche et référence	Recommandations et déclarations de bonnes pratiques
Approches pour la prestation de services	
<p>SDV dans les établissements de santé</p> <p> Orientation actualisée</p> <p>OMS (2017). Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement de la syphilis chez les femmes enceintes (en anglais). https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/syphilis-ANC-screenandtreat-guidelines/en/</p> <p>OMS (2017). Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/fr/</p> <p>OMS (2015). Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH. https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/fr/</p> <p>OMS (2017). Lignes directrices de l'OMS sur le dépistage de l'hépatite B et C (en anglais). https://www.who.int/hepatitis/publications/guidelines-hepatitis-c-b-testing/en/</p>	<p>Toutes les femmes enceintes doivent subir un dépistage du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B (antigène de surface du virus de l'hépatite B, ou HBsAg)* au moins une fois au cours de leur grossesse et le plus tôt possible (syphilis : recommandation forte, données probantes de qualité moyenne ; HBsAg : recommandation forte, données probantes de faible qualité).</p> <p>*En particulier dans les contextes où la séroprévalence d'HBsAg dans l'ensemble de la population est 2 %.</p> <p>Les doubles tests de diagnostic rapide (TDR) VIH/syphilis peuvent servir de premier test dans les stratégies et algorithmes de dépistage du VIH utilisés dans les établissements de soins prénatals.</p> <p>Contextes à forte charge de morbidité due au VIH Il faut offrir des services de dépistage du VIH à toutes les populations et dans tous les services (par exemple, les services liés aux infections sexuellement transmissibles [IST], à l'hépatite et à la tuberculose [TB], ceux destinés aux enfants de moins de cinq ans, les services de vaccination et ceux liés à la malnutrition et aux soins prénatals, et tous les services offerts aux populations clés), car ils permettent d'identifier de façon efficace et pertinente les personnes vivant avec le VIH.</p> <p>Contextes à faible charge de morbidité due au VIH Il faut offrir un dépistage du VIH aux personnes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • adultes, adolescents ou enfants qui présentent des signes ou des symptômes cliniques, ou des troubles (y compris la TB et les IST) pouvant indiquer une infection à VIH ; • enfants exposés au VIH et nourrissons et enfants symptomatiques ; • populations clés et leurs partenaires ; • toutes les femmes enceintes. <p>Lorsque les ressources sont limitées, en particulier dans les régions à faible charge de morbidité due au VIH, les programmes pourraient avoir besoin de hiérarchiser les ressources en offrant en priorité les SDV aux femmes enceintes des régions géographiques où la prévalence du VIH est plus forte, ou aux femmes soumises à un risque élevé persistant, comme celles membres des populations clés.</p>
<p>SDV dans la communauté</p> <p>OMS (2015). Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH. https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/fr/</p>	<p>Contextes à forte charge de morbidité due au VIH L'OMS recommande d'offrir des services communautaires de dépistage du VIH connectés aux services de prévention, de soins et de traitement, en plus d'offrir de manière systématique un dépistage dans les établissements de santé, en particulier aux populations clés (<i>recommandation forte, données probantes de faible qualité</i>).</p> <p>Contextes à faible charge de morbidité due au VIH L'OMS recommande d'offrir aux populations clés des services communautaires de dépistage du VIH connectés aux services de prévention, de soins et de traitement, en plus d'offrir un dépistage dans les établissements de santé (<i>recommandation forte, données probantes de faible qualité</i>).</p>
<p>Autodépistage du VIH</p> <p> Recommandation actualisée</p> <p>OMS (2018). Lignes directrices sur l'autodépistage du VIH et la notification aux partenaires : Supplément aux lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH. https://www.who.int/hiv/pub/self-testing/hiv-self-testing-guidelines/fr/</p>	<p>Un autodépistage du VIH doit être proposé dans le cadre des services de dépistage du VIH (<i>recommandation forte, données probantes de qualité moyenne</i>).</p>
<p>Notification par le prestataire (également appelée dépistage indicateur et notification assistée aux partenaires)</p> <p> Recommandation actualisée</p> <p>OMS (2018). Lignes directrices sur l'autodépistage du VIH et la notification aux partenaires : Supplément aux lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH. https://www.who.int/hiv/pub/self-testing/hiv-self-testing-guidelines/fr/</p>	<p>Dans le cadre d'un ensemble complet de services de soins, de dépistage et de prévention offerts sur une base volontaire, il faut offrir un service de notification par le prestataire à toutes les personnes vivant avec le VIH (<i>recommandation forte, données probantes de qualité moyenne</i>).</p>
<p>Approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux</p> <p> Recommandation</p> <p>OMS (2019). Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH.</p>	<p>Des approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux peuvent servir de stratégie de dépistage du VIH dans les populations clés, dans le cadre d'un ensemble complet de services de soins et de prévention (<i>recommandation conditionnelle, données probantes de très faible qualité</i>).</p>

Tableau 1.1. Résumé des recommandations, des déclarations de bonnes pratiques et des orientations actualisées de l'OMS pour le dépistage du VIH, suite


Approche et référence	Recommandations et déclarations de bonnes pratiques
<p>Dépistage du VIH par des prestataires non professionnels</p> <p>OMS (2015). Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH. https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/fr/</p>	<p>Les prestataires non professionnels formés et encadrés peuvent assurer indépendamment un service de dépistage du VIH sûr et efficace au moyen de tests de diagnostic rapide (TDR) (<i>recommandation forte, données probantes de qualité moyenne</i>).</p>
Répétition du dépistage	
<p>Répétition du dépistage</p> <p> Orientation actualisée</p> <p>OMS (2015). Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH. https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/fr/</p>	<p>Dans tous les contextes</p> <p>Seuls des groupes bien précis ont besoin de services de conseil après le dépistage les encourageant à répéter le dépistage à un rythme approprié : personnes vivant dans des contextes où la charge de morbidité due au VIH est élevée ou personnes présentant un risque d'infection au VIH. L'orientation de l'OMS recommande une répétition annuelle du dépistage pour les personnes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • population sexuellement active des contextes où la charge de morbidité due au VIH est élevée ; • personnes soumises à un risque persistant d'infection au VIH, quel que soit le contexte, notamment : <ul style="list-style-type: none"> ◦ les populations clés, à savoir les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes vivant en milieu carcéral ou dans d'autres structures fermées, les consommateurs de drogue par injection, les professionnels du sexe et les personnes transgenres ; ◦ les groupes à risque propres au pays ou à l'épidémie, comme les hommes, les adolescentes et les femmes d'Afrique australe ; ◦ les personnes ayant un partenaire séropositif pour le VIH. <p>Répétition du dépistage pour des groupes particuliers. Dans certaines situations, des personnes qui ont déjà subi un dépistage pour le VIH peuvent avoir à répéter ce dépistage, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ les personnes ayant un diagnostic d'IST ou d'hépatite virale, ou recevant un traitement contre ces infections ; ◦ les personnes ayant reçu un diagnostic provisoire ou confirmé de TB ; ◦ les patients traités en ambulatoire avec un tableau clinique qui serait révélateur d'une infection à VIH ; ◦ les personnes qui ont récemment présenté un risque d'exposition au VIH. <p>Une répétition plus fréquente du dépistage, par exemple tous les 3 à 6 mois, pourrait s'avérer nécessaire en fonction des facteurs de risque individuels et dans le cadre d'interventions plus générales pour la prévention du VIH. Elle concernerait par exemple les membres des populations clés qui arrivent dans les services avec une IST, et les personnes suivant une PPrE, qui doivent subir un dépistage du VIH trimestriel.</p> <p>Répétition du dépistage pour les femmes enceintes ou en période postpartum Contextes à forte charge de morbidité due au VIH</p> <p>Répéter en fin de grossesse (au cours de la visite du troisième trimestre) le dépistage de toutes les femmes enceintes de statut sérologique inconnu ou séronégatif pour le VIH. Un dépistage de rattrapage est nécessaire si le premier dépistage ou la répétition du dépistage ont été omis ou retardés.</p> <p>On peut également envisager de répéter le dépistage pour les femmes en période postpartum de statut sérologique inconnu ou séronégatif pour le VIH. Les pays peuvent envisager d'offrir un dépistage supplémentaire en période postpartum aux femmes des populations clés, à celles qui ont un partenaire vivant avec le VIH dont la charge virale n'est pas supprimée, et à celles qui vivent dans des districts ou des provinces déterminés où l'incidence ou la charge du VIH sont élevées.</p> <p>Contextes à faible charge de morbidité due au VIH</p> <p>Répéter le dépistage en fin de grossesse (au cours de la visite du troisième trimestre) pour toutes les femmes enceintes de statut sérologique inconnu ou séronégatif pour le VIH dans un couple sérodiscordant, lorsque le partenaire ne suit pas de thérapie antirétrovirale ou que sa charge virale n'est pas supprimée, ou pour les femmes enceintes soumises à un autre risque persistant connu d'infection au VIH. Un dépistage de rattrapage est nécessaire si le premier dépistage ou la répétition du dépistage ont été omis ou retardés.</p> <p>Il est possible d'envisager un dépistage supplémentaire en période postpartum pour les femmes de statut sérologique inconnu ou séronégatif pour le VIH qui sont membres des populations clés ou qui ont un partenaire vivant avec le VIH dont la charge virale n'est pas supprimée. Les pays peuvent également envisager d'offrir un dépistage supplémentaire en période postpartum aux femmes qui vivent dans des districts ou des provinces déterminés où l'incidence ou la charge du VIH sont élevées.</p>

Tableau 1.1. Résumé des recommandations, des déclarations de bonnes pratiques et des orientations actualisées de l'OMS pour le dépistage du VIH, suite

Approche et référence	Recommandations et déclarations de bonnes pratiques
Stratégies de dépistage et de diagnostic du VIH	
<p>Stratégies de dépistage et de diagnostic du VIH</p> <p>NOUVEAU Recommandation et</p> <p>Orientation actualisée</p> <p>OMS (2019). Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH.</p> <p>OMS (2015). Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH. https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/fr/</p>	<p>Immuno-transfert (« Western blot ») Les immuno-transferts (« Western blots ») et les tests immunoenzymatiques sur bandelette (« line immunoassays ») ne doivent pas être utilisés dans les stratégies et les algorithmes nationaux de dépistage du VIH (recommandation forte, données probantes de faible qualité).</p> <p>Femmes enceintes Les doubles tests de diagnostic rapide (TDR) VIH/syphilis peuvent servir de premier test dans les stratégies et algorithmes de dépistage du VIH utilisés dans les établissements de soins prénatals.</p> <p>Stratégie et algorithme de dépistage du VIH L'OMS recommande que la valeur prédictive positive de tous les algorithmes de dépistage du VIH soit d'au moins 99 % et que ces algorithmes utilisent des tests ayant une sensibilité ≥ 99 % et une spécificité ≥ 98 %.</p> <p>Le premier test d'une stratégie et d'un algorithme de dépistage du VIH doit présenter la sensibilité la plus élevée, tandis que les deuxième et troisième tests doivent présenter la spécificité la plus forte.</p> <p>Les pays devraient envisager de passer à une stratégie qui s'appuie sur trois tests lorsque le taux de positivité des SDV à l'échelle nationale est inférieure à 5 % — c'est à dire que toutes les personnes qui ont recours à des SDV doivent obtenir trois tests positifs consécutifs pour recevoir un diagnostic de séropositivité au VIH.</p> <p>L'OMS conseille d'utiliser une stratégie de dépistage du VIH qui permet de poser un diagnostic de VIH durant les périodes de surveillance et d'informer systématiquement les patients du résultat du dépistage.</p>
Services après le dépistage et orientation	
<p>OMS (2019). Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH.</p> <p>OMS (2017). Lignes directrices sur la prise en charge d'une maladie due au VIH et le démarrage rapide d'une thérapie antirétrovirale (en anglais). https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/advanced-HIV-disease/en/</p> <p>OMS (2016). Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention d'une infection à VIH : approche de santé publique (en anglais). https://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/</p> <p>OMS (2015). Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH. https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/fr/</p>	<p>Après la confirmation du diagnostic de VIH et une évaluation clinique, il faut offrir à toutes les personnes vivant avec le VIH la possibilité de démarrer rapidement une thérapie antirétrovirale (recommandation forte, données probantes de grande qualité pour les adultes et les adolescents ; données probantes de faible qualité pour les enfants).</p> <p>Après un diagnostic de séropositivité pour le VIH, il faut offrir un ensemble d'interventions de soutien à toutes les personnes vivant avec le VIH, pour assurer leur orientation opportune vers des services de soins (recommandation forte, données probantes de qualité moyenne).</p> <p>Les interventions suivantes ont prouvé qu'elles permettaient de favoriser l'orientation vers les services de soins après un diagnostic de VIH :</p> <ul style="list-style-type: none"> • interventions simplifiées pour réduire les délais entre le diagnostic et la participation aux soins, notamment (i) une meilleure orientation pour une prise en charge de la maladie, (ii) une aide à la communication du statut sérologique, (iii) un suivi des patients, (iv) une formation du personnel à la prestation de services multiples et (v) des services simplifiés et situés au même endroit (données probantes de qualité moyenne) ; • approches de soutien et de navigation par les pairs pour l'orientation (données probantes de qualité moyenne) ; • mesures pour améliorer la qualité, utilisant les données pour faciliter l'orientation (données probantes de faible qualité) ; <p>Déclarations de bonnes pratiques Le démarrage de la thérapie antirétrovirale doit respecter les principes généraux de la prestation de soins centrés sur la personne. Les soins centrés sur la personne doivent cibler les besoins, les préférences et les attentes des personnes et des communautés en matière de santé, et s'articuler autour de ces éléments, tout en garantissant la dignité et le respect de la personne, notamment pour les populations vulnérables. Ces soins doivent promouvoir la participation et aider les personnes et les familles à jouer un rôle actif dans leurs soins, en les aidant à prendre des décisions éclairées.</p> <p>Avant de démarrer une thérapie antirétrovirale, il faut répéter le dépistage de toutes les personnes nouvellement diagnostiquées séropositives au VIH pour vérifier leur statut sérologique, à l'aide d'une stratégie et d'un algorithme de dépistage identiques à ceux utilisés lors du premier dépistage. Pour minimiser le risque d'erreur de diagnostic, cette approche doit être maintenue dans les contextes mettant en œuvre un démarrage rapide de la thérapie antirétrovirale.</p> <p>L'entrée en vigueur de la recommandation visant à « traiter tout le monde » (thérapie antirétrovirale pour toutes les personnes vivant avec le VIH, indépendamment de la numération des CD4) favorise le démarrage rapide de la thérapie antirétrovirale, y compris une mise en route le jour même en l'absence de contre-indication clinique.</p> <p>Les patients qui ne présentent aucune contre-indication au démarrage rapide de la thérapie antirétrovirale doivent être pleinement informés des bienfaits de cette thérapie et se voir offrir un démarrage rapide du traitement, y compris une mise en route le jour même. Il est particulièrement important de démarrer rapidement la thérapie antirétrovirale pour les personnes ayant une très faible numération des CD4, pour lesquelles le risque de décès est élevé. Les personnes ne doivent pas être forcées à commencer immédiatement un traitement et il faut les aider à décider en connaissance de cause quand démarrer la thérapie antirétrovirale.</p>

Tableau 1.1. Résumé des recommandations, des déclarations de bonnes pratiques et des orientations actualisées de l'OMS pour le dépistage du VIH, suite

Approche et référence	Recommandations et déclarations de bonnes pratiques
Populations prioritaires	
<p>Populations clés</p> <p>NOUVEAU Recommandation</p> <p>OMS (2019). Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH.</p> <p>OMS (2015). Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH. https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/fr/</p>	<p>Les services de dépistage du VIH doivent être offerts de façon systématique à toutes les populations clés, aussi bien au sein de la communauté que dans les établissements de santé. Dans tous les contextes, il faut offrir aux populations clés des services communautaires de dépistage du VIH connectés aux services de prévention, de soins et de traitement, en plus d'offrir systématiquement un dépistage dans les établissements de santé (<i>recommandation forte, données probantes de faible qualité</i>).</p> <p>Des approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux peuvent servir de stratégie de dépistage du VIH dans les populations clés, dans le cadre d'un ensemble complet de services de soins et de prévention (<i>recommandation conditionnelle, données probantes de très faible qualité</i>).</p>
<p>Adolescents</p> <p>OMS (2015). Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH. https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/fr/</p>	<p>Il est conseillé d'offrir aux adolescents des populations clés des services de dépistage du VIH connectés aux services de prévention, de soins et de traitement (<i>recommandation forte, données probantes de très faible qualité</i>).</p> <p>Les adolescents doivent être conseillés sur les avantages et les risques potentiels de la communication de leur statut de séropositivité pour le VIH. Ils doivent également recevoir les moyens et le soutien nécessaires pour déterminer s'ils doivent divulguer ce statut, quand et comment le faire, et à qui (<i>recommandation conditionnelle, données probantes de très faible qualité</i>).</p> <p>Contextes à forte charge de morbidité due au VIH Dans les contextes à forte charge de morbidité due au VIH, il est recommandé d'offrir à tous les adolescents des SDV connectés aux services de prévention, de soins et de traitement (<i>recommandation forte, données probantes de très faible qualité</i>).</p> <p>Contextes à faible charge de morbidité due au VIH Des SDV connectés aux services de prévention, de soins et de traitement doivent être accessibles à tous les adolescents en cas d'épidémie peu active ou concentrée (<i>recommandation conditionnelle, données probantes de très faible qualité</i>).</p> <p>Déclaration de bonnes pratiques Les gouvernements doivent revoir les politiques sur l'âge de la majorité au vu de la nécessité de respecter le droit des adolescents à faire des choix en ce qui concerne leur santé et leur bien-être (<i>en tenant compte des différents niveaux de maturité et de compréhension</i>).</p>
<p>Couples et partenaires</p> <p>NOUVEAU ✓</p> <p>Recommandations nouvelles et actualisées</p> <p>OMS (2019). Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH.</p> <p>OMS (2015). Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH. https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/fr/</p> <p>OMS (2013). Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes : recommandations cliniques et politiques. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/88186/WHO_RHR_13.10_fre.pdf?sequence=1</p>	<p>Des approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux peuvent être offertes dans le cadre d'un ensemble complet de services de dépistage et de soins pour les populations clés (<i>recommandation conditionnelle, données probantes de très faible qualité</i>).</p> <p>Dans le cadre d'un ensemble complet de services de soins, de dépistage et de prévention offerts sur une base volontaire, il faut offrir un service de notification par le prestataire à toutes les personnes vivant avec le VIH (<i>recommandation forte, données probantes de qualité moyenne</i>).</p> <p>Il faut proposer des services volontaires de dépistage du VIH aux couples et aux partenaires, et les soutenir pour favoriser la divulgation réciproque (<i>recommandation forte, données probantes de faible qualité</i>).</p> <p>Il faut offrir un soutien immédiat aux femmes qui mentionnent subir des violences de la part d'un partenaire intime (ou d'un autre membre de la famille) ou être victimes d'une agression sexuelle (quelqu'en soit l'auteur). Au minimum, le personnel soignant doit offrir un soutien de première intention aux femmes qui mentionnent avoir subi des violences. Lorsque ce n'est pas possible, le personnel soignant doit s'assurer qu'une autre personne (de leur établissement de santé ou d'un autre établissement facilement accessible) est immédiatement disponible pour offrir un tel soutien (<i>recommandation forte, preuves indirectes</i>).</p> <p>Le personnel soignant doit s'informer d'une violence éventuelle entre partenaires intimes lorsqu'il évalue des conditions qui pourraient s'expliquer ou être compliquées par une telle violence, afin d'améliorer le diagnostic ou l'identification et les soins ultérieurs (<i>recommandation forte, preuves indirectes</i>).</p> <p>Déclarations de bonnes pratiques Un ensemble de mesures de notification volontaire par le prestataire pourrait inclure la notification des enfants biologiques des personnes vivant avec le VIH.</p> <p>Un dépistage imposé ou obligatoire n'est jamais justifié. En consultation avec le client, le prestataire doit évaluer le risque de préjudice, l'approche de dépistage du couple et des partenaires la plus adaptée, y compris le recours à des options supplémentaires de soutien comme l'aide du prestataire, et les situations pour lesquelles un dépistage du couple ou des partenaires est déconseillé.</p>

Tableau 1.1. Résumé des recommandations, des déclarations de bonnes pratiques et des orientations actualisées de l'OMS pour le dépistage du VIH, suite

Approche et référence	Recommandations et déclarations de bonnes pratiques
<p>Nourrissons et enfants</p> <p>OMS (2019). Outil de diagnostic moléculaire du VIH pour faciliter la mesure de la charge virale et le diagnostic chez le nourrisson (en anglais). https://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv-molecular-diagnostic/en/</p> <p>OMS (2016). Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention d'une infection à VIH (en anglais). https://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/</p>	<p>Dans tous les contextes</p> <p>Les nourrissons exposés au VIH devraient subir le plus tôt possible un dépistage du VIH à l'aide d'un test virologique pour qu'ils puissent démarrer immédiatement une thérapie antirétrovirale, ce qui permet de réduire la morbidité et la mortalité associées.</p> <p>Les techniques de dépistage par l'acide nucléique (TAN) qui ont été conçues et validées pour une utilisation sur le lieu de soins peuvent être utilisées pour le dépistage précoce du VIH chez les nourrissons (<i>recommandation conditionnelle, données probantes de faible qualité</i>).</p> <p>On peut envisager d'ajouter un test de dépistage par TAN aux approches de dépistage déjà en place pour le diagnostic précoce des nourrissons, afin de diagnostiquer une infection à VIH chez les nourrissons exposés au VIH (<i>recommandation conditionnelle, données probantes de faible qualité</i>).</p> <p>Contextes à forte charge de morbidité due au VIH</p> <p>Dans les contextes à forte charge de morbidité due au VIH, les nourrissons et les enfants de statut sérologique inconnu qui sont admis à l'hôpital ou qui fréquentent les centres de malnutrition doivent subir un dépistage systématique du VIH (<i>recommandation forte, données probantes de faible qualité</i>).</p> <p>Dans les contextes à forte charge de morbidité due au VIH, il faut offrir un dépistage du VIH aux nourrissons et aux enfants de statut sérologique inconnu qui fréquentent les services ambulatoires ou les centres de vaccination (<i>recommandation conditionnelle, données probantes de faible qualité</i>).</p> <p>Déclarations de bonnes pratiques</p> <p>Dans tous les contextes, il faut offrir systématiquement des SDV aux enfants biologiques d'un parent vivant avec le VIH (ou dont le décès pourrait être dû au VIH). En cas d'infection avérée ou d'un risque élevé d'infection par l'allaitement, ces enfants doivent être orientés vers des services de traitement ou de prévention, et recevoir un ensemble plus général de mesures de notification volontaire par le prestataire.</p> <p>On déconseille aux organismes nationaux de réglementation d'effectuer des évaluations supplémentaires, qui retarderaient l'adoption de services de diagnostic précoce du nourrisson sur le lieu de soins. Au contraire, ces organismes sont encouragés à adopter un protocole d'inscription rapide et rationalisé ainsi qu'un processus d'approbation à l'échelle nationale pour une mise en œuvre immédiate de ces services.</p> <p>Dans tous les contextes, il faut offrir systématiq</p>

Pour plus d'informations :

Organisation mondiale de la Santé
Département de lutte contre le VIH/sida
20, avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

Courriel : hiv-aids@who.int
www.who.int/hiv
WHO/CDS/HIV/19.31
© Organisation mondiale de la Santé 2019
Certains droits réservés.
Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO



NOTE D'ORIENTATION

**SERVICES DE DÉPISTAGE
DU VIH**