



Recommandations canadiennes et internationales sur la fréquence de dépistage et de diagnostic du VIH : Un examen systématique

Austin T¹, Traversy GP¹, Ha S¹, Timmerman K^{1*}

Résumé

Contexte : En 2014, l'Agence de la santé publique du Canada estime que 21 % des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Canada n'étaient pas au courant de leur infection. Une intensification du dépistage et du diagnostic du VIH est essentielle pour réduire le nombre d'infections non diagnostiquées. Afin d'assurer la meilleure utilisation des ressources disponibles, il est important de déterminer les intervalles optimaux pour le dépistage et le diagnostic du VIH.

Objectif : Effectuer un examen systématique des recommandations sur la fréquence de dépistage et de diagnostic du VIH dans différentes populations.

Méthodologie : Afin de déterminer les lignes directrices admissibles, une stratégie de recherche exhaustive des revues et sites Web des gouvernements et des organisations non gouvernementales à deux volets, et une stratégie de dépistage à trois volets (sélection par titre, résumé et contenu intégral) ont été employées. Les lignes directrices étaient admissibles si a) elles étaient publiées entre 2000 et 2015 en anglais ou en français, et b) fournissaient une orientation sur les intervalles de dépistage/diagnostic du VIH pour au moins une population.

Résultats : Parmi les 609 documents extraits dans le cadre de la recherche, 34 lignes directrices répondaient aux critères d'admissibilité. Les populations les plus souvent mentionnées étaient les femmes enceintes, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) et la population générale. Dans l'ensemble, il y avait un consensus sur au moins un dépistage annuel pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les utilisateurs de drogues injectables, les personnes ayant des partenaires sexuels séropositifs pour le VIH, les personnes ayant des partenaires multiples, des travailleurs du sexe et leurs clients, les migrants en provenance de pays où le VIH est endémique et les Autochtones. Parmi les 20 lignes directrices qui formulaient des recommandations pour les femmes enceintes, la recommandation la plus courante (n = 9) était d'établir un diagnostic le plus tôt possible durant la grossesse; quatre lignes directrices recommandaient un dépistage au cours de la première visite prénatale, trois recommandaient un dépistage systématique du VIH et quatre proposaient un nouveau test au cours du troisième trimestre, quel que soit le risque d'infection par le VIH de la mère. Il n'y avait pas de consensus sur le dépistage du VIH du grand public, des personnes incarcérées et des personnes ayant reçu un diagnostic d'autres infections transmissibles sexuellement (ITS). Quatre lignes directrices ne pouvaient pas fournir de recommandations précises au sein de la population générale en raison d'un manque de données.

Conclusions : Des preuves supplémentaires sont nécessaires pour peaufiner les recommandations pour les femmes enceintes et définir le moment optimal des tests de dépistage du VIH, en particulier au sein de la population générale, chez les personnes ayant reçu un diagnostic d'autres infections transmissibles sexuellement et chez les personnes incarcérées.

Citation proposée : Austin T, Traversy GP, Ha S, Timmerman K. Recommandations canadiennes et internationales sur la fréquence de dépistage et de diagnostic du VIH : Un examen systématique. *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 2016;42:180-8

Introduction

L'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) diagnostiquée et traitée est considérée comme étant une maladie chronique (1). La détection et le traitement précoces

de l'infection au VIH sont importants non seulement pour les personnes qui sont infectées, mais aussi pour prévenir la transmission du virus (2). Des essais cliniques ont montré que l'instauration précoce d'un traitement du VIH réduit

Affiliation

¹ Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario)

*Correspondance : karen.timmerman@phac-aspc.gc.ca



la charge virale, réduisant ainsi l'infektivité et prévenant potentiellement la transmission du VIH (3,4).

Les faibles taux de dépistage et de diagnostic du VIH sont un facteur limitant le potentiel de réussite des stratégies de prévention du VIH (5,6). Environ 30 à 50 % des nouvelles infections sont causées par des personnes qui ne sont pas au courant de leur infection (7,8). Les recherches chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), les utilisateurs de drogues injectables et les hommes et femmes hétérosexuels indiquent qu'une fois que les personnes apprennent leur séropositivité pour le VIH, elles sont plus susceptibles de prendre les mesures nécessaires pour réduire au minimum le risque de transmission (9). Toutefois, on a estimé qu'à la fin de l'année 2014, environ 21 % des personnes vivant avec le VIH au Canada ignoraient qu'elles étaient infectées (10).

Le *Guide pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH* de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) recommande le dépistage du VIH dans le cadre des soins de santé courants et le dépistage annuel des personnes ayant des pratiques à risque élevé (2). En plus des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et des utilisateurs de drogues injectables, les autres groupes à risque couramment identifiés pour l'infection au VIH comprennent les personnes ayant des partenaires sexuels séropositifs pour le VIH et les personnes avec de multiples partenaires ou des partenaires anonymes (2,11-15).

Toutefois, les avantages et la fréquence du dépistage du VIH doivent être soupesés par rapport aux coûts, et il y a un manque de clarté quant à la fréquence de dépistage idéale chez d'autres populations.

L'objectif du présent examen systématique visait à répondre à la question suivante : Quels sont les intervalles recommandés pour le dépistage et le diagnostic du VIH parmi divers groupes de population au Canada et ailleurs?

Méthodologie

Stratégie de recherche

Une recherche exhaustive conçue par un bibliothécaire dans les bases de données électroniques a déterminé les lignes directrices publiées dans les revues examinées par les pairs. Les sites Web du gouvernement et des organisations non gouvernementales dépouillés afin de déterminer des lignes directrices qui pourraient avoir été publiées, mais pas dans la documentation scientifique. Les bases de données électroniques consultées incluaient MEDLINE, Embase, Scopus, la bibliothèque Cochrane et la Bibliothèque numérique canadienne. Veuillez consulter l'**annexe 1** pour obtenir une liste complète des sites Web du gouvernement et des organisations non gouvernementales consultés.

Les termes de recherche ont été les mêmes pour les deux types de recherche : « fréquence du dépistage du VIH », « intervalle de dépistage du VIH », « ligne directrice sur le VIH », « ligne directrice sur le dépistage du VIH », « ligne directrice sur le dépistage et le diagnostic du VIH », « recommandations sur le

dépistage et le diagnostic du VIH », « recommandations sur le diagnostic du VIH », « lignes directrices sur les ITS », « intervalles de diagnostic des ITS » et « fréquence de diagnostic des ITS ». Les chaînes de recherche pour les différentes bases de données sont répertoriées à l'**annexe 2**.

Les critères d'inclusion et d'exclusion sont énumérés dans le **tableau 1**. La recherche a été limitée aux lignes directrices publiées ou émises au cours des 15 dernières années afin de rendre compte de l'influence de nouvelles méthodes de prévention du VIH (p. ex. traitement comme mesure de prévention).

Tableau 1 : Critères d'inclusion et d'exclusion

Item	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Nature de la recommandation	Fournit une position, des recommandations ou une orientation sur les intervalles de dépistage du VIH ou la fréquence du dépistage (toutes les populations et tous les sous-groupes) Plusieurs recommandations publiées par la même organisation (p. ex. mises à jour ou addendas)	Aucune mention des intervalles de dépistage ou de la fréquence des tests de dépistage du VIH Recommandations liées à des personnes déjà atteintes d'une infection au VIH (p. ex. la co-infection tuberculose-VIH ou le traitement/la prise en charge du VIH)
Langue de publication	Anglais, français	Langues autres que l'anglais et le français
Date de publication	Recommandations publiées entre janvier 2000 et août 2015	Lignes directrices publiées avant janvier 2000

Abréviations : VIH, virus de l'immunodéficience humaine

Sélection des lignes directrices

Nous avons suivi un processus de sélection à trois volets : sélection par titre, sélection par résumé et sélection par contenu intégral. Trois auteurs (TA, GT et SH) ont passé en revue les titres de façon indépendante. Les titres contenant les termes « ligne directrice », « stratégie », « directive », « recommandation », « orientation » ou « position » ont été inclus. Les lignes directrices sur le traitement du VIH ou la prise en charge des infections opportunistes et des populations co-infectées ont été exclues. Deux auteurs (TA, GT) ont évalué de façon indépendante les résumés et ont exclu ceux qui ne concernaient pas le dépistage et le test du VIH. Les désaccords entre les examinateurs durant les différentes étapes ont été réglés au moyen de discussions avec un troisième examinateur (KT) et une quatrième personne, au besoin. Deux auteurs (TA, GT) ont ensuite passé en revue le contenu intégral. Les lignes directrices qui ne donnaient pas de renseignements précis sur la fréquence ou les intervalles recommandés de dépistage et de diagnostic du VIH pour tous les groupes de population ont été exclues. Seules les lignes directrices provenant de sources principales ont été incluses. Les lignes directrices étaient considérées comme étant



des doublons si la même recommandation était publiée à de nombreux endroits ou si un article résumait ou approuvait une ligne directrice.

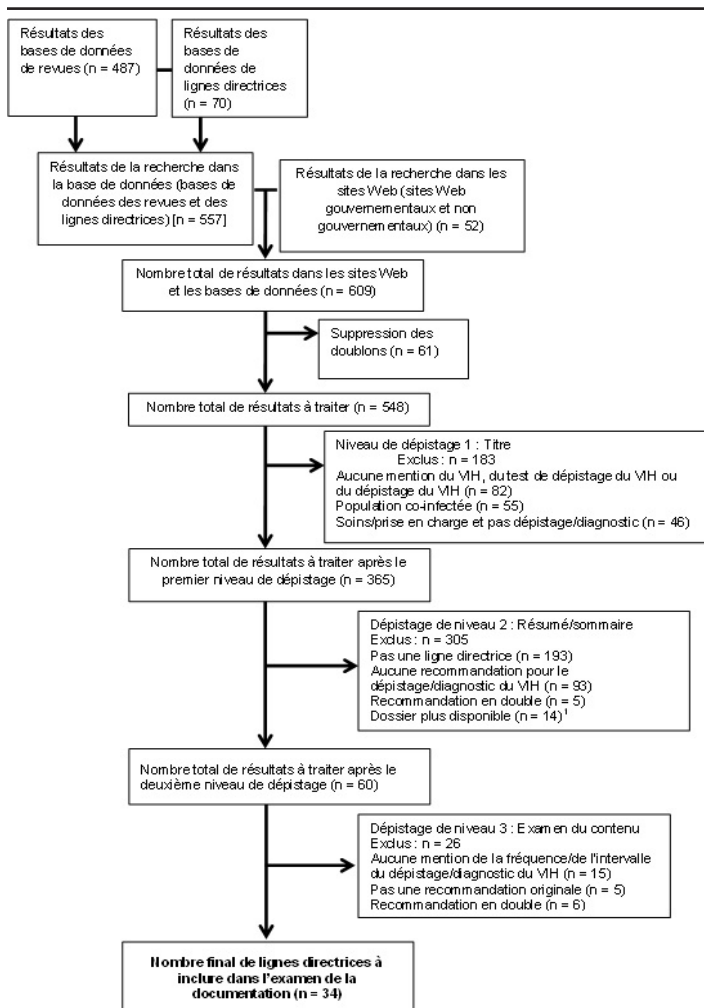
Extraction des données

Les données ont été extraites en fonction du pays de publication, de la population faisant l'objet du dépistage et de la fréquence de dépistage. Les lignes directrices ont été classées par catégorie : canadiennes, étrangères ou internationales (touchant plusieurs pays, telles que celles de l'Organisation mondiale de la Santé). Les groupes de population visés initialement dans cet examen étaient la population générale, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et les utilisateurs de drogues injectables, mais d'autres groupes de population ont également été observés.

Résultats

Au total, 609 documents ont été extraits de la recherche. Après suppression des doublons et application des critères d'inclusion

Figure 1 : Diagramme de la méthodologie de dépistage et des résultats définitifs



Abréviations : VIH, virus de l'immunodéficience humaine

¹ Renvoie aux documents pour lesquels des résumés ont été examinés, mais les textes complets n'étaient pas disponibles ou étaient inaccessibles

et d'exclusion, l'examen final comprenait 34 lignes directrices (figure 1).

Les caractéristiques des lignes directrices incluses sont résumées dans le tableau 2. Deux tiers (65 %) provenaient des États-Unis et de l'Europe. En plus de la population générale, des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et des utilisateurs de drogues injectables, plusieurs autres populations clés sont ressorties : les femmes enceintes, les migrants provenant de régions où le VIH est endémique, les Autochtones, les adolescents, les personnes incarcérées, les partenaires dont l'état sérologique était inconnu et d'autres personnes.

Tableau 2 : Aperçu de 34 lignes directrices sur la fréquence du dépistage du VIH par région géographique et groupes de populations clés

Type	Caractéristique	Nombre (%)
Région géographique	États-Unis	12 (35)
	Europe	10 (29)
	Canada	5 (15)
	Afrique	2 (6)
	Australie	2 (6)
	Organisation mondiale de la Santé	2 (6)
	Asie	1 (3)
Principales populations mentionnées	Femmes enceintes	20 (59)
	HARSAH	19 (56)
	Population générale	14 (41)
	UDI	13 (38)
	Plusieurs partenaires	7 (21)
	Partenaire sexuel séropositif pour le VIH	7 (21)
	Autre diagnostic d'ITS	5 (15)
	Travailleurs du sexe et leurs clients	4 (12)
	Migrants provenant de pays où le VIH est endémique	4 (12)
	Autochtones	3 (9)
	Adolescents	3 (9)
	Personnes incarcérées	3 (9)
	Hommes et femmes transgenres	2 (6)
	Partenaire dont l'état sérologique est inconnu	2 (6)

Abréviations : UDI, utilisateurs de drogues injectables; VIH, virus de l'immunodéficience humaine; HARSAH, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes; ITS, infections transmissibles sexuellement

L'ensemble des 34 lignes directrices canadiennes, étrangères et internationales est résumé dans le tableau 3. Parmi celles-ci, 9 formulaient des recommandations seulement pour les groupes à risque élevé et les 25 autres formulaient des recommandations pour d'autres groupes à risque (p. ex. les femmes enceintes et la population générale). Cinq lignes directrices étaient des mises à jour de lignes directrices précédentes.



Tableau 3 : Résumé des recommandations canadiennes, étrangères et internationales sur la fréquence du dépistage et du diagnostic du VIH

Source	Population générale	Femmes enceintes	Plusieurs partenaires	Partenaire séropositif pour le VIH	HARSAH/partenaire HARSAH	UDI/partenaire sexuel UDI	Personnes incarcérées	Adolescents	Hommes/femmes transgenres	Partenaire dont l'état sérologique est inconnu	Travailleurs du sexe et leurs clients	Migrants provenant de pays où le VIH est endémique	Autochtones	Autres ITS
Québec (2011) (19)	ARP	Première visite prénatale	Plus fréquent	AMA	AMA	AMA	Évaluation du risque annuel	Évaluation du risque annuel	ARP	ARP	ARP	ARP	Évaluation du risque annuel	3 à 6 mois
ASPC (2012) (2)	Diagnostic normalisé	Première visite prénatale; répéter en cas de risque élevé	ARP ²	ARP ²	ARP ²	ARP ²	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP ²	ARP	ARP	ARP
Ontario (2012) (32)	A la suite d'une exposition présentant un risque élevé	ARP	AMA	AMA	AMA	AMA	ARP	ARP	ARP	AMA	ARP	AMA	AMA	ARP
Saskatchewan (2014)	Tous les 5 ans	Soins prénatals de routine	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP
Colombie-Britannique (2014) (20)	Systématique; tous les 5 ans	Première visite prénatale; répéter en cas de risque élevé	AMA	AMA	AMA	AMA	Après incarcération	ARP	ARP	ARP	AMA	AMA	AMA	ARP
CDC (plusieurs années) (13,17,24,25,31,33,34)	Systématique; nouveau diagnostic en fonction du risque (13,17,25)	Chaque grossesse (31); nouveau diagnostic au 3 ^e trimestre (13,17,25,31)	AMA (13)	AMA (13)	AMA (13,17,31)	AMA (13)	Systématique (34)	Nouveau diagnostic en fonction du risque (17)	Nouveau diagnostic en fonction des antécédents comportementaux (17)	ARP	AMA (13)	ARP	ARP	Nouveau diagnostic avec nouvelle plainte (13)
Seattle/comité de King (2001) (35)	ARP	ARP	ARP	ARP	AMA	AMA	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP
Royaume-Uni (2006, 2008) (21,36)	Systématique; nouveau diagnostic après délai (21,36)	Début de la grossesse (21)	ARP	ARP	AMA (21)	AMA (21)	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP
Libéria (2007) (37)	Nouveau diagnostic après délai	Nouveau diagnostic au 3 ^e trimestre	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP
Afghanistan (2008) (28)	Recherche supplémentaire nécessaire	ARP	6 à 12 mois	6 à 12 mois	6 à 12 mois	6 à 12 mois	ARP	ARP	ARP	ARP	6 à 12 mois	ARP	ARP	ARP
ACPHIV Medicine Association (2009) (38)	Systématique	Chaque grossesse	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP
France (2009) (29)	Systématique; recherche supplémentaire nécessaire	ARP	ARP	ARP	Annuelle (si plusieurs partenaires)	Annuelle	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	Annuelle (si le partenaire sexuel vient d'une région où le VIH est endémique)	ARP	ARP
République centrafricaine (2010) (39)	Dépistage systématique à des cliniques de traitement des ITS	Début et fin de chaque grossesse	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP
STIs in Gay Men Action Group (2010, 2014) (40,41)	ARP	ARP	ARP	ARP	AMA (40,41)	3 à 6 mois (si HARSAH) (41)	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP
NICE (2011) (27,42)	Systématique dans les cliniques spécialisées (27)	ARP	ARP	Systématique (27)	Chaque année (42); systématique (27)	Systématique (27)	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	Systématique (27)	ARP	Systématique (27)
New York (2011) (43)	ARP	Nouveau diagnostic au 3 ^e trimestre	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP
USPSTF (2014) (18)	Pas de nouveau diagnostic lorsque le risque est faible	Chaque grossesse	ARP ³	ARP ³	ARP ³	ARP ³	ARP ³	Dépistage des risques	ARP	ARP	ARP ³	ARP ³	ARP ³	ARP
ACOG (2015) (44)	ARP	Début de la grossesse; nouveau dépistage au 3 ^e trimestre	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP
Europe (2008, 2014) (16,30)	Systématique; recherche supplémentaire nécessaire (16,30)	Systématique (16)	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP
OWIS (2009, 2010) (15,45)	Systématique; recherche supplémentaire nécessaire (16,30)	Début de la grossesse; répéter si risque élevé (15,45)	ARP	AMA (45)	AMA (15,45)	AMA (15,45)	ARP	ARP	AMA (45)	AMA (45)	AMA (15,45)	ARP	ARP	Nouveau diagnostic avec nouvelle plainte (45)
OEDT (2010) (14)	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	6 à 12 mois	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP
ECDC (2010, 2015) (23,26)	ARP	Systématique (23)	ARP	ARP	Systématique (23,26)	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	ARP	Systématique (23)

Abréviations : ACOG, The American Congress of Obstetricians and Gynecologists; ACP/HWMA, American College of Physicians and HIV Medicine Association; AMA, au moins annuellement; Comportements à risque courants/groupe à risque; CDC, United States Centers for Disease Control and Prevention; ECDC, Centre européen de prévention et de contrôle des maladies; OEDT, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies; VIH, virus de l'immunodéficience humaine; UDI, utilisateur de drogues injectables; ARP, Aucune recommandation précise; ITS, infection transmissible sexuellement; USPSTF, United States Preventive Services Task Force; OMS, Organisation mondiale de la Santé

¹ Internationales = Comprend plusieurs pays comme ceux-ci au sein de l'Organisation mondiale de la Santé

² On ne dispose pas de suffisamment de données pour formuler des recommandations sur la fréquence exacte du dépistage du VIH dans chaque scénario. Dépistages d'ITS plus fréquents chez les HARSAH ayant de multiples partenaires anonymes, les HARSH qui ont des relations sexuelles et qui consomment des drogues illégales en même temps ou dont les partenaires sexuels pratiquent des activités semblables

³ Un nouveau dépistage systématique pourrait ne pas être nécessaire pour les personnes qui ne présentent pas un risque accru depuis le dernier test négatif



Les lignes directrices plus récentes ont mis l'accent sur le dépistage systématique (p. ex. ne recommandent pas un intervalle de dépistage précis, mais émettent une recommandation pour tester tout le monde) avec un dépistage plus fréquent chez les personnes qui adoptent des comportements à haut risque (2,16-18).

Les populations les plus souvent mentionnées étaient les femmes enceintes, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et la population générale. Parmi les 20 lignes directrices qui formulaient des recommandations pour les femmes enceintes, la recommandation la plus courante (n = 9) était d'établir un diagnostic le plus tôt possible durant chaque grossesse; quatre lignes directrices recommandaient un dépistage au cours de la première visite prénatale (2,19-21), trois recommandaient un dépistage systématique du VIH (16,22,23) et quatre proposaient un nouveau test au cours du troisième trimestre, quel que soit le risque d'infection par le VIH de la mère (13,17,24,25).

Parmi les 19 lignes directrices qui concernaient les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, 14 ont fourni une fréquence de dépistage précise, trois recommandaient le dépistage systématique sans intervalles de dépistage précis (23, 26,27) et deux mentionnaient qu'elles n'avaient pas suffisamment de données pour établir un intervalle de dépistage, mais recommandaient que les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes soient dépistés plus souvent (2,18). Au total, 14 recommandaient le dépistage du VIH au moins une fois par an.

Le dépistage du VIH au moins une fois par an était également la recommandation la plus courante des lignes directrices pour les utilisateurs de drogues injectables (11 sur 13 lignes directrices), les personnes ayant des partenaires sexuels séropositifs pour le VIH (6 sur 7), les personnes qui ont des partenaires multiples (4 sur 7), les travailleurs du sexe et leurs clients (4 sur 4), les migrants provenant de pays où le VIH est endémique (3 sur 4) et les Autochtones (2 sur 3). Dans l'ensemble, les recommandations sur la fréquence de dépistage chez les populations à risque élevé variaient peu.

Les recommandations pour la population générale variaient légèrement. Certaines (2 sur 14) mettaient l'accent sur un moment précis, alors que la majorité (8 sur 14) mettait l'accent sur le dépistage systématique ou normalisé sans fournir d'intervalle précis (p. ex. ASPC, Union européenne, République centrafricaine). Quatre lignes directrices ne pouvaient pas fournir de recommandations précises au sein de la population générale en raison d'un manque de données (16,28-30).

Les lignes directrices n'étaient pas d'accord sur le fait d'avoir suffisamment de données probantes pour formuler des recommandations sur la fréquence de dépistage chez certaines populations (2,18,28,29). C'est le cas pour les deux populations pour lesquelles il y a eu uniformité parmi les recommandations des lignes directrices (p. ex. hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et utilisateurs de drogues injectables) et pour les populations pour lesquelles il y avait une certaine uniformité ou aucune ligne directrice (p. ex. les personnes incarcérées).

Les lignes directrices pour les personnes ayant reçu un diagnostic d'infection transmissible sexuellement recommandaient souvent le dépistage systématique du VIH (n = 3) ou un nouveau test pour chaque nouveau diagnostic d'infection transmissible sexuellement (n = 2). L'émergence de cette population dans le présent examen met l'accent sur les diagnostics d'infections transmissibles sexuellement à titre de possible substitut aux comportements sexuels à risque élevé et sur la détermination des personnes plus à risque d'infection par le VIH.

Les populations les moins mentionnées étaient les personnes incarcérées, les adolescents, les personnes avec des partenaires dont l'état sérologique était inconnu, les hommes et les femmes transgenres.

Discussion

Le présent examen a identifié 34 lignes directrices sur la fréquence du dépistage du VIH. En plus des recommandations sur la fréquence de dépistage pour les groupes à risque élevé, plusieurs lignes directrices comprenaient également des recommandations pour la population générale et les femmes enceintes, mettant en évidence un passage d'une tendance axée sur les risques et le dépistage ciblé (13,24,33,46) à une tendance visant à intégrer le dépistage du VIH dans les soins courants (2,13,16,18,21,32,39). Il y a eu un bon consensus sur le fait que le dépistage au moins une fois par an est recommandé chez les populations à risque plus élevé.

La majorité des lignes directrices proposent un dépistage en début de grossesse, et certaines recommandent un nouveau dépistage au cours du troisième trimestre. Il y a un manque de consensus sur certains sous-groupes (p. ex. les personnes incarcérées, la population générale et les personnes ayant reçu un diagnostic d'autres infections transmissibles sexuellement), et il semble ne pas y avoir suffisamment de données pour formuler des recommandations pour la population générale et les personnes incarcérées. Les différences dans les recommandations pour les groupes de population peuvent provenir des divers types de données utilisées pour documenter les lignes directrices.

Plusieurs facteurs doivent être pris en compte lors de l'interprétation de ces résultats. Les points forts de cet examen comprennent une stratégie de recherche approfondie, une évaluation et extraction des données uniformes et objectives des études. Il y a également un certain nombre de limites. Les lignes directrices qui pourraient avoir été publiées dans des langues autres que le français et l'anglais n'ont pas été incluses dans le présent examen. Il convient de noter qu'il y avait peu de lignes directrices publiées de l'Asie et de l'Afrique. Étant donné que ces régions ont des taux d'incidence et de prévalence du VIH élevés, les lignes directrices de ces régions n'étaient pas prises en compte par nos paramètres de recherche ou il y avait un manque de directives sur les intervalles optimaux pour le dépistage et le diagnostic du VIH dans ces régions.

Des recherches sont nécessaires pour examiner et évaluer de manière critique les données probantes sur les recommandations relatives à la fréquence du dépistage du VIH dans diverses populations. Des recherches précises pourraient être axées sur l'intervalle de dépistage optimal pour la population



générale, pour les adolescents, pour les hommes et les femmes transgenres et les personnes incarcérées (47,48), ainsi que sur la fréquence optimale de dépistage des peuples autochtones, des communautés ethnoculturelles ayant de fortes incidences du VIH et des travailleurs migrants à l'échelle nationale.

En résumé, le dépistage et le diagnostic du VIH est un outil extrêmement important dans le continuum des soins liés au VIH. Bien que de nombreuses lignes directrices aient été créées pour déterminer la fréquence idéale de dépistage pour différentes populations, il y a un manque d'uniformité parmi elles et la base de données probantes pour certaines populations semble être insuffisante. D'autres données probantes visant à déterminer la fréquence optimale de dépistage et de diagnostic du VIH dans différentes populations pourraient renforcer les efforts mondiaux d'éradication de cette maladie.

Remerciements

Nous tenons à remercier Jun Wu et Margaret Gale-Rowe pour leurs commentaires constructifs sur l'article. Nous aimerions remercier également Ella Westhaver, la bibliothécaire de recherche qui nous a aidés à concevoir et à réaliser notre recherche systématique sur les lignes directrices, et Jessica Yau pour sa contribution à la révision de cet article.

Conflit d'intérêts

Aucun déclaré.

Financement

Cette étude a été appuyée par l'Agence de la santé publique du Canada. Les auteurs n'ont aucune source de financement extérieure supplémentaire à déclarer.

Annexe 1 : Sites Web ayant fait l'objet de la recherche

La recherche sur les sites Web a été divisée entre les sites nationaux et internationaux, et les sites gouvernement et non gouvernementaux/sites des intervenants.

Type de site Web	Organisation
Gouvernement national	Agence de la santé publique du Canada Santé Canada Tous les ministères de la santé provinciaux et territoriaux canadiens
Gouvernements internationaux	Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis (CDC) Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) National Institutes of Health (NIH) National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Haute autorité de santé (HAS)/French National Authority for Health Ministère de la Santé du Royaume-Uni Ministère de la Santé de l'Australie Ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) Australasian Society for HIV Medicine (ASHM) British Association for Sexual Health and HIV (BASHH)
Non gouvernementale nationale/intervenants	Association médicale canadienne Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE) Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) Société canadienne du sida (SCS) Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie (AMMI) Canada Association des infirmières et infirmiers du Canada Collège des médecins de famille du Canada Centre d'excellence en VIH/sida de la Colombie-Britannique Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements Association canadienne des infirmières et infirmiers en VIH/sida (ACIIS) Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)
Non gouvernementales internationales/intervenants	Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) Organisation mondiale de la Santé (OMS) [accès aux recommandations de l'Asie et de l'Afrique] British HIV Association (BHIVA) Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) United States Preventive Services Task Force (USPSTF) Société internationale sur le SIDA (IAS) International Association of Providers of AIDS Care (IAPAC) Infectious Diseases Society of America (IDSA) Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme European AIDS Clinical Society (EACS)



Annexe 2 : Chaînes de recherche dans la base de données

Chaînes de recherche dans MEDLINE

Base(s) de données : Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily, Ovid MEDLINE(R) et Ovid OLDMEDLINE(R) de 1946 à aujourd'hui

N	Recherches	Résultats
1	(hiv ou human immunodeficiency ou human immune deficiency ou vih).ti.	188 944
2	exp *HIV Infections/ ou exp *HIV/ ou exp HIV Infections/ep	246 368
3	(hiv positive* ou hiv+ ou vih positi* ou vih+).ti.	161 297
4	1 ou 2 ou 3	272 101
5	exp Mass Screening/	106 834
6	(frequency ou schedule ou interval?).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier]	1 348 682
7	(guideline? ou recommendation? ou policy).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier]	614 880
8	[(Testing ou screening) adj5 (frequency ou interval ou guideline? ou recommendation?).ti,hw.	2 834
9	4 et 7 et 8	178
10	4 et 5 et 6 et 7	94
11	9 ou 10	265
12	10 pas 9	87
13	[(Testing ou screening) adj6 (frequency ou interval ou guideline? ou recommendation?).ti,hw.	4 611
14	4 et 7 et 13	238
15	14 pas 9	60
16	limit 14 to [yr="2000 -Current" et (english ou french)]	182

Abréviation : N, Nombre

Chaîne de recherche dans Scopus

Scopus OECD (TITLE (hiv OU aids OU vih) ET (TITLE-ABS-KEY ((hiv OU aids OU vih) W/6 (testing OU screening) W/6 (frequency OU interval* OU guidelin* OU recommendation*))) ET TITLE-ABS-KEY (guidelin* OU recommendation*) PUBYEAR > 2000) ET (TITLE-ABS-KEY (spain OU slovakia OU poland OU portugal OU greece OU germany OU france OU finland OU denmark OU "Czech Republic" OU canad* OU belgium OU austria OU australia OU norway OU "New Zealand" OU netherlands OU mexico OU luxembourg OU korea OU japan OU italy OU iceland OU hungary OU ireland OU "United States" OU

great-britain OU "United Kingdom" OU turkey OU switzerland OU sweden)) ET(LIMIT-TO (LANGUAGE, "English") OU LIMIT-TO (LANGUAGE, "French")) 284

Chaîne de recherche dans Embase

Base(s) de données : Embase 1974 au 21 septembre 2015

N	Recherches	Résultats
1	(Spain ou Slovakia ou Poland ou Portugal ou Greece ou Germany ou France ou Finland ou Denmark ou Czech-Republic ou Canada ou Belgium ou Austria ou Australia ou Norway ou New-Zealand ou Netherlands ou Mexico ou Luxembourg ou Korea ou Japan ou Italy ou Iceland ou Hungary ou Ireland ou United-States ou Great-Britain ou Turkey ou Switzerland ou Sweden).mp.	3 697 234
2	(hiv ou human immunodeficiency ou human immune deficiency ou vih).ti.	213 771
3	exp *Human immunodeficiency virus/	75 032
4	Human immunodeficiency virus infection/ep	32 614
5	*Human immunodeficiency virus infection/	154 397
6	2 ou 3 ou 4 ou 5	258 779
7	exp mass screening/	174 825
8	(frequency ou schedule ou interval?).mp.	1 558 540
9	(guideline? ou recommendation? ou policy).mp.	917 993
10	6 et 7 et 8 et 9	62
11	[(Testing ou screening) adj6 (frequency ou interval ou guideline? ou recommendation?).ti,hw.	6 001
12	6 et 9 et 11	313
13	1 et 12	123
14	12 pas 13	190
15	limit 12 to ((english ou french) rt yr="2000 -Current")	245

Abréviation : N, Nombre

Chaîne de recherche dans la bibliothèque Cochrane

"hiv".ti et "interval".ti et "guideline".ti et "recommendation".ti Année de publication de 2000 à 2015 (les variations du mots ont aussi été saisies)

Chaîne de recherche dans la bibliothèque numérique canadienne

Bibliothèque numérique canadienne : La collection des éditeurs canadiens, La collection des politiques publiques canadiennes, La collection de la recherche canadienne dans le domaine de la santé

Titre : HIV ET all:screening OU Testing



Références

1. Agence de la santé publique du Canada. [VIH et SIDA](#) Ottawa (ON); l'Agence; 2008. <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/info/index-fra.php>.
2. Agence de la santé publique du Canada. [Virus de l'immunodéficience humaine – Guide pour la dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH](#). Ottawa (ON); 2012. <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/guide/hivstg-vihgdd-fra.php>.
3. Lundgren JD, Babiker AG, Gordin F, Emery S, Grund B, Sharma S et al.; INSIGHT START Study Group. Initiation of antiretroviral therapy in early asymptomatic HIV infection. *N Engl J Med* 2015;373:795-807.
4. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. *N Engl J Med* 2011;365:493-505.
5. McNairy ML, Cohen M, El-Sadr WM. Antiretroviral therapy for prevention is a combination strategy. *Curr HIV/AIDS Rep* 2013;10:152-8.
6. McNairy ML, El-Sadr WM. Antiretroviral therapy for the prevention of HIV transmission: what will it take? *Clin Infect Dis* 2014;58:1003-11.
7. Marks G, Crepaz N, Janssen RS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS* 2006;20:1447-50.
8. Skarbinski J, Rosenberg E, Paz-Bailey G, Hall HI, Rose CE, Viall AH, et al. Human immunodeficiency virus transmission at each step of the care continuum in the United States. *JAMA Intern Med* 2015;175:588-96.
9. Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Janssen RS. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005;39:446-53.
10. Tomas K, Dhami P, Houston C, Ogunnaike-Cooke S, Rank C. [Le VIH au Canada, de 2009 à 2014](#). Relevé des maladies transmissibles au Canada 2015;41:432. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/15vol41/dr-rm41-12/ar-02-fra.php>.
11. AIDS.gov. [Who is at Risk for HIV?](#) Washington (DC): HHS; 2014. <https://www.aids.gov/hiv-aids-basics/prevention/reduce-your-risk/who-is-at-risk-for-hiv/>.
12. Public Health Agency of Canada. Summary: [Estimates of HIV incidence, prevalence and proportion undiagnosed in Canada, 2014](#). Ottawa (ON): The Agency; 2015 (Disponible en français : <http://healthycanadians.gc.ca/publications/diseases-conditions-maladies-affections/hiv-aids-estimates-2014-vih-sida-estimations/index-fra.php#t1>).
13. Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, Janssen RS, Taylor AW, Lyss SB, et al. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *MMWR Recomm Rep* 2006;55:1-17.
14. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. [Guidelines for testing HIV, viral hepatitis and other infections in injecting drug users](#). Lisbon (PT): EMCDDA; 2010.
15. World Health Organization. [Guidance on testing and counselling for HIV in settings attended by people who inject drugs: Improving access to treatment, care and prevention](#). Geneva (CH): WHO; 2009.
16. Gokengin D, Geretti AM, Begovac J, Palfreeman A, Stevanovic M, Tarasenko O, et al. 2014 European guideline on HIV testing. *Int J STD AIDS* 2014;25:695-704.
17. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. [Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015](#). *MMWR* 2015;64(RR-03):1-137.
18. U.S. Preventive services task force. [Screening for HIV: recommendation statement](#). *Am Fam Phys* 2014;89:666A-D.
19. Sous-comité Optimiser le dépistage du VIH, Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). [Optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine](#). Québec: Gouvernement du Québec; 2011. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1324_OptimiserDepistageDiagnosticInfectionVIH.pdf.
20. Office of the Provincial Health Officer of British Columbia. [HIV testing guidelines for the province of British Columbia 2014](#). Victoria (BC): The Office of the Provincial Health Officer of British Columbia; 2014.
21. British HIV Association, British Association of Sexual Health and HIV, British Infection Society. [UK national guidelines for HIV testing 2008](#). London (UK): The Association; 2008.
22. Saskatchewan HIV Provincial Leadership Team. [Saskatchewan HIV testing policy](#). Regina (SK): The Team; 2013.
23. Delpuch V, Nardone A, Thornton A, Kall M; Medical Foundation for AIDS & Sexual Health. [ECDC guidance: HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union - Evidence synthesis for guidance on HIV testing](#). Stockholm (SE); ECDC; 2010.
24. Centers for Disease Control and Prevention. [Revised recommendations for HIV screening of pregnant women](#). *MMWR Recomm Rep* 2001;50:63-85.
25. Workowski KA, Berman S; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). [Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010](#). *MMWR Recomm Rep* 2010;59:1-110.
26. European Centre for Disease Prevention and Control. [HIV and STI prevention among men who have sex with men](#). Stockholm (SE): ECDC; 2015.
27. National Institute for Health and Care Excellence. [HIV testing: increasing uptake in black Africans](#). London (UK): NICE; 2011.
28. Islamic Republic of Afghanistan, Ministry of Public Health. [National HIV Testing and Counseling Guideline](#). Kabul (AF); 2008. http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/afghanistan_art.pdf.



29. Haute Autorité de Santé. [Dépistage de l'infection par le VIH en France: stratégies et dispositif de dépistage](#). Saint-Denis La Plaine Cedex (FR): HAS; 2009. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/argumentaire_depistage_vih_HAS_2009-2.pdf.
30. Poljak M, Smit E, Ross J. 2008 European guideline on HIV testing. *Int J STD AIDS* 2009;20(2):77-83.
31. Centers for Disease Control and Prevention; Workowski KA, Berman SM. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. *MMWR* 2006; 55(RR-11):1-94.
32. AIDS Bureau, Ministry of Health and Long-Term Care. Ontario HIV testing frequency guidelines: guidance for counselors and health professionals. Toronto (ON): The Ministry; 2012 Apr.
33. Anderson T. Revised Guidelines for HIV Counseling, Testing, and Referral. *MMWR* 2001; 50:1-86.
34. Beckwith C, Bick J, Clow W, Courtenay-Quirk C, Ellington R, Flanigan T, et al. [HIV testing implementation guidance for correctional settings; Atlanta \(GA\): Centers for Disease Control and Prevention \(CDC\); 2009](#). <http://www.cdc.gov/hiv/topics/testing/resources/guidelines/correctional-settings>.
35. Control Program and the HIV/AIDS Control Program, Public Health-Seattle and King County. Sexually transmitted disease and HIV screening guidelines for men who have sex with men. *Sex Transm Dis* 2001;28:457-9.
36. Sexually transmitted infections: UK national screening and testing guidelines; 2006. Macclesfield (UK): British Association of Sexual Health and HIV; 2006.
37. Integrated guidelines for prevention, testing, care and treatment of HIV/AIDS in Liberia. Greater Monrovia (LR): Ministry of Health and Social Welfare, Republic of Liberia; 2007.
38. Qaseem A, Snow V, Shekelle P, Hopkins Jr. R, Owens DK. Screening for HIV in health care settings: a guidance statement from the American College of Physicians and HIV Medicine Association. *Ann Intern Med* 2009;150:125-31.
39. Guide du dépistage et conseil du VIH à l'initiative du prestataire. Greater Monrovia (LR): Ministère de la Santé Publique, de la Population et de la Lutte Contre le Sida; 2010.
40. STIs in Gay Men Action Group. [Australian sexually transmitted infection & HIV testing guidelines 2014 for asymptomatic men who have sex with men](#); 2014. Sydney (AU): ASHM; 2014. http://stipu.nsw.gov.au/wp-content/uploads/STIGMA_Testing_Guidelines_Final_v5.pdf.
41. STIs in Gay Men Action Group. [Sexually transmitted infection testing guidelines for men who have sex with men 2010](#); Sydney (AU): ASHM; 2010. http://stipu.nsw.gov.au/wp-content/uploads/163932_STI_testing_guidelines_for_MSM_2010.pdf.
42. National Institute for Health and Care Excellence. Increasing the uptake of HIV testing to reduce undiagnosed infection and prevent transmission among men who have sex with men. London (UK): NICE; 2011.
43. New York State Department of Health. HIV testing during pregnancy and at delivery. New York (NY); Department of Health; 2011.
44. Committee opinion no: 635: Prenatal and perinatal human immunodeficiency virus testing: Expanded recommendations. *Obstet Gynecol* 2015;125:1544-7.
45. World Health Organization. [Delivering HIV test results and messages for re-testing and counselling in adults](#). Geneva(CH): WHO; 2010. (Disponible en français : http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv_re_testing/fr/).
46. Beckwith CG, Flanigan TP, del Rio C, Simmons E, Wing EJ, Carpenter CC, et al. It is time to implement routine, not risk-based, HIV testing. *Clin Infect Dis* 2005;40:1037-40.
47. Clements-Noelle K, Marx R, Guzman R, Katz M. HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons: implications for public health intervention. *Am J Public Health* 2001;91:915-21.
48. Huang ZJ, He N, Nehl EJ, Zheng T, Smith BD, Zhang J, et al. Social network and other correlates of HIV testing: findings from male sex workers and other MSM in Shanghai, China. *AIDS Behav* 2012;16:858-71.