NOTES

Dépistage et diagnostic de l'infection à VIH

Module 3

CONTEXTE

Le dépistage et le diagnostic de l'infection à VIH sont un enjeu majeur de la lutte contre la maladie, tant pour les individus que pour la collectivité.
Pour les individus, l'enjeu réside dans l'instauration précoce d'un traitement ARV, dont l'efficacité sur la réduction de la morbidité et de la mortalité liées au VIH a été clairement démontrée. Le dépistage constitue également un outil de prévention dans la mesure où, lorsque le statut vis-à-vis du VIH est connu, il est possible de renforcer les conseils de comportements pouvant éviter une transmission (si la personne est infectée) ou une contamination (si la personne ne l'est pas).
Au niveau de la collectivité, le traitement ARV précoce, conséquence bénéfique directe du dépistage, contribue à diminuer le risque de transmission du VIH et, donc, à mieux contrôler la diffusion de l'épidémie.
Pour que le dépistage et le diagnostic de l'infection à VIH contribuent efficacement à la lutte contre le VIH/sida, il est fondamental de connaître les tests biologiques disponibles, de les utiliser de manière à obtenir des résultats fiables (sans erreurs liées à des résultats faussement négatifs ou faussement positifs) et d'encadrer leur réalisation par une démarche de *counseling*.

OBJECTIFS DU MODULE

À la fin du module, vous serez en mesure de :

1– Citer les différents tests de dépistage et de diagnostic de l'infection à VIH.

2– Expliquer la différence entre un test ELISA et un test rapide/simple.

3– Citer les tests à utiliser en fonction de l'âge.

4– Décrire les différentes stratégies du dépistage sérologique de l'infection à VIH recommandées par l'OMS.

5– Décrire les étapes du *counseling* encadrant la réalisation des tests de dépistage.

L'ESSENTIEL À RETENIR

- Chez l'enfant de plus de 18 mois et l'adulte, le dépistage et le diagnostic de l'infection à VIH se font essentiellement à l'aide des tests sérologiques.
- Chez l'enfant de moins de 18 mois, les tests de détection directe du VIH sont les seuls utilisables (en pratique, recherche de l'ADN ou de l'ARN viral par la PCR), du fait de la possible présence des anticorps de la mère.
- Pour pouvoir affirmer la séropositivité d'un adulte vis-à-vis du VIH, un test rapide positif doit être confirmé par un autre test utilisant une technique différente et réalisé à partir d'un second prélèvement.
- Au moment de la primo-infection à VIH, les tests sérologiques peuvent être négatifs (fenêtre sérologique) et seuls les tests de détection directe du virus peuvent alors permettre le diagnostic (PCR ou recherche de l'Ag p24).
- Pour le dépistage de l'infection à VIH, l'OMS a défini 3 stratégies d'utilisation des tests ELISA ou des tests rapides/simples, qui sont à choisir en fonction de l'objectif du dépistage et de la prévalence de l'infection à VIH dans la population testée.
- Tout dépistage de l'infection à VIH doit être précédé et suivi d'une démarche de *counseling*.

I. Tests pour le dépistage et le diagnostic biologique de l'infection à VIH

Principes généraux

- Les tests biologiques de détection du VIH sont de 2 types :
  - tests indirects, ou sérologiques, visant à détecter dans le sang les anticorps produits par le système immunitaire contre les antigènes du virus ;
  - tests directs, reposant sur la mise en évidence du virus (détection d'un composant du virus, comme l'antigène p24, ou de son génome par PCR).
- Le choix des tests dépend de l'âge du sujet testé :
  - chez l'enfant de plus de 18 mois et l'adulte, le dépistage et le diagnostic de l'infection à VIH se font essentiellement à l'aide des tests sérologiques ;
  - chez l'enfant de moins de 18 mois, ils font obligatoirement appel aux tests de détection directe du virus (voir aussi Module 9). À cet âge, les tests sérologiques ne sont pas utilisables car l'enfant né d'une mère infectée par le VIH a dans son sang des anticorps anti-VIH d'origine maternelle qu'il n'est pas possible de distinguer de ceux qu'il aurait éventuellement produits lui-même.
- Pour affirmer qu'un sujet est séropositif vis-à-vis du VIH, 2 tests sérologiques sont nécessaires :
  - le 1er test doit avoir une sensibilité élevée, afin de ne pas méconnaître la présence d'anticorps dirigés contre le VIH (voir glossaire) ;
  - le 2nd doit avoir une forte spécificité, afin de pouvoir confirmer que les anticorps détectés sont bien des anticorps dirigés contre le VIH.

Tests sérologiques de dépistage (tests indirects)

- Le dépistage des anticorps anti-VIH (anti-VIH-1 et anti-VIH-2) s'effectue au moyen de tests de dépistage rapide (TDR) ou de tests dits « ELISA » (*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*) :
  - les TDR sont de réalisation simple et sont les plus utilisés dans les pays à ressources limitées ;
  - les tests ELISA sont plus complexes et essentiellement utilisés dans les pays industrialisés.
- Comme leur nom l'indique, les TDR sont conçus pour donner un résultat rapide lorsqu'ils sont pratiqués auprès du patient :
  - les TDR consistent à mettre en contact un échantillon de sang de la personne testée avec un support contenant des antigènes du virus ; si l'échantillon renferme des anticorps contre le VIH, il se produit une réaction antigènes-anticorps détectable à l'œil nu à la lecture du test (apparition d'une coloration, de points ou de lignes) ;
  - ils sont réalisables à tout endroit et peuvent être stockés à température ambiante ;
  - les résultats sont qualitatifs, sous forme de réaction négative ou positive : ils sont fiables mais ne sont pas quantifiés et enregistrables sur support papier, ce qui peut être un obstacle à leur traçabilité ;
  - pour les tests les plus rapides, le résultat est généralement fourni en une dizaine de minutes ;
  - les TDR peuvent être réalisés de façon unitaire ou, si l'organisation le nécessite, sur une petite série de patients.
- Les tests ELISA sont techniquement plus complexes et plus longs à réaliser que les TDR (de 20 minutes à 2 heures) ; ils ont néanmoins l'avantage de pouvoir être automatisés pour réaliser un grand nombre de tests simultanément :
  - les tests ELISA consistent à déposer sur une plaque recouverte de l'antigène du VIH un échantillon de sang de la personne testée, puis à révéler à l'aide d'une réaction enzymatique la réaction antigène-anticorps se produisant en cas de présence d'anticorps anti-VIH dans l'échantillon (test dit « immuno-enzymatique ») ;
  - ils nécessitent une structure minimale de laboratoire et le respect d'une chaîne du froid.

EN SAVOIR +

COMPRENDRE LA CINÉTIQUE D'APPARITION DES ANTICORPS ANTI-VIH POUR BIEN INTERPRÉTER LES TESTS VIH

Comme le montre la figure 1, après la contamination, le VIH est détectable dès le 10-12e jour sous sa forme d'acide ribonucléique (ARN) et, vers le 12-14e jour, sous sa forme d'antigène p24 (un antigène entrant dans la composition du virus).

Les premiers anticorps produits par la réponse immune ne sont détectables que vers le 21e jour. Une fois présents, ils persisteront toute la vie du patient.

Cette cinétique peut varier selon les patients et selon la souche de VIH infectante (en dehors de la persistance à vie des anticorps initialement produits).

La positivité des tests sérologiques habituels de dépistage du VIH est retardée par rapport au moment de la contamination, puisqu'elle dépend de l'apparition des anticorps.

Tests sérologiques de confirmation

- Ils sont surtout utilisés dans les pays industrialisés.
- La technique du Western Blot (WB) est la méthode de référence.
  - sur la bandelette de WB, différentes protéines constitutives du virus seront reconnues par des anticorps spécifiques anti-VIH-1 ou anti-VIH-2. Elles forment des bandes situées en des endroits particuliers de la bandelette, qui sont révélées par une réaction immuno-enzymatique ;
  - le WB peut être difficile à interpréter quand il fournit un résultat « indéterminé », pouvant correspondre soit à une séroconversion récente, soit à une infection par un variant du VIH (voir Module 2), soit à une réaction croisée avec un autre rétrovirus ;
  - le WB a comme autre inconvénient d'être un test coûteux.
- La technique des immunoblots est d'apparition plus récente et moins répandue. Elle fait appel aux mêmes principes que le WB mais utilise différentes protéines recombinantes ou de synthèse déposées sur des bandelettes de Nylon ou de nitrocellulose.

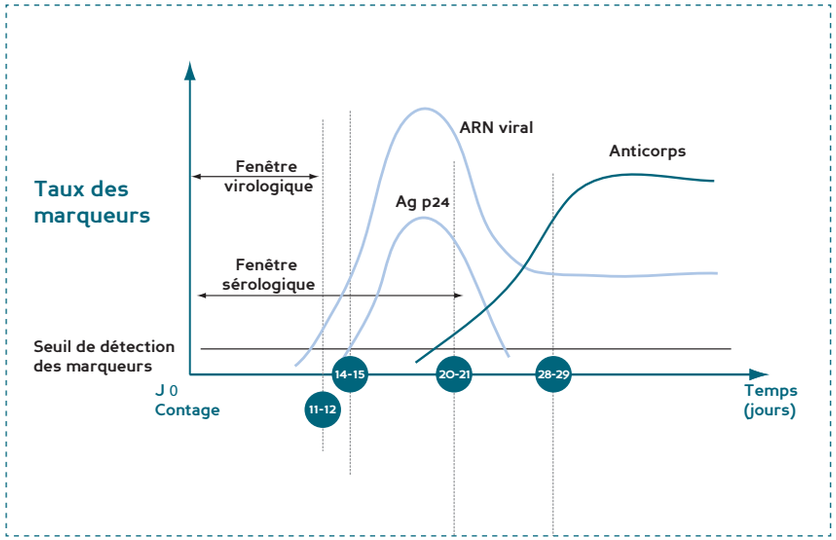
Tests de mise en évidence du virus (tests directs)

- Les tests de diagnostic direct de l'infection à VIH comportent la quantification virale, la culture virale et la recherche d'un constituant du virus, l'Ag p24.
- La quantification virale consiste à mesurer l'ARN du virus circulant dans le sang ou l'ADN du virus intégré dans ses cellules cibles (voir Module 2) :

- elle fait appel à une technique de biologie moléculaire d'amplification génique appelée PCR (*Polymerase Chain Reaction*) ;
- la quantité d'ARN viral correspond à la charge virale et constitue un critère de suivi important du traitement ARV (voir Module 5) ;
- c'est la seule technique permettant de faire le diagnostic de l'infection à VIH chez les enfants exposés avant l'âge de 18 mois ou en cas de primo-infection avant que les anticorps ne soient détectables.

- La culture virale consiste à mettre en présence des lymphocytes du sujet infecté avec des lymphocytes d'un sujet non infecté, et à détecter les particules virales produites par les lymphocytes sains contaminés par les lymphocytes infectés :
  - il s'agit d'une technique très coûteuse, longue (résultats obtenus dans un délai de 10 à 30 jours) et nécessitant une charge de travail importante ;
  - elle n'est jamais utilisée en pratique courante, car réservée à des laboratoires de recherche spécialisés, disposant en particulier de locaux conformes aux normes de sécurité imposées par ce type d'activités.
- La recherche de l'Ag p24 fait appel à des tests ELISA « sandwich » dits tests combinés, capables de détecter l'Ag p24 en même temps que les anticorps anti-VIH :
  - elle est intéressante pour diagnostiquer une infection à VIH au moment de la phase aiguë de primo-infection : en effet, à cette phase, l'Ag p24 peut être présent dans le sang en quantité élevée alors que les anticorps anti-VIH ne sont pas encore apparus ;
  - à savoir cependant : face à des signes évocateurs de primo-infection à VIH (fièvre, syndrome grippal, pharyngite ou angine, lymphadénopathie…), l'absence de l'Ag p24 associée à une sérologie négative n'exclut pas le diagnostic : une nouvelle sérologie doit toujours être pratiquée quelques semaines après la première pour conclure.

Figure 1 – Cinétique d'apparition des anticorps anti-VIH



II. Modalités pratiques d'utilisation des tests de dépistage de l'infection à VIH

Trois situations d'utilisation : le dépistage volontaire, obligatoire ou systématique

- Dans le cas du dépistage volontaire, les tests VIH sont réalisés à la demande du patient (par exemple, après une campagne de sensibilisation au VIH ou dans le cadre d'un bilan prénuptial). Le dépistage volontaire peut être anonyme et gratuit dans certains centres agréés.
- Le dépistage obligatoire relève d'une disposition légale ou règlementaire : dons de sang et, parfois, demande de visa ou de permis de séjour ou, encore, dans le cas de viols.
- Le dépistage systématique se fait à l'initiative d'un professionnel de santé (voir Module 8) :
  - son caractère systématique signifie qu'il doit être proposé lors de tout recours aux soins (consultation, hospitalisation, centre de santé) et à tous les patients, y compris en l'absence de symptômes (stratégie de *l'opt-out*) ;
  - il est particulièrement important :
    - chez les femmes enceintes, lors de la 1re consultation prénatale, afin, si nécessaire, de pouvoir mettre en place le plus précocement possible le traitement ARV en prévention de la TME (voir Module 9) ;

EN SAVOIR +

LE DÉPISTAGE *OPT-IN* ET LE DÉPISTAGE *OPT-OUT* (VOIR AUSSI MODULE 7)

Le dépistage opt-in *a lieu dans le cadre d'un dépistage volontaire comportant le consentement préalable du patient.*

Le dépistage opt-out *est un dépistage à l'initiative d'un professionnel de santé au cours duquel le patient est automatiquement testé après en avoir été informé, à moins qu'il ne s'y oppose formellement.*

Pour une prévention efficace de l'infection à VIH, le dépistage opt-in *(le seul utilisé au début de l'épidémie) s'est révélé insuffisant, en raison du petit nombre de patients volontaires et de la stigmatisation pouvant apparaître à leur égard.*

Le dépistage opt-out a été développé pour contourner les difficultés du dépistage opt-in et renforcer l'efficacité de la prévention anti-VIH ; il a été initialement mis en place sous forme d'un dépistage systématique du VIH par les professionnels de santé dans tous les pays à forte prévalence de l'infection (plus de 1 % de prévalence chez les femmes enceintes) et dans lesquels le traitement ARV était disponible.

EN SAVOIR +

ATTENTION AU TRANSPORT DES ÉCHANTILLONS SANGUINS PRÉLEVÉS POUR MESURE DE LA CHARGE VIRALE

L'ARN du VIH est une molécule instable, susceptible de se dégrader rapidement.

Pour permettre un résultat fiable de charge virale mesurée par la technique de PCR, les échantillons sanguins doivent être transportés au laboratoire dans un délai de moins de 4 heures. Si ce délai ne peut être tenu, il convient de centrifuger puis de congeler, soit à – 20 °C pour une durée inférieure à 7 jours, soit à – 80 °C pour une durée supérieure. L'ADN est plus stable et peut même être analysé à partir de sang déposé sur du papier buvard (voir Module 8).

- chez les patients consultant en centre de dépistage des IST ou en cas d'IST avérée ;
- chez les patients présentant des signes évocateurs ou une pathologie volontiers associée à l'infection à VIH, notamment la tuberculose (d'où l'importance d'un repérage de ces signes et pathologies en s'aidant de la classification par stades cliniques de l'infection à VIH proposée par l'OMS, voir Module 2).

Règles à connaître pour la réalisation des tests

- Un test de confirmation doit obligatoirement être réalisé sur un prélèvement sanguin différent de celui ayant servi au test de dépistage. La réalisation d'un 2nd prélèvement permet de s'affranchir d'éventuelles erreurs de résultat liées à des artéfacts du 1er prélèvement, comme une erreur d'identification du patient source, une fausse réactivité ou l'existence d'une contamination (fréquente lorsque de nombreux prélèvements de patients séropositifs sont manipulés).
- Lorsqu'un test de dépistage est positif et que le test de confirmation est négatif, il n'est pas possible de conclure à l'absence d'infection à VIH et un suivi du patient est obligatoire :
  - si la discordance entre les résultats des deux tests persiste au-delà d'un mois lors d'un nouveau dépistage, le patient peut être considéré comme faussement réactif au dépistage et non infecté à condition qu'il n'y ait pas de facteur de risque pour le VIH ni de suspicion d'infection par un virus VIH variant (situation rare) ;
  - s'il y a suspicion d'infection par un virus VIH variant, il faut exiger au moins 6 mois de suivi avec discordances entre les tests de dépistage et de confirmation avant de conclure à une séronégativité.
- Les tests utilisés doivent répondre à plusieurs critères de performance :
  - sensibilité > 99,5 % et spécificité > 99 %, conformément aux recommandations de l'Onusida et de l'OMS ;
  - réactifs couvrant au mieux la diversité du VIH (identification du VIH-1 et du VIH-2, voire du VIH-1 du groupe O) (voir Module 2) ;
  - pour les tests ELISA, compatibilité avec toutes les chaînes « microplaque » ;
  - pour les TDR, capacité à distinguer le VIH-1 et le VIH-2.

Stratégies du dépistage et du diagnostic sérologique selon l'OMS

- Les stratégies d'utilisation des tests sérologiques VIH recommandées par l'OMS définissent le choix du test ou de la combinaison de tests les plus appropriés pour porter ou non un diagnostic d'infection à VIH dans une situation épidémiologique ou clinique donnée :
  - elles sont fondées sur les tests TDR (plus rarement les tests ELISA), avec pour objectif de fournir des résultats aussi fiables qu'une stratégie utilisant le WB comme test de confirmation (stratégies appelées pour cette raison stratégies « alternatives ») ;
  - elles sont définies selon 3 critères : l'objectif du dépistage, la prévalence de l'infection à VIH dans la population testée et la sensibilité/spécificité du ou des tests.
- Trois stratégies sont recommandées, qui diffèrent par le nombre d'étapes de tests :
  - stratégie I – Tous les échantillons de sérum/plasma sont testés par TDR (plus rarement test ELISA) :
    - en présence d'une réaction positive, le sérum est considéré comme positif pour les anticorps anti-VIH ;
    - en l'absence de réaction, le sérum est considéré comme négatif ;
  - stratégie II – Tous les échantillons de sérum/plasma sont d'abord soumis à un TDR (plus rarement un test ELISA) et, si le premier test est positif, un 2nd test doit être réalisé :
    - un sérum qui ne réagit pas au 1er test est considéré comme négatif pour les anticorps anti-VIH ;
    - un sérum qui réagit doit être de nouveau testé à partir d'un 2nd prélèvement, avec un 2nd TDR (ou ELISA), fondé sur une technique différente : si les 2 tests sont positifs, le sérum est considéré comme positif pour les anticorps anti-VIH ; s'ils sont discordants, le sérum est considéré comme indéterminé ;
  - stratégie III – Tous les échantillons de sérum/plasma sont d'abord soumis à un TDR (plus rarement un test ELISA), et un sérum trouvé positif est de nouveau testé avec un test différent (selon les mêmes conditions que dans la stratégie II) : si le 2e test est positif, un 3e test doit être réalisé :
    - les 3 tests employés doivent être différents ;
    - un sérum qui réagit avec les 3 tests est considéré comme positif pour les anticorps anti-VIH ;
    - un sérum donnant un résultat discordant entre les 3 tests est considéré comme indéterminé.
- Le choix entre les 3 stratégies dépend de l'objectif du dépistage et de la prévalence du VIH dans la population, comme indiqué dans le tableau I et la figure 2.

Tableau I – Stratégie Onusida/OMS de dépistage sérologique de l'infection à VIH en fonction de l'objectif du test et de la prévalence de l'infection dans la population

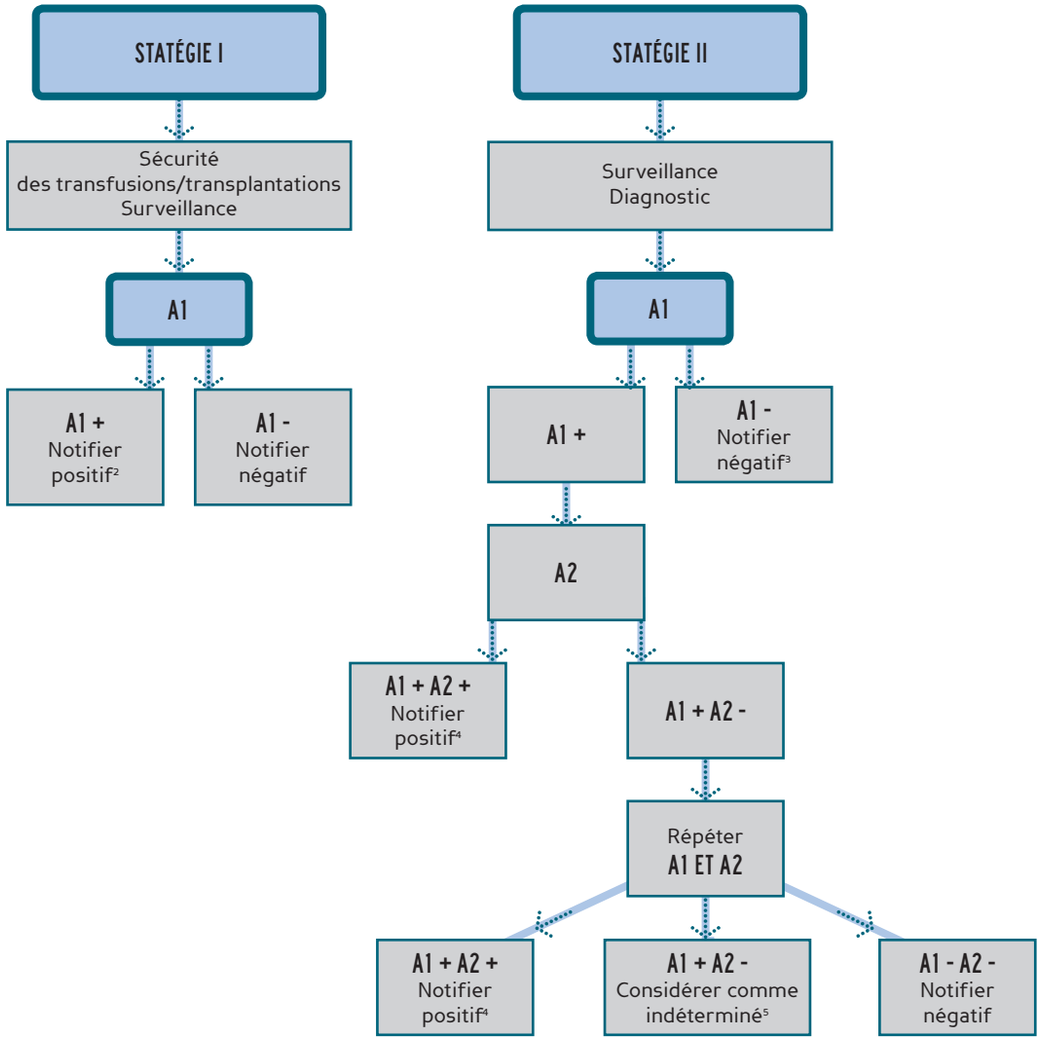
INDICATIONS DES STRATÉGIES ALTERNATIVES		
OBJECTIF	PRÉVALENCE	STRATÉGIE
SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE		I
SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE	> 10 % < 10 %	I II
DIAGNOSTIC QUAND SYMPTÔMES VIH	> 30 % < 30 %	I II
DIAGNOSTIC SANS SYMPTÔMES VIH		III

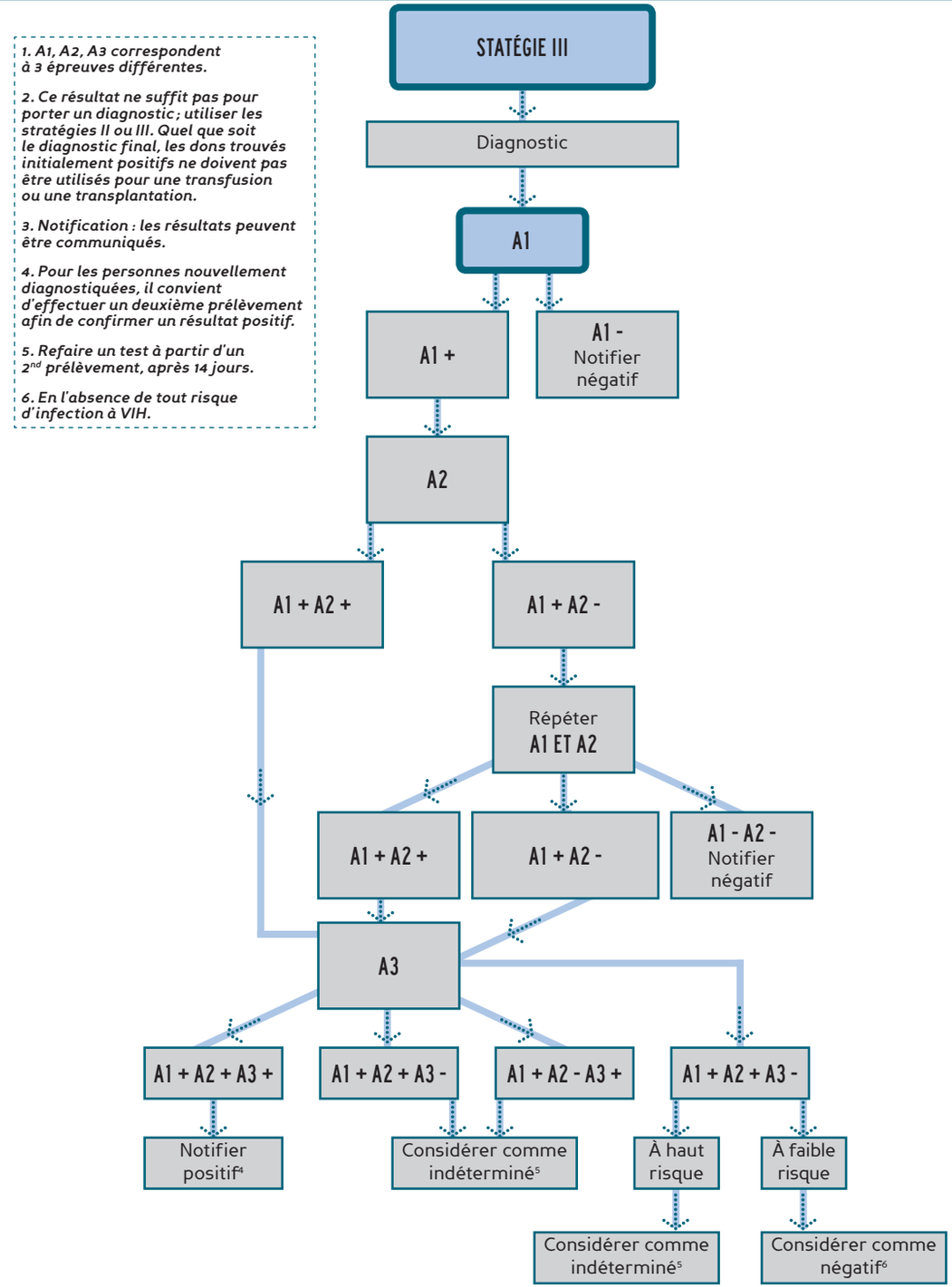
Remarques

- Pour la sécurité transfusionnelle, il convient de choisir un test de dépistage qui soit très sensible. Les dons de sang dont le résultat au test est positif doivent être éliminés selon les mesures de précaution universelles. La stratégie I s'applique au contrôle des dons mais ne doit pas être utilisée pour notifier un résultat à un donneur : dans cette situation, il faut appliquer la stratégie II ou III destinée au diagnostic.

- Chez les personnes dont le cas correspond au stade SIDA selon les critères cliniques de l'OMS, la stratégie I ne peut être utilisée pour confirmer le diagnostic que lorsque la prévalence du VIH dans la population dépasse 30 % ; si la prévalence est moins élevée, c'est la stratégie II qu'il faut utiliser.
- Pour les stratégies II et III, le 1er test doit avoir la sensibilité le plus élevée possible, alors que les 2e et 3e tests doivent avoir une spécificité plus élevée que le 1er test.

Figure 2 – Représentation schématique des stratégies I, II ou III de l'ONUSIDA/OMS pour le dépistage du VIH[1]





III. *Counseling* et dépistage de l'infection à VIH

Pour la définition du *counseling* et les principes généraux appropriés à sa pratique, se reporter au Module 7. Seuls sont traités dans ce module les aspects concernant spécifiquement la démarche de dépistage de l'infection à VIH.

Importance et principes de base

- Le *counseling* fait partie intégrante de la démarche de dépistage de l'infection à VIH.
- Le *counseling* doit être réalisé par une personne formée à la conduite d'entretien et au VIH/sida.
- Le *counseling* exige respect de la confidentialité et du consentement éclairé :
  - la confidentialité est un devoir et sa violation porte atteinte au principe d'éthique ; ce principe est valable entre collègues et avec toute autre personne ;
  - le consentement éclairé signifie que la personne accepte librement le test de dépistage après avoir reçu toutes les informations nécessaires sur l'infection à VIH et les implications du test.
- Le *counseling* comporte 3 étapes : le *counseling* pré-test, le *counseling* post-test et un suivi au-delà du dépistage quel que soit le statut sérologique VIH retrouvé. À toutes les étapes :
  - le soutien psychologique est essentiel ;
  - la communication mise en place doit tenir compte du fait que la personne est un cas particulier, ayant des difficultés et des besoins spécifiques ;
  - le conseiller doit savoir aborder des sujets sensibles, comme les pratiques sexuelles, en tenant compte des réactions émotionnelles et des caractéristiques socio-culturelles de la personne.

Counseling pré-test

- Le *counseling* pré-test vise à préparer la personne au test de dépistage du VIH. Un *counseling* pré-test bien mené facilite l'annonce du résultat.
- Pour commencer, le conseiller se présente, explique son rôle et rassure la personne quant au respect de la confidentialité. Ce premier contact est très important pour favoriser la relation d'aide qui va suivre.
- Après le premier contact, le conseiller examine avec la personne la question du VIH et les avantages à pratiquer ou non un test de dépistage. Pour structurer son entretien, il doit aborder successivement les points suivants (voir aussi tableau II) :
  - les connaissances de la personne sur le VIH/sida ;
  - le risque qu'a la personne d'avoir été exposée au VIH et la possibilité d'un plan de réduction du risque ;
  - la signification des tests de sérologie VIH ;
  - les implications du résultat du dépistage sur la vie de la personne ;
  - les aptitudes de la personne à faire face à une séropositivité et à ses conséquences ;
  - le consentement éclairé de la personne concernant le test de dépistage ;
  - éventuellement, le thème de la contraception chez la femme.
- Le *counseling* pré-test peut nécessiter plusieurs entretiens, par exemple si la personne n'est pas sûre de vouloir se faire dépister ou souhaite encore poser des questions.
- À l'issue du *counseling* pré-test, le conseiller fixe le rendez-vous pour le *counseling* post-test (idéalement, le même jour, quelques heures plus tard) et s'assure à cette occasion que la personne est prête à recevoir le résultat.

Tableau II – Déroulé pratique du *counseling* pré-test

ÉTAPES	CONTENU
Vérification des connaissances de la personne sur le VIH et correction des incompréhensions	Introduire le sujet puis explorer les connaissances sur les thèmes suivants, en complétant si nécessaire les informations • Connaissances de base sur le VIH (modes de transmission et facteurs favorisants, prévention, traitements, etc.) • Croyances et préjugés sur le VIH • Raisons qui ont amené à demander un test de dépistage • Connaissance concernant le test de dépistage • Attitude attendue face au résultat (négatif ou positif) • En quoi la personne est-elle concernée par le VIH/sida ? • Comportements ou symptômes particuliers de la personne • Attentes vis-à-vis de la structure de dépistage ou de prise en charge
Évaluation des risques individuels vis-à-vis de l'infection à VIH dans le respect de la pudeur du patient (qui doit rester prioritaire sur la connaissance des informations)	• S'informer avec tact sur les partenaires sexuels et les comportements à risque : nombre de partenaires, types de partenaires, fréquence de changements de partenaire, rapports non protégés, transfusion sanguine, contact avec des objets souillés, abus de drogues et d'alcool, etc. • Évaluer les ressources émotionnelles, interpersonnelles, sociales et économiques • Le cas échéant, déterminer si la personne comprend l'importance de changer de comportement
Développer un plan de réduction du risque à partir des informations recueillies à l'étape précédente	• Aider à faire la liste des actions possibles pour réduire le risque de contracter ou de transmettre le VIH, pour proposer un plan personnalisé de réduction du risque

Tableau II – Suite

ÉTAPES	CONTENU
Expliquer la signification du résultat du test de dépistage et évaluer ses implications	**En cas de test négatif :** les anticorps anti-VIH n'ont pas été détectés • Expliquer à la personne soit qu'elle n'est pas infectée par le VIH, soit qu'elle peut être en période de séroconversion si un contact à risque récent a eu lieu (dans cette hypothèse, conseiller un autre test 3 mois plus tard en rappelant la nécessité de ne plus s'exposer aux situations à risque) • Rappeler qu'une sérologie négative ne veut pas dire immunisation contre le VIH **En cas de test positif :** les anticorps anti-VIH ont été détectés • Expliquer à la personne qu'elle est infectée par le VIH et qu'elle peut transmettre le virus en cas de comportements à risque • Chez les personnes asymptomatiques ou peu symptomatiques, expliquer qu'une sérologie positive ne veut pas dire sida • Expliquer qu'une prise en charge médicale offrant la possibilité d'une vie normale est possible, quel que soit le stade de la maladie ; cette prise en charge doit être d'autant plus rapide qu'il y a des symptômes **En cas de test avec résultat indéterminé :** la présence ou l'absence des anticorps anti-VIH ne peut pas être déterminée • Expliquer qu'il faut réaliser un autre test • Après avoir expliqué les résultats possibles du test, s'enquérir des conséquences qu'ils pourraient avoir sur la vie de la personne, sur celle de sa famille, sur ses relations, au travail, etc.
Obtenir le consentement éclairé	• S'assurer que la personne a compris la signification et les implications du test de dépistage • S'assurer que la personne est d'accord pour réaliser un test de dépistage en ayant compris ce qu'il signifie et ce qu'il implique • Après obtention du consentement éclairé, rédiger l'ordonnance pour la prise de sang en vue du test de dépistage

Counseling post-test

- Le *counseling* post-test est l'entretien au cours duquel le résultat du test de dépistage du VIH (positif, négatif ou indéterminé) est porté à la connaissance de la personne qui l'a fait pratiquer :
  - si la personne est consentante et psychologiquement prête, le résultat doit lui être directement annoncé ;
  - en cours d'entretien, l'annonce ne doit pas trop tarder car, dans la majorité des cas, les personnes sont impatientes de connaître leur résultat ;
  - un résultat quel qu'il soit ne doit jamais être donné à une autre personne que la personne concernée (sauf en sa présence et avec son consentement).
- Pour commencer l'entretien, le conseiller :
  - souhaite la bienvenue à la personne ;
  - discute avec elle de l'attente du résultat du test et la félicite d'avoir attendu et d'être revenue ;
  - lui demande si elle a des questions ou des points à clarifier.
- Lorsque la personne est prête, le conseiller annonce d'un ton neutre le résultat du test :
  - en cas de résultat négatif, dire par exemple : « Le résultat de votre test est négatif, ce qui signifie que les anticorps contre le VIH n'ont pas été détectés dans votre sang » ;
  - en cas de résultat positif, l'annonce peut être introduite en rappelant l'évaluation du risque d'infection à VIH évoquée en pré-test, avant de dire : « Le résultat de votre test est positif, ce qui signifie que vous êtes infecté par le VIH » ;
  - en cas de résultat indéterminé, dire, après un bref rappel des points de discussion abordés au cours du *counseling* pré-test : « La présence ou l'absence des anticorps du VIH dans votre sang ne peut pas être déterminée et il faut réaliser un autre test ».
- Après l'annonce du résultat du test, le conseiller doit toujours attendre la réaction de la personne avant de continuer l'entretien, afin de pouvoir adapter au mieux son attitude. Cela concerne en premier lieu l'annonce d'un résultat positif, mais également celle d'un résultat indéterminé (qui peut susciter autant d'anxiété), voire parfois celle d'un résultat négatif (par exemple, si la personne a un partenaire séropositif et doute de l'exactitude de son résultat).
- Passée la phase d'annonce, l'entretien se poursuit de façon différente en fonction du résultat :
  - en cas de résultat négatif, les points abordés seront :
    - la (faible) possibilité d'être en phase de séroconversion avec nécessité d'un test de contrôle 3 mois après la dernière exposition au risque ;
    - les moyens de prévention de l'infection à VIH et l'importance du port de préservatifs (avec révision éventuelle du plan de réduction des risques discuté lors du *counselling* pré-test), en rappelant qu'un résultat négatif ne signifie pas qu'on est protégé du VIH (même au sein d'un couple sérodifférent) ;
    - la notion de sérodifférence, la notification du résultat au partenaire et la décision à prendre par le partenaire de se faire dépister ;
  - en cas de résultat positif :
    - déterminer les informations les plus adaptées aux besoins particuliers de la personne (dont les capacités d'attention aux explications sont limitées après annonce d'une séropositivité VIH) et insister sur les éléments qui peuvent la rassurer ;
    - expliquer la signification du résultat ;
    - rappeler que, grâce à une prise en charge médicale adéquate, une vie normale à long terme est possible ;

- aborder la question de la prévention de la transmission (préservatif) et ses implications ;
- en cas de grossesse, insister sur le fait qu'une prise en charge rapide et la mise sous traitement ARV permettent d'éviter l'infection du futur bébé ;
- chez les femmes en âge de procréer, indiquer qu'il est possible d'avoir des grossesses ultérieures sans risque pour le partenaire et sans risque important pour le futur bébé, sous réserve d'un bon suivi médical et de conseils de prévention ;
- aborder la question de la prise en charge psychologique et sociale ;
- conclure en proposant une orientation vers une structure de prise en charge médicale, psychologique et sociale ;

– en cas de résultat indéterminé :
- organiser la réalisation du test de contrôle (par un test différent du premier, voir plus haut), le plus rapidement possible et dans les meilleures conditions (si besoin, dans une autre structure) ;
- mettre en place une prise en charge psychologique, au même titre qu'après l'annonce d'une séropositivité.

Suivi au-delà de l'annonce du résultat du test

- Les personnes dépistées séronégatives doivent être accompagnées pour adopter un plan de vie permettant d'éviter le risque d'une contamination.
- Les personnes dépistées séropositives doivent recevoir le soutien psychologique nécessaire et être orientées vers une structure de soins permettant la mise en œuvre d'une prise en charge adéquate.

Cas particulier du *counseling* du couple

- Lors du *counseling* d'un couple, plusieurs étapes doivent être réalisées séparément auprès de chacun des deux partenaires :
  – obtention du consentement pour participer aux entretiens ;
  – évaluation du risque d'acquisition d'une infection à VIH lors du *counseling* pré-test (chacun doit pouvoir évaluer librement ses propres risques) ;
  – annonce des résultats des tests lors du *counseling* post-test, à moins que les deux partenaires n'aient exprimé le souhait de recevoir leurs résultats ensemble et à condition de s'assurer qu'ils l'ont fait librement.
- Après l'annonce des résultats, les partenaires du couple, s'ils le souhaitent, peuvent être reçus ensemble pour la poursuite du *counseling* post-test.
- Après l'annonce des résultats, 3 situations sont possibles, faisant l'objet d'un conseil différent :
  – cas du couple concordant séronégatif :
    - réviser le plan de réduction du risque développé lors du *counseling* pré-test, en insistant auprès du couple sur les moyens pour maintenir des comportements à moindre risque et pour protéger leur santé ;
    - expliquer la notion de période de séroconversion et la nécessité de faire un test de contrôle dans les 3 mois qui suivent la dernière exposition au risque ;

  – cas du couple concordant séropositif :
    - savoir faire face aux réactions psychologiques des deux partenaires, en veillant à accorder à chacun d'entre eux un entretien individuel et à prendre les dispositions nécessaires pour un rapprochement ;
    - prendre un temps spécifique pour discuter du point de vue de la femme, ce qui permet de dissiper les malentendus au sein du couple et contribue à réduire le risque de réactions violentes à son encontre ;
    - aider les partenaires à identifier les solutions leur permettant de maintenir leur entente et de se prendre en charge médicalement ;
    - la surinfection étant un événement possible, mais dont les conséquences au sein des couples semblent minimes, le port du préservatif au sein du couple n'est pas indispensable en dehors de l'utilisation pour la contraception ;

  – cas du couple sérodifférent :
    - aider les partenaires à surmonter leurs tensions et leurs émotions : le partenaire séronégatif doit parvenir à accepter son conjoint et à le soutenir, le partenaire séropositif doit être encouragé à vivre le plus positivement possible ;
    - discuter d'un plan de réduction du risque à long terme destiné à protéger le partenaire séronégatif d'une contamination ;
    - expliquer la notion de séroconversion et la possibilité que le partenaire séronégatif ait eu un rapport contaminant dans les 3 mois précédents, puis encourager le partenaire séronégatif à faire un test de contrôle 3 mois après le dernier rapport non protégé ;
    - insister sur l'importance de l'utilisation du préservatif, surtout si le partenaire infecté n'est pas traité ;
    - expliquer la possibilité d'un traitement post-exposition et la nécessité d'un test VIH de contrôle en cas de rapport non protégé ou de rupture de préservatif.

EN SAVOIR +

LES DOMAINES NÉCESSITANT UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE PARTICULIER POUR LES COUPLES SÉROPOSITIFS

- La communication au sein du couple.
- La communication avec la famille élargie.
- La communication avec les enfants.
- La réconciliation.
- La maîtrise de la colère.
- L'apprentissage du pardon.
- L'avenir des enfants.

Cas particulier du *counseling* de l'enfant

- Dans la majorité des cas, le dépistage du VIH chez l'enfant fait suite à des manifestations cliniques évocatrices d'un déficit immunitaire, à la découverte d'une séropositivité chez la mère ou à un viol.
- Le *counseling* va presque toujours impliquer l'enfant, mais aussi ses parents ou tuteurs.
- Dans l'hypothèse d'une séropositivité de l'enfant, alors que les parents sont séronégatifs, l'accompagnement psychologique des parents peut être nécessaire pour éviter une réaction de rejet.

Cas particulier du *counseling* de l'adolescent

- Pour les adolescents mineurs, il n'est pas légal de réaliser un test de dépistage sans le consentement des parents/tuteurs légaux. Le conseiller doit encourager le mineur à obtenir l'autorisation parentale.
- Si l'enfant se présente au *counseling* accompagné de ses parents, il convient de ménager des étapes d'entretien seul à seul avec lui pour qu'il puisse s'exprimer librement, notamment sur la question de la sexualité.

Quizz

1. Lors d'un dépistage systématique du VIH, vous utilisez un test rapide qui se révèle positif.
Que faites-vous ?

a. Vous annoncez à la personne testée qu'elle est séropositive
b. Vous proposez un autre test rapide utilisant une technique différente, sur un 2nd prélèvement
c. Vous refaites le même test sur un 2nd prélèvement
d. Vous refaites le même test sur le même prélèvement

2. Lors d'un dépistage du VIH, vous utilisez un test rapide qui se révèle négatif. Que faites-vous ?

a. Vous annoncez à la personne testée qu'elle est séronégative
b. Vous proposez un autre test rapide utilisant une technique différente, sur le même prélèvement
c. Vous refaites le même test sur un 2nd prélèvement
d. Vous refaites le même test sur le même prélèvement

3. Lors d'un dépistage du VIH, vous utilisez un test rapide qui se révèle positif puis vous testez le même prélèvement avec un test différent, et le résultat est alors négatif. Que faites-vous ?

a. Vous annoncez à la personne testée qu'elle est séronégative
b. Vous annoncez à la personne qu'elle est séropositive
c. Vous pratiquez un 3e test rapide, utilisant une technique différente des deux autres tests, sur un 2nd prélèvement
d. Vous refaites un 3e test identique au premier sur un 2nd prélèvement
e. Vous refaites un 3e test identique au premier sur le même prélèvement

4. Lors d'une démarche de dépistage du VIH de type *opt-in*, quelle est ou quelles sont les règles à toujours respecter ?

a. Obtention du consentement écrit du patient
b. Information systématique du partenaire en cas de séropositivité de la personne testée
c. Préparation au test par un *counseling* pré-test
d. Ne plus jamais proposer de tests de dépistage quand le test a été négatif une fois

5. Dans le cadre de la stratégie du *opt-out*, quelles sont parmi les situations cliniques suivantes celles qui doivent faire proposer un dépistage de l'infection à VIH chez l'adulte ?

a. Zona thoracique
b. Méningite à pneumocoques
c. Pneumopathie franche lobaire aiguë
d. Bronchite aiguë
e. Herpès génital récidivant
f. Découverte d'un diabète

Réponses au quizz :

1 : b - 2 : a - 3 : c - 4 : c - 5 : a, b, c, d, e, f (si les situations a, b, c et e peuvent être évocatrices d'une infection à VIH, il est recommandé dans la stratégie du *opt-out* de proposer un dépistage lors de tout recours médical, ce qui explique que les réponses d et f sont aussi considérées comme bonnes)

Références

1. L'épidémie de VIH/sida : en parler ouvertement. Principes directeurs pour la divulgation à des fins bénéfiques, le conseil au partenaire dans le respect de l'éthique, et l'emploi approprié de la déclaration des cas d'infection à VIH. ONUSIDA, Genève, Suisse, avril 2001.
2. Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé. OMS, ONUSIDA, Genève, Suisse, mai 2007.
3. UNAIDS/WHO policy statement on HIV testing, juin 2004.
4. OMS. Revue Épidémiologique Hebdomadaire n° 12, 21 mars 1997.
5. Collini, P. *Opt-out* HIV testing strategies. clinicalevidence.bmj.com/dowloads/2.opt-outhivtestingstrategies.pdf
6. OMS. Le virus de l'immuno-déficience humaine et son diagnostic. Brazzaville, 2004.
7. Niel T, Johnny D, Douglas M Contantine. Dépistage HIV & contrôle de qualité, guide du personnel de laboratoire, 1991.
8. Ho DD, Neumann AU, Perelson AS, Chen W, Leonard JM, Markowitz M. Rapid turnover of plasma virions and CD4 lymphocytes in HIV 1 infection. Nature 1995 ; 373 : 126-6.
9. Girard PM, Katlama C, Pialoux G. VIH. Doin, 2011.