



LE VIH AU CANADA

TENDANCES ET ENJEUX QUI AFFECTENT LA PRÉVENTION DU
VIH, LES SOINS, LE TRAITEMENT ET LE SOUTIEN

DÉCEMBRE 2010



CATIE est la source canadienne de renseignements à jour et impartiaux sur le VIH et l'hépatite C au Canada. Nous mettons en relation les personnes vivant avec le VIH ou l'hépatite C, les communautés à risque, les fournisseurs de soins de santé et les organismes communautaires avec de l'information, des ressources et l'expertise pour réduire la transmission et améliorer la qualité de vie.

La production du document *Le VIH au Canada : Tendances et enjeux qui affectent la prévention du VIH, les soins, le traitement et le soutien* a été rendue possible grâce aux contributions financières de l'Agence de la santé publique du Canada.

PERMISSION DE REPRODUIRE

Ce document est protégé par les droits d'auteur. Il peut être réimprimé et distribué dans son intégralité à des fins non commerciales sans permission préalable, mais toute modification à son contenu doit être autorisée. Le message suivant doit apparaître sur toute réimpression de ce document : « *Ces renseignements ont été fournis par CATIE. Pour plus d'information, communiquer avec CATIE au 1-800-263-1638 ou www.catie.ca* ».

©2010, CATIE (le Réseau canadien d'info-traitements sida).
Tous droits réservés. Révisé en 2010.

Contactez :
www.catie.ca · 1-800-263-1638

N° du Centre de distribution de CATIE : ATI-50216
(also available in English, ATI-50215)



1	INTRODUCTION	4
2	L'ÉPIDÉMIOLOGIE MONDIALE DU VIH	6
3	L'ÉPIDÉMIOLOGIE CANADIENNE DU VIH	8
3.1	LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA ET À RISQUE	9
3.2	LE VIH CHEZ LES POPULATIONS SPÉCIFIQUES	10
3.2.1	Les hommes gais et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HRSH)	11
3.2.2	Les utilisateurs de drogues injectables (UDI)	12
3.2.3	La transmission hétérosexuelle	13
3.2.4	Les autochtones	15
3.2.5	Les femmes	16
3.2.6	Les jeunes	17
3.2.7	Les Canadiens plus âgés	18
3.2.8	Le VIH/sida dans les prisons canadiennes	19
4	LES TENDANCES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DE L'HÉPATITE C, DE LA TUBERCULOSE ET DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT AU CANADA	20
4.1	LE VIRUS DE L'HÉPATITE C (VHC)	20
4.2	LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT (ITS)	22
4.3	LA TUBERCULOSE	23
5	LES NOUVELLES TENDANCES ET NOUVEAUX ENJEUX DU VIH/SIDA	25
5.1	LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION	25
5.2	LA CRIMINALISATION DE LA NON-DIVULGATION DE LA SÉROPOSITIVITÉ	26
5.3	LES INTERVENTIONS DE PRÉVENTION DU VIH	28
5.3.1	La prévention combinatoire du VIH	28
5.3.2	Les données probantes dans l'élaboration de programmes de prévention du VIH	29
5.3.3	Les facteurs sociaux déterminants des interventions sanitaires et structurelles contre le VIH	31
5.3.4	Les interventions comportementales pour la prévention du VIH	33
5.3.5	Les interventions biomédicales pour la prévention du VIH	42
5.4	LE DÉPISTAGE DU VIH ET LE COUNSELING	57
5.5	LE TRAITEMENT, LES SOINS ET LE SOUTIEN DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH	60
5.5.1	Le traitement du VIH	60
5.5.2	L'observance thérapeutique	62
5.5.3	La pharmacorésistance	63
5.5.4	Les effets secondaires	64
5.5.5	Le VIH et les co-infections	65
5.5.6	Le VIH et le vieillissement	67
5.5.7	L'approche holistique au traitement	69
5.5.8	Les interactions médicamenteuses	69
5.5.9	L'accès aux soins de santé	71
5.5.10	Le VIH en tant que maladie épisodique	72
5.6	L'INTÉGRATION DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION, DE TRAITEMENT, DE SOINS ET DE SOUTIEN POUR LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH	73
5.7	L'INTÉGRATION DES SERVICES POUR LES INFECTIONS ACQUISES DANS LA COLLECTIVITÉ	73
	REMERCIEMENTS	76
6	SOURCES PAR SECTION	77

1 INTRODUCTION

Dans son nouveau rôle en tant que courtier national en connaissances sur le VIH, CATIE défend et appuie l'innovation et l'excellence en matière d'échange des connaissances sur les soins, le traitement et le soutien offerts aux personnes vivant avec le VIH ainsi que sur la prévention de la transmission du VIH. Pour ce faire, CATIE :

- collabore avec les organismes de première ligne et développe leurs capacités afin qu'ils utilisent les connaissances de manière efficace pour réagir à l'épidémie de VIH;
- soutient et relie les personnes vivant avec le VIH, d'autres personnes et organismes pour développer, synthétiser, transmettre et utiliser les connaissances sur le VIH; et
- sert de point de contact central pour le flux d'information approfondie, précise, impartiale, opportune, accessible et communautaire sur le VIH.

Les 25 dernières années ont vu une croissance explosive de nos connaissances collectives sur la prévention du VIH, les soins, le traitement et le soutien offerts aux personnes et aux communautés les plus touchées par le virus. Par contre, ces connaissances ont eu tendance à émerger de façon sporadique dans plusieurs communautés, disciplines et domaines de spécialisation différents.

Par conséquent, la compréhension de la prévention du VIH, des soins, du traitement et du soutien est demeurée fragmentée, avec peu de mécanismes et de processus en place pour l'intégration et l'échange des connaissances entre les divers intervenants afin de poursuivre de façon stratégique des opportunités coordonnées pour faire progresser la réponse à l'épidémie de VIH au Canada.

Ce rapport a été élaboré pour aider à répondre au besoin d'une approche plus intégrée pour l'échange des connaissances sur le VIH. Il donne une vue d'ensemble du VIH au Canada : l'épidémiologie du VIH, les tendances en termes de maladies liées au VIH et les tendances et enjeux quant à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien des personnes vivant avec le VIH ou des personnes à risque. Le but de ce rapport est de fournir quelques points de départ de dialogue entre les intervenants nationaux, régionaux et locaux afin d'appuyer une planification et des prises de décision stratégiques concernant l'épidémie de VIH/sida au Canada. Il constitue un document à caractère évolutif qui sera régulièrement révisé pour refléter les connaissances actuelles sur le VIH au Canada.

Ce rapport vise à compléter d'autres initiatives afin de fournir un portrait approfondi de l'épidémie de VIH au Canada, y compris, sans s'y limiter :

- des rapports sur le VIH chez les populations spécifiques, en cours d'élaboration par l'Agence de la santé publique du Canada; et
- des rapports épidémiologiques sur le VIH et les infections contractées dans les communautés, publiés par l'Agence de la santé publique du Canada.

Nous espérons que cette publication vous sera une précieuse ressource. Nous apprécions tout commentaire ou toute question que vous pourriez avoir au sujet de ce rapport.

2 L'ÉPIDÉMIOLOGIE MONDIALE DU VIH

POINTS CLÉS

- ▶ 33,4 millions de personnes vivent avec le VIH à travers le monde.
- ▶ Le taux de prévalence mondiale du VIH chez les adultes est de 0,8 %.

Dans le but de surveiller l'épidémie du VIH et d'évaluer l'efficacité des efforts de prévention, le groupe de travail ONUSIDA/OMS sur le VIH/sida et la surveillance des ITS calcule une estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH (prévalence) et du nombre de nouveaux cas d'infection au VIH sur une année (incidence).

En 2008, il y avait à l'échelle mondiale environ 33,4 millions de personnes vivant avec une infection au VIH (y compris le sida). En 2008, le taux de prévalence du VIH chez les adultes était de 0,8 %. L'Afrique subsaharienne était, en 2008, la région la plus touchée avec 67 % des personnes vivant avec le VIH à travers le monde; la prévalence du VIH chez les adultes était de 5,2 %. Le pays ayant le taux de prévalence le plus élevé de cette région était le Swaziland avec un taux de 26 %. La seule autre région où le taux de prévalence du VIH chez les adultes se situait au-dessus de la moyenne mondiale était les Antilles (Caraïbes) (1 %). Dans les autres régions, le taux de prévalence était inférieur à la moyenne mondiale : 0,7 % en Europe de l'Est et Asie centrale, 0,6 % en Amérique du Nord, 0,6 % en Amérique latine, 0,3 % en Océanie, 0,3 % en Europe occidentale et Europe centrale, 0,2 % au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, 0,3 % en Asie du Sud et Asie du Sud-Est et moins de 0,1 % en Extrême-Orient.

En 2008, on estimait que chaque jour, plus de 7 300 personnes deviendraient infectées par le VIH. Cela se traduit par environ 2,7 millions de nouveaux cas d'infection au VIH en 2008 dont 70 % en Afrique subsaharienne. En 2008, on estimait que plus de 5 400 personnes mouraient chaque jour du sida. Cela signifie qu'environ 2 millions de personnes sont mortes du sida en 2008 dont 70 % en Afrique subsaharienne.

Il existe deux types d'épidémies du VIH à travers le monde. Une épidémie est dite « concentrée » quand la transmission se produit en grande partie au sein de groupes vulnérables précis, comme les travailleurs de l'industrie du sexe, les hommes gais et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ainsi que les utilisateurs de drogues injectables. Une épidémie est dite « généralisée » quand la transmission est maintenue par des comportements sexuels de la population générale et persisterait malgré les programmes efficaces destinés aux groupes vulnérables. L'Amérique du Nord connaît une épidémie concentrée alors qu'en Afrique subsaharienne, l'épidémie est généralisée. La compréhension du type d'épidémie à laquelle les pays font face aide à déployer des stratégies préventives contre le VIH. Le slogan de l'ONUSIDA – « Connaître son épidémie. Connaître sa riposte » – traduit l'importance de reconnaître que les épidémies de VIH à travers le monde ne sont pas les mêmes et qu'une approche unique n'enrayera pas l'épidémie de VIH. Les épidémies concentrées exigent des interventions ciblant les groupes à risque de cette région. Les épidémies

généralisées nécessitent des interventions intensifiées auprès de la population générale (p. ex. des interventions visant la réduction du nombre de partenaires, la circoncision des hommes).

3 L'ÉPIDÉMIOLOGIE CANADIENNE DU VIH

L'information sur l'épidémiologie du VIH aide à développer des programmes de prévention et de surveillance fondés sur des preuves ainsi qu'à promouvoir l'utilisation la plus efficace possible des ressources en santé. Le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI) de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) surveille de près l'épidémie du VIH au Canada. L'ASPC fournit des estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH ainsi que des données de surveillance relatives aux cas signalés de VIH et de sida.

Les cas signalés représentent le nombre de cas signalés à l'ASPC par chaque province. Ces cas signalés fournissent une description des personnes ayant reçu le diagnostic du VIH ou du sida au Canada. Les données de surveillance sous-estiment cependant l'ampleur de l'épidémie de VIH à la suite de retards de déclaration, de sous-déclaration de cas ainsi que de changements de comportements en matière de dépistage du VIH (qui se fait tester). De plus, les données de surveillance ne comprennent pas le nombre de personnes non diagnostiquées et n'ayant pas subi de test dépistage.

Les estimations de prévalence et d'incidence du VIH sont calculées à l'aide d'une combinaison de méthodes regroupant toutes les données disponibles, y compris les données de surveillance du VIH et du sida, afin de représenter l'épidémie de VIH chez les Canadiens diagnostiqués et non diagnostiqués. Les estimations essaient également de surmonter les problèmes de sous-déclaration et de retards de déclaration des données de surveillance. Les estimations les plus récentes datent de 2008. Dans cette analyse, les estimations ont été utilisées si elles étaient disponibles. Lorsque les estimations ne sont pas disponibles pour toutes les populations, les cas signalés ont été utilisés.

L'ASPC soutient aussi une nouvelle initiative fédérale mettant en jeu cinq systèmes de surveillance de deuxième génération pour des groupes précis : les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (M-Track); les utilisateurs de drogues injectables (I-Track); les Autochtones (A-Track); les personnes originaires de pays où le VIH est endémique (E-Track); et les personnes vivant avec le VIH/sida (P-Track). Les cinq systèmes de surveillance se trouvent à différents stades, depuis le développement jusqu'à la mise en oeuvre. Les méthodes utilisent des enquêtes périodiques transversales et peuvent comprendre la collecte de taches de sang séché ou de salive pour le dépistage (VIH, hépatite C, infections transmissibles sexuellement) dans des sites sélectionnés à travers le Canada. Ces nouveaux systèmes de surveillance permettent de suivre de près :

- la prévalence et les tendances dans les comportements à risque pour le VIH;
- la prévalence et les tendances dans le dépistage du VIH;
- l'utilisation des services de prévention du VIH; et
- les tendances dans la prévalence du VIH et des autres infections.

3.1 LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA ET À RISQUE

POINTS CLÉS

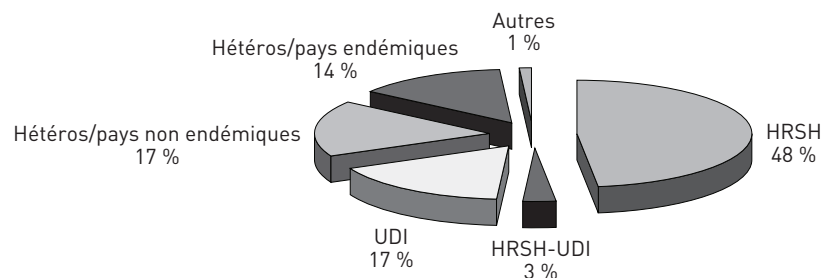
- ▶ En 2008, environ 65 000 Canadiens vivaient avec le VIH (prévalence).
- ▶ En 2008, la prévalence du VIH chez la population adulte du Canada était de 0,3 %.
- ▶ Environ 26 % des personnes vivant avec le VIH/sida ne savaient pas qu'elles étaient atteintes.
- ▶ En 2008, il y a eu environ 2 300 à 4 300 nouveaux cas d'infection au VIH (incidence).
- ▶ L'incidence du VIH est stable depuis 2005.

À la fin de 2008, environ 65 000 Canadiens (entre 54 000 et 76 000) vivaient avec l'infection au VIH (y compris le sida). Cela représente une augmentation de 8 000 infections (14 %) depuis 2005. En 2008, le taux de prévalence du VIH chez la population adulte du Canada était estimé à 0,3 %. Environ 2 300 à 4 300 nouveaux cas d'infection au VIH se sont déclarés au Canada en 2008 comparé à environ 2 200 à 4 200 en 2005.

En 2008, on estimait que des 65 000 personnes vivant avec le VIH au Canada, 26 % (16 900 personnes) n'avaient pas été testées pour le VIH et ne savaient donc pas qu'elles étaient atteintes. Une analyse par voie de transmission du VIH indiquait que 19 % des HRSH (6 000 personnes), 25 % des UDI (2 800 personnes) et 35 % des personnes exposées par le biais d'un contact hétérosexuel (7 000 personnes) ne savaient pas qu'elles étaient atteintes du VIH en 2008.

En 2008, environ 48 % des infections au VIH étaient attribuées à des rapports sexuels entre hommes. Ce type d'infection continue de représenter la majorité des infections au VIH au Canada. Un pourcentage additionnel de 3 % des infections au VIH pourrait être attribué soit à des rapports sexuels entre hommes soit à l'utilisation de drogues injectables (HRSH-UDI), étant donné que ces deux comportements ont été signalés lors du test de dépistage du VIH. En 2008, environ 17 % des infections au VIH ont été exclusivement attribuées à l'utilisation de drogues injectables. Environ 31 % des personnes vivant avec le VIH ont été infectées par le biais de rapports hétérosexuels – cette estimation comprend 17 % de personnes originaires de pays où le VIH n'est pas endémique et 14 % de personnes originaires de pays où le VIH est endémique (voir Figure 1). Les transmissions par transfusion sanguine étaient presque inexistantes et les transmissions de mère à enfant sont maintenant extrêmement rares (40 cas en 2008).

FIGURE 1. Répartition du pourcentage estimé de personnes vivant avec une infection au VIH (y compris le sida) au Canada en 2008 par catégorie d'exposition



3.2 LE VIH CHEZ LES POPULATIONS SPÉCIFIQUES

Les sections suivantes du rapport résument l'épidémiologie du VIH disponible auprès de l'ASPC pour des populations spécifiques au Canada. Ces populations se recoupent (p. ex. les HRSR et les jeunes). Chaque section comprend les dernières estimations de prévalence et d'incidence du VIH ainsi que les derniers résultats des systèmes I-Track et M-Track (puisqu'ils sont disponibles). Si les données des enquêtes nationales des systèmes Track ne sont pas disponibles, les données d'enquêtes canadiennes seront utilisées pour broser un tableau plus complet de l'épidémie dans cette population spécifique.

Lorsqu'elles sont disponibles, les statistiques suivantes sont fournies pour les sections 3.2.1 à 3.2.8 :

- la prévalence du VIH dans la population (p. ex. la proportion de personnes séropositives dans chaque population);
- la comparaison de la prévalence du VIH au sein des populations spécifiques par rapport à la population canadienne;
- la prévalence estimée du VIH attribuable à la population (p. ex. la proportion de cas de VIH attribuable à chaque population);
- l'incidence estimée du VIH attribuable à la population;
- la tendance des taux d'incidence du VIH depuis 2005; et
- tout autre facteur ou chiffre qui pourrait améliorer notre compréhension des questions relatives à la population.

3.2.1 Les hommes gais et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HRSH)

POINTS CLÉS

- ▶ On estime que les taux de prévalence du VIH se situent entre 12 % et 24 % chez les HRSH dans cinq villes canadiennes.
- ▶ Le taux de prévalence du VIH chez les HRSH est environ 50 fois supérieur dans cinq villes canadiennes par rapport à la population canadienne adulte.
- ▶ Les HRSH continuent à présenter des comportements sexuels à risque pour le VIH.
- ▶ Les HRSH représentaient 51 % de toutes les personnes vivant avec le VIH/sida en 2008.
- ▶ Environ 47 % des nouveaux cas d'infection au VIH étaient chez les HRSH en 2008.
- ▶ L'incidence du VIH est stable chez les HRSH depuis 2005.

Dans le cadre d'une enquête nationale sur la santé, 2,1 % des Canadiens de 18 à 59 ans s'identifiaient comme gais ou bisexuels. Si on applique ce pourcentage au nombre d'hommes de 18 ans ou plus au Canada, il y a environ 247 000 hommes s'identifiant comme gais ou bisexuels. Il est toutefois important de noter qu'il y a peut-être davantage d'hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, mais ne se considèrent pas comme gais ou bisexuels. Par conséquent, il se peut que ce chiffre soit sous-représentatif du véritable nombre d'HRSH au Canada.

Le système de surveillance fédéral pour les HRSH (M-Track) a été lancé dans six villes canadiennes. Là où les données sont disponibles (5), le taux de prévalence chez les HRSH est de 15 % en moyenne, mais varie entre 12 % et 24 %. Le taux de prévalence chez les HRSH dans ces villes est environ 50 fois supérieur au taux de prévalence de 0,3 % de la population canadienne adulte. Les données sur les comportements à risque recueillies grâce au système M-Track laissent penser que certains sous-groupes d'HRSH continuent de présenter un risque énorme de contracter une infection au VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement (ITS) par leurs pratiques sexuelles à risque. Par exemple, dans les sites de M-Track, entre 22 % et 31 % des HRSH ont signalé avoir eu des rapports sexuels anaux non protégés avec un partenaire sexuel occasionnel au moins une fois au cours des six derniers mois.

Les estimations de 2008 de prévalence et d'incidence du VIH indiquent que les HRSH continuent d'être le groupe le plus touché au Canada. À la fin de 2008, on estimait que 33 360 hommes gais et hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HRSH) vivaient avec le VIH, soit 51 % de toutes les personnes vivant avec le VIH. Cette estimation comprend 31 330 hommes dont la séropositivité est attribuable à des rapports sexuels entre hommes et 2 030 hommes dont la séropositivité est attribuable à des rapports sexuels entre

hommes ou à l'utilisation de drogues injectables (HRSH-UDI) Pour la catégorie des HRSH-UDI, l'infection au VIH pourrait avoir été causée par l'un ou l'autre de ces comportements, puisque les deux sont présents.

En 2008, environ 47 % des nouveaux cas d'infection au VIH étaient chez les HRSH. Cela comprend environ 1 000 à 1 900 nouveaux cas d'infection au VIH attribuables à des rapports sexuels entre hommes en 2008 (44 % de tous les nouveaux cas d'infection estimés) et environ 50 à 130 nouveaux cas d'infection au VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et qui s'injectent des drogues (HRSH-UDI) en 2008 (3 % de tous les nouveaux cas d'infection estimés). Pour la catégorie des HRSH-UDI, l'infection au VIH pourrait avoir été causée par l'un ou l'autre de ces comportements, puisque les deux étaient présents. L'incidence du VIH demeure stable chez les populations d'HRSH et d'HRSH-UDI depuis 2005, époque où le nombre de nouvelles infections était estimé être entre 1 000 à 1 900 chez les HRSH et entre 40 à 130 chez les HRSH-UDI.

3.2.2 Les utilisateurs de drogues injectables (UDI)

POINTS CLÉS

- ▶ Les taux de prévalence du VIH sont de 3 % à 21 % chez les UDI à l'échelle nationale (une moyenne de 14 %).
- ▶ Le taux de prévalence moyen du VIH chez les UDI au Canada est 47 fois plus élevé que dans le reste de la population canadienne adulte.
- ▶ 20 % de toutes les personnes vivant avec le VIH/sida en 2008 ont utilisé des drogues injectables à un moment donné.
- ▶ Environ 20 % des nouveaux cas d'infection au VIH étaient chez les UDI en 2008.
- ▶ L'incidence du VIH semble avoir légèrement augmenté depuis 2005.
- ▶ Les utilisateurs de drogues injectables continuent à avoir des comportements d'injection qui les mettent à risque de contracter le VIH.

Comme les utilisateurs de drogues injectables constituent une population très marginalisée et occultée, il est difficile d'en obtenir un portrait précis. Selon l'Enquête sur les toxicomanies au Canada menée en 2004, 4,1 millions de Canadiens ont déclaré s'être injecté des drogues au cours de leur vie et 269 000 ont déclaré avoir utilisé des drogues injectables en 2004.

Le système I-Track a montré que de 2005 à 2008, le taux de prévalence national du VIH chez les UDI était de 14 %. Les estimations spécifiques à chaque ville allaient de 3 % à 21 % comme suit : Victoria 12 %, le centre et le nord de l'île de Vancouver 6 %, Prince George 18 %, Edmonton 13 %, Regina 9 %, Thunder Bay 5 %, Sudbury 14 %, Toronto 5 %, Kingston 3 % et Québec (y compris Ottawa) 21 %. Comparé au taux de prévalence dans la population canadienne adulte (0,3 %), le taux moyen de prévalence chez les UDI était 47 fois plus élevé.

À l'échelle nationale, un peu plus de 20 % des UDI ont déclaré avoir emprunté ou prêté des seringues usagées au cours des six derniers mois et environ 40 % ont déclaré avoir emprunté ou prêté du matériel d'injection usagé au cours des six derniers mois. Ces chiffres portent à croire qu'il existe un potentiel considérable de transmission du VIH et du VHC (voir section 4.1) au sein de cette population.

À la fin de 2008, on estimait que 13 210 personnes pourraient avoir été infectées par le VIH en s'injectant des drogues (20 % des personnes vivant avec le VIH). Cette estimation comprend 11 180 personnes (17 % des personnes vivant avec le VIH) probablement infectées en s'injectant des drogues et 2 030 personnes de plus (3 % des personnes vivant avec le VIH) dont l'infection au VIH pourrait avoir été causée soit par l'utilisation de drogues injectables soit par des rapports sexuels avec d'autres hommes, puisque ces deux comportements ont été signalés lors du dépistage.

En 2008, environ 20 % de tous les nouveaux cas d'infection au VIH étaient chez les utilisateurs de drogues injectables. Ce pourcentage comprend environ 390 à 750 nouveaux cas d'infection au VIH attribuables à l'utilisation de drogues injectables (17 % de tous les nouveaux cas d'infection estimés) et environ 50 à 130 nouveaux cas d'infection au VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et qui utilisent des drogues injectables (HRSH-UDI) en 2008 (3 % de tous les nouveaux cas d'infection estimés). Pour la catégorie des HRSH-UDI, l'infection au VIH pourrait avoir été causée par l'un ou l'autre de ces comportements, puisque les deux sont présents. L'incidence du VIH pourrait avoir légèrement augmenté depuis 2005 chez les UDI, mais semble stable chez les HRSH-UDI où le nombre de nouvelles infections était d'environ 360 à 680 chez les UDI et d'environ 40 à 130 chez les HRSH-UDI.

3.2.3 La transmission hétérosexuelle

POINTS-CLÉS

- ▶ Les personnes ayant des rapports hétérosexuels représentaient 31 % de toutes les personnes estimées vivre avec le VIH en 2008.
 - ▶ Les personnes ayant des contacts hétérosexuels et venant de pays où le VIH n'est pas endémique représentaient environ 17 % de toutes les personnes vivant avec le VIH/sida en 2008.
 - ▶ Les personnes ayant des contacts hétérosexuels et venant de pays où le VIH est endémique représentaient environ 14 % de toutes les personnes vivant avec le VIH.
- ▶ En 2008, environ 36 % de tous les nouveaux cas d'infection au VIH étaient attribués aux personnes ayant contracté le VIH par le biais de rapports hétérosexuels.

- ▶ En 2008, environ 20 % de tous les nouveaux cas d'infection au VIH étaient attribués aux personnes ayant eu des rapports hétérosexuels et venant de pays où le VIH n'est pas endémique.
- ▶ En 2008, environ 16 % de tous les nouveaux cas d'infection au VIH étaient attribués aux personnes venant d'un pays où le VIH est endémique et ayant contracté le VIH par le biais de rapports hétérosexuels.
- ▶ Le taux d'incidence du VIH était environ 8,5 fois supérieur chez les personnes venant d'un pays où le VIH est endémique et ayant contracté le VIH par le biais de rapports hétérosexuels qu'au sein de la population adulte du Canada.
- ▶ L'incidence du VIH chez les personnes ayant contracté le VIH par le biais de rapports hétérosexuels est stable depuis 2005.

La transmission hétérosexuelle se produit chez les personnes venant de pays où le VIH est endémique et chez celles venant de pays où le VIH n'est pas endémique. Aux fins de la surveillance du VIH, les pays où le VIH est endémique sont généralement définis comme ceux ayant une prévalence du VIH chez la population adulte de 1 % ou plus et ayant l'une des caractéristiques suivantes :

- 50 % ou plus de cas de VIH sont attribués à la transmission hétérosexuelle;
- le rapport hommes-femmes du VIH est de 2:1 ou moins; ou
- la prévalence du VIH est supérieure ou égale à 2 % chez les femmes recevant des soins prénataux.

Parmi les exemples de régions où le VIH est considéré endémique, on peut citer l'Afrique subsaharienne et les Antilles (Caraïbes).

Selon le recensement de 2006, environ 2,2 % de la population canadienne (près de 695 500 personnes) étaient nées dans un pays où le VIH est endémique.

Au Canada, il y avait en 2008 environ 19 960 (31 %) personnes vivant avec le VIH/sida qui avaient contracté le VIH par le biais de rapports hétérosexuels. Parmi ces dernières, 9 250 personnes vivant avec le VIH venaient d'un pays où le VIH est endémique.

En 2008, environ 36 % des nouveaux cas d'infection au VIH étaient attribués aux rapports hétérosexuels. Parmi ces derniers, environ 370 à 690 nouveaux cas d'infection étaient attribués aux personnes originaires de pays où le VIH est endémique comparé à environ 360 à 670 en 2005. On estime que le taux d'infection au VIH était 8,5 fois supérieur à celui de la population adulte du Canada. Chez les personnes venant de pays où le VIH n'est pas endémique, environ 450 à 860 nouveaux cas d'infection étaient attribués à des rapports hétérosexuels en 2008 comparé à environ 440 à 820 en 2005.

Il faut noter que pour les personnes venant de pays où le VIH est endémique, cela comprend seulement la transmission par le biais de rapports hétérosexuels et non les personnes ayant été exposées au VIH par l'intermédiaire de UDI ou de HRSH originaires de pays où le VIH est endémique. Cela s'explique par la manière dont sont assignés les risques de propagation du VIH. Par conséquent, ces données ne donnent pas un portrait national de l'épidémie de VIH/sida chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique.

Les communautés des personnes originaires de pays où le VIH est endémique sont diverses, reflétant des variations d'antécédents historiques, de langue et de traditions culturelles. Elles sont touchées de manière disproportionnée par de nombreux facteurs sociaux, économiques et comportementaux (déterminants pour leur santé) qui non seulement augmentent leur vulnérabilité au VIH/sida, mais qui peuvent aussi constituer des obstacles pour accéder aux programmes de prévention, de dépistage et de traitement.

3.2.4 Les Autochtones

POINTS CLÉS

- ▶ Les Autochtones représentaient environ 8 % de toutes les personnes vivant avec le VIH/sida en 2008.
- ▶ Le taux de prévalence du VIH chez les Autochtones était 1,7 fois supérieur à celui de la population adulte canadienne non autochtone.
- ▶ Environ 13 % des nouveaux cas d'infection au VIH étaient chez les Autochtones en 2008.
- ▶ En 2008, on estime que le taux d'incidence du VIH chez les Autochtones était 3,6 fois supérieur à celui de la population adulte canadienne non autochtone.
- ▶ Le taux d'incidence du VIH pourrait avoir augmenté depuis 2005.
- ▶ L'usage de drogues injectables constitue un facteur de risque important dans la transmission du VIH chez les Autochtones.

À la fin de 2008, environ 4 300 à 6 100 Autochtones vivaient avec le VIH, soit 8 % des cas d'infection prévalente au VIH au Canada. Selon les données recueillies par le recensement de 2006 du Canada, 1,2 million de personnes se sont identifiées comme Autochtones (3,8 % de la population canadienne). Par conséquent, le taux de prévalence du VIH chez les Autochtones au Canada est d'environ 0,5 %, soit 1,7 fois supérieur au taux de prévalence du VIH au sein de la population adulte du Canada.

En 2008, il y a eu environ 300 à 520 nouveaux cas d'infection chez les Autochtones comparé à environ 240 à 430 en 2005. Cela représente 13 % de tous les nouveaux cas d'infection au VIH en 2008. Le taux estimé d'infection chez les Autochtones était environ 3,6 fois supérieur à celui de la population non autochtone en 2008.

L'usage de drogues injectables constitue un facteur de risque important dans la transmission du VIH au sein de la communauté autochtone. Soixante-six pour cent du nombre estimé de nouveaux cas d'infection au VIH chez les Autochtones étaient attribuables à l'usage de drogues injectables alors qu'il ne représente que 17 % de tous les nouveaux cas estimés d'infection. Les rapports hétérosexuels représentaient environ 23 % des nouveaux cas d'infection au VIH chez les Autochtones.

L'épidémie de VIH touche une proportion relativement importante de femmes avec un pourcentage de 49 % de tous les tests positifs comparé à 21 % chez les autres ethnies. Les Autochtones séropositifs ont tendance à être plus jeunes que les non autochtones; presque un tiers (33 %) des tests positifs chez les Autochtones provenaient de personnes de moins de 30 ans comparé à 21 % chez les autres ethnies.

Il faut cependant faire preuve de prudence au moment de tirer des conclusions en se basant sur les chiffres présentés pour ce groupe. Une description adéquate de l'épidémie de VIH/sida chez les Autochtones du Canada nécessite un accès précis et exhaustif aux données ethniques. Dans les rapports de séropositivité datant de 2008, les données ethniques étaient signalées dans seulement 26 % des cas et n'étaient pas disponibles pour toutes les provinces et territoires. Par conséquent, seules les données de certains territoires et provinces (tous, sauf l'Ontario et le Québec) sont utilisées dans l'examen des données des rapports de séropositivité chez les Autochtones.

Au Canada, les populations autochtones sont très diverses, avec des communautés reflétant des variations d'antécédents historiques, de langue et de traditions culturelles. Ces communautés sont touchées de manière disproportionnée par de nombreux facteurs sociaux, économiques et comportementaux (déterminants pour leur santé) qui augmentent leur vulnérabilité au VIH/sida.

3.2.5 Les femmes

POINTS CLÉS

- ▶ Les femmes représentaient environ 22 % de toutes les personnes vivant avec le VIH/sida en 2008.
- ▶ Environ 26 % des nouveaux cas d'infection au VIH étaient chez les femmes en 2008.
- ▶ L'incidence du VIH demeure stable depuis 2005.
- ▶ Les rapports hétérosexuels et l'usage de drogues injectables étaient les principaux modes de transmission chez les femmes.

L'épidémie de VIH a changé depuis ses débuts, passant d'une épidémie touchant principalement les HRSH à une épidémie qui touche de plus en plus de groupes, y compris les UDI et les hétérosexuels. Par conséquent, le VIH chez les femmes est à la hausse. À la fin de 2008,

il y avait environ 14 300 femmes vivant avec le VIH; ce qui représentait 22 % de toutes les personnes vivant avec le VIH/sida.

En 2008, les femmes représentaient 26 % des nouveaux cas d'infection, soit près de 600 à 1 120 nouveaux cas d'infection comparé à environ 590 à 1 110 cas d'infection en 2005. Quant au mode de transmission du VIH chez les femmes, environ 73 % des femmes ont été infectées par le biais de rapports hétérosexuels et 27 % par le biais de la consommation de drogues injectables.

Les conditions sociales et économiques (comme la pauvreté, la marginalisation, les inégalités homme-femme et la violence) qui alimentent l'épidémie de VIH/sida augmentent la vulnérabilité des femmes face à l'infection au VIH.

3.2.6 Les jeunes

POINTS CLÉS

- ▶ Les jeunes (15 à 19 ans) représentaient environ 1,5 % de tous les diagnostics du VIH/sida jusqu'en 2008.
- ▶ Les jeunes adultes (20 à 29 ans) représentaient environ 25 % de tous les diagnostics du VIH/sida jusqu'en 2008.
- ▶ Le nombre de nouveaux cas de VIH chez les jeunes et les jeunes adultes pourrait avoir augmenté depuis 2007.
- ▶ Chez les jeunes, la prise de risques sexuels est élevée, ce qui pourrait mener à la transmission du VIH.
- ▶ Les taux élevés d'ITS chez les jeunes pourraient être un signe précurseur de l'augmentation de la transmission du VIH.
- ▶ Les jeunes de la rue participent à des activités à risques élevés qui pourraient les exposer à l'infection au VIH.

Les jeunes de 15 à 19 ans représentaient 1,5 % (973 cas signalés) de toutes les infections au VIH diagnostiquées et ceux de 20 à 29 ans représentaient 25 % de plus (15 939 cas signalés) jusqu'en 2008. Il faut cependant noter que les symptômes du VIH peuvent mettre de nombreuses années, parfois même plus de 10 ans à se manifester. Par conséquent, les personnes infectées dans leur jeunesse seront vraisemblablement diagnostiquées à l'âge adulte, à l'apparition des premiers symptômes. C'est pourquoi les statistiques pourraient ne pas tenir compte de nombreuses personnes infectées dans leur jeunesse.

Le nombre de nouveaux cas de VIH chez les jeunes et les jeunes adultes pourrait avoir augmenté depuis 2007. En 2008, il y a eu 60 cas signalés de VIH chez les jeunes comparé à 41 en 2007. En 2008, il y a eu 545 cas signalés de VIH chez les jeunes adultes comparé à 489 en 2007. En 2008, la proportion la plus élevée de nouveaux tests positifs chez les jeunes

était attribuée aux hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (54 %), puis aux rapports hétérosexuels (23 %) et enfin à la consommation de drogues injectables (19 %).

Dans une étude nationale, environ un demi-million d'adolescents de 14 à 17 ans ont dit être sexuellement actifs. En moyenne, les adolescents canadiens disent avoir eu trois partenaires sexuels et 24 % des adolescents sexuellement actifs ont admis ne pas avoir utilisé de condom lors de leur dernier rapport sexuel (125 000 adolescents). La prévalence du VIH demeure faible au sein de la population générale de jeunes, mais les taux d'ITS à la hausse indiquent une tendance alarmante. En 2008, les femmes de 15 à 24 ans et les hommes de 20 à 24 ans formaient le groupe le plus touché par les infections de chlamydia et de gonorrhée. Ces taux indiquent que cette population a un comportement sexuel à risque qui pourrait causer une épidémie de VIH dans ces groupes d'âge.

Les jeunes de la rue sont particulièrement plus à risque de contracter le VIH. À l'échelle du Canada, on estime qu'environ 150 000 jeunes vivent tous les jours dans la rue. Ils exhibent des comportements qui les mettent à risque de contracter le VIH et d'autres ITS. Au Canada, 95 % des jeunes de la rue ont dit être sexuellement actifs avec en moyenne plus de 17 partenaires au cours de leur vie. Comparativement, un échantillonnage national indique que seulement 24 % des jeunes disent être sexuellement actifs avec en moyenne trois partenaires au cours de leur vie. 20 % des jeunes de la rue ont signalé avoir participé au commerce sexuel au cours de la dernière année. Environ 50 % des jeunes de la rue ont dit avoir utilisé un condom lors de leur dernier rapport sexuel. Quatre-vingt-quinze pour cent des jeunes de la rue ont dit avoir utilisé des drogues, et 20 % ont dit s'être déjà injecté des drogues. Parmi ces derniers, 31 % ont dit qu'ils n'avaient pas toujours utilisé du matériel d'injection stérile. Une enquête nationale sur les jeunes de la rue a déterminé que des 25 % de jeunes ayant signalé avoir déjà contracté une ITS, 5 % avaient testé positifs pour le VHC et moins de 1 % pour le VIH.

3.2.7 Les Canadiens plus âgés

POINTS CLÉS

- ▶ Les Canadiens plus âgés représentaient environ 10 % de toutes les personnes diagnostiquées avec VIH/sida jusqu'en 2008.
- ▶ Le nombre de nouveaux cas de VIH a augmenté depuis 1999.
- ▶ Les rapports sexuels étaient le mode de transmission principal.

Jusqu'en 2008, les Canadiens de 50 ans et plus représentaient 6 036 cas signalés d'infection au VIH au Canada, soit 10 % de tous les cas diagnostiqués d'infection au VIH.

La proportion de tests positifs de dépistage du VIH par an pour ce groupe d'âge est passée de 11 % en 1999 à 15 % en 2008 (399 cas signalés).

Chez les Canadiens plus âgés chez lesquels on pouvait déterminer un type d'exposition, les rapports sexuels étaient le principal facteur de risque pour l'infection au VIH. En 2008, chez les Canadiens de 50 ans et plus, les HRSH et les rapports hétérosexuels représentaient chacun 41 % des tests positifs de dépistage du VIH. L'usage de drogues injectables représentait 11 % des tests positifs de dépistage du VIH, les transfusions sanguines, 3 % et les HRSH ayant aussi utilisé des drogues injectables, 4 %.

Avec l'arrivée des traitements antirétroviraux hautement actifs (multithérapie antirétrovirale), l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH/sida a considérablement augmenté, ce qui avec le temps pourrait entraîner une augmentation continue du groupe de personnes vivant avec le VIH/sida.

3.2.8 Le VIH/SIDA dans les prisons canadiennes

POINTS CLÉS

- ▶ La prévalence du VIH dans les prisons fédérales et provinciales varie de 2 % à 8 %.
- ▶ Le taux de prévalence du VIH est au moins 10 fois supérieur chez les détenus que dans la population canadienne.
- ▶ Le VIH chez les détenus est surtout associé à l'usage de drogues injectables.

Le taux de prévalence estimé du VIH dans les prisons fédérales et provinciales canadiennes varie de 2 % à 8 %. Ce qui est environ dix fois plus qu'au sein de la population canadienne.

L'infection au VIH chez la population des prisons peut être acquise avant l'entrée ou après l'arrivée. L'infection au VIH dans les prisons canadiennes est fortement associée à l'usage de drogues injectables; environ un tiers des détenus ont dit avoir utilisé des drogues injectables et quelques-uns continuent de s'injecter en prison. Environ la moitié de ceux qui continuaient de s'injecter en prison ont signalé qu'ils étaient incertains de la propreté de leur matériel. Les tatouages et le perçage corporel en prison sont aussi des activités à risque : environ 13 % ont signalé avoir été tatoués en prison et 5 % ont signalé avoir eu un perçage corporel. Même si l'activité sexuelle est considérée être un facteur de risque moins important pour la transmission du VIH dans les prisons que l'utilisation de drogues injectables, elle se produit et il faut en tenir compte.

4 TENDANCES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DE L'HÉPATITE C, DE LA TUBERCULOSE ET DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT AU CANADA

Cette section donne des renseignements sur le virus de l'hépatite C (VHC), les infections transmissibles sexuellement (ITS) et la tuberculose au Canada (TB).

4.1 LE VIRUS DE L'HÉPATITE C (VHC)

POINTS CLÉS

- ▶ Environ 242 500 Canadiens vivaient avec le VHC en 2007.
- ▶ Le mode de transmission principal du VHC est l'usage de drogues injectables.
- ▶ Environ 0,8 % des Canadiens sont infectés par le VHC (soit près de trois fois plus que le taux de prévalence moyen du VIH dans la population canadienne adulte).
- ▶ Le VHC est 10 fois plus transmissible que le VIH par les contacts avec le sang.
- ▶ Le dépistage du VHC chez les personnes séropositives et celui du VIH chez les personnes infectées par le VHC est essentiel.
- ▶ La gestion du traitement chez les personnes co-infectées par le VIH et le VHC est plus complexe que chez celles atteintes d'une seule infection.

L'hépatite C est une maladie du foie causée par le virus de l'hépatite C (VHC) qui est transmis principalement par les contacts sang à sang. Le virus peut être spontanément éradiqué chez environ 15 % à 25 % des personnes infectées. Toutefois, jusqu'à 85 % des personnes ne se débarrassent pas du virus; la maladie progresse et se transforme en infection chronique qui, avec le temps, cause une inflammation du foie et l'apparition de cicatrices, ce qui peut entraîner une cirrhose ou un cancer du foie.

Le VHC peut être contracté par :

- le partage de tout matériel ayant été en contact avec du sang contaminé, y compris le matériel utilisé pour les drogues injectables/à renifler/à fumer, le perçage corporel, le tatouage, les soins des ongles, l'électrolyse, le rasage, l'acupuncture;
- des procédures médicales insalubres, durant lesquelles des méthodes imparfaites de prévention des infections permettent la réutilisation de matériel ayant été en contact avec du sang contaminé;

- certaines activités sexuelles (par exemple, les rapports sexuels non protégés avec une femme ayant ses menstruations, les rapports sexuels anaux non protégés ou lorsque des traumas de tissus mous ou des lésions sont présents);
- des blessures causées par des seringues;
- la transmission verticale (in utero, lors de la naissance et possiblement lors de l'allaitement, mais seulement si les mamelons présentent des crevasses et saignent); et
- les transfusions sanguines dans les pays où il n'y a pas de test de dépistage efficace.

Le VHC est 10 fois plus transmissible que le VIH par les contacts avec le sang. Cependant, le VIH est plus transmissible que le VHC par les rapports sexuels. Le mode de transmission du VHC le plus courant au Canada est l'usage de drogues injectables. Depuis 2000, le VHC est de plus en plus diagnostiqué chez les HRSH séropositifs qui disent ne pas utiliser de drogues injectables. Cette donnée a donc lancé le débat sur la transmission du VHC lors de rapports sexuels, surtout chez les hommes gais séropositifs. Depuis 1992, le VHC n'est plus transmis par transfusion sanguine, produits sanguins ni greffes d'organes au Canada. La transmission verticale du VHC demeure possible chez les femmes vivant avec le VHC.

En 2007, au Canada, environ 7 900 personnes avaient été nouvellement infectées par le VHC. En décembre 2007, environ 242 500 Canadiens étaient infectés par le VHC. Par conséquent, le taux de prévalence de l'hépatite C au Canada est d'environ 0,8 %, près de trois fois le taux de prévalence du VIH chez les adultes. L'usage de drogues injectables représentait 58 % des cas d'infection au VHC, les transfusions sanguines 11 %, l'hémophilie 0,4 % et la catégorie Autre 31 % (la plupart, des transmissions par rapports sexuels et expositions parentérales). Environ 34 900 Autochtones vivaient avec le VHC et environ 6 300 détenus étaient infectés par le VHC.

En raison des modes de transmission communs et de leur plus grande vulnérabilité, les personnes infectées par le VIH sont à risque de devenir co-infectées par l'hépatite C et vice-versa. Les personnes co-infectées sont plus susceptibles d'être des Autochtones, d'anciens ou d'actuels UDI, d'anciens ou d'actuels détenus et/ou des personnes ayant reçu du sang ou des produits sanguins contaminés au cours de leurs soins de santé (avant la mise en place des tests de dépistage du VHC dans l'approvisionnement en sang).

De nombreuses personnes ont peu ou pas de symptômes de cette infection. On estime qu'environ un tiers des personnes vivant avec le VHC ne le savent pas. Environ 26 % des personnes vivant avec le VIH ne savent pas, elles non plus, qu'elles en sont atteintes. Par conséquent, il est essentiel que les personnes ayant été diagnostiquées avec le VIH ou le VHC se fassent tester pour l'autre virus. La connaissance du statut de séropositivité au VIH et au VHC pourrait entraîner des changements de comportement susceptibles de réduire la transmission et permettrait à ces personnes de prendre des décisions éclairées concernant leur traitement et leurs soins.

La co-infection a des répercussions sur les soins et le traitement. En présence du VIH, le VHC progresse de deux à trois fois plus rapidement que lorsqu'il est seul et le traitement de l'hépatite C a souvent de moins bons résultats chez les personnes co-infectées. De plus, les décisions au sujet du traitement anti-VIH sont plus complexes en raison des interactions médicamenteuses entre le traitement anti-VIH et le traitement anti-VHC et des effets secondaires du traitement, en particulier la toxicité sur le foie.

4.2 LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT (ITS)

POINTS CLÉS

- ▶ L'incidence des ITS est à la hausse.
- ▶ La présence de certaines ITS augmente le risque de transmettre et de contracter le VIH.
- ▶ En raison des facteurs de risque d'infection semblables, les personnes diagnostiquées avec une ITS devraient subir un test de dépistage du VIH.

Les tendances en ce qui a trait aux ITS donnent une indication de là où l'épidémie de VIH pourrait se propager, rendant essentielle la surveillance des données sur les ITS pour comprendre le potentiel d'une épidémie de VIH. Comme dans d'autres pays à revenu élevé, les estimations canadiennes d'ITS indiquent que leur incidence au sein de la population générale est à la hausse. La chlamydia, la ITS bactérienne la plus courante au Canada, a augmenté de 80 % de 1999 à 2008. En 2008, les femmes présentaient un taux de nouvelles infections à la chlamydia deux fois supérieur à celui des hommes et 83 % des nouveaux cas d'infection étaient chez les personnes de 30 ans et moins. La distribution des cas signalés varie par région, avec les taux les plus élevés au Nunavut, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon.

La gonorrhée, la deuxième ITS bactérienne la plus courante au Canada, a augmenté de 117 % entre 1999 et 2008. Le plus grand nombre de nouveaux cas d'infection à la gonorrhée se retrouvait chez les femmes de 15 à 24 ans et les hommes de 20 à 24 ans. La distribution des cas signalés varie par région, avec les taux les plus élevés dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut.

Enfin, on a observé une augmentation considérable et préoccupante entre 1999 et 2008 de la syphilis infectieuse, la ITS la moins courante, avec une hausse des taux de 600 %. Les taux d'infection étaient plus élevés chez les hommes de 30 à 59 ans et chez les femmes de 25 à 59 ans. Des flambées ont été signalées à Vancouver, Edmonton, Calgary, Winnipeg, Toronto, Ottawa, Montréal et au Yukon chez les populations d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les populations hétérosexuelles.

Des études internationales et quelques études canadiennes indiquent que l'incidence de la syphilis, de la gonorrhée, de la chlamydia, de l'herpès génital, du virus de l'hépatite A (VHA),

du virus de l'hépatite B (VHB), du virus de l'hépatite C (VHC), du papillomavirus et du VIH est à la hausse chez les HRSH depuis le milieu des années 90.

Les personnes infectées soit par le VIH soit par une ITS sont plus vulnérables à la co-infection en raison des modes de transmission communs (rapports sexuels). De plus, la présence d'une ITS peut accroître les risques de transmettre ou de contracter le VIH lors de rapports sexuels. Par conséquent, les personnes atteintes d'une ITS risquent plus d'être infectées par le VIH. De nombreuses ITS sont aussi asymptomatiques (c.-à-d. elles ne présentent aucun symptôme) et pourraient ainsi ne jamais être diagnostiquées adéquatement. Pour toutes ces raisons, le diagnostic d'une ITS ou du VIH doit être accompagné de counseling sur la prévention et le dépistage du VIH et des ITS.

Une autre tendance inquiétante est l'augmentation des ITS résistantes aux antibiotiques. Chez certaines populations et dans certaines régions, cette tendance signifie des options réduites de traitement. Sans le développement de nouveaux antibiotiques, une hausse des ITS résistantes aux antibiotiques pourrait rendre plus difficile la maîtrise de ces infections et de leurs complications.

4.3 LA TUBERCULOSE

POINTS CLÉS

- ▶ Les personnes vivant avec le VIH/sida risquent plus de contracter la tuberculose si elles y sont exposées.
- ▶ Environ 1,6 % à 5,8 % des personnes vivant avec le VIH sont atteintes de tuberculose évolutive.
- ▶ Les personnes vivant avec le VIH/sida risquent plus de passer d'une tuberculose latente à une tuberculose évolutive.
- ▶ Les personnes vivant avec le VIH/sida risquent plus de développer une tuberculose extrapulmonaire.
- ▶ Les Autochtones et les immigrants originaires de pays où les taux de tuberculose et de VIH sont plus élevés risquent plus d'être co-infectés.

Le mycobacterium tuberculosis est une bactérie qui se propage par voie aérienne d'une personne atteinte de tuberculose évolutive infectieuse des poumons ou des voies respiratoires à une autre personne. La tuberculose n'est pas aussi contagieuse que certaines infections transmises par l'air – l'exposition doit être prolongée pour qu'il y ait infection. Lorsqu'une personne est exposée à la tuberculose, le système immunitaire peut parfois éliminer l'infection à la tuberculose. Si cela ne se produit pas, la tuberculose peut demeurer vivante, mais inactive, sous forme d'infection latente. Une infection latente à la tuberculose ne s'accompagne d'aucuns symptômes et elle n'est pas contagieuse. Elle peut toutefois devenir évolutive lorsque le système immunitaire est compromis ou affaibli. Si tel est le cas, les symptômes apparaissent et la personne devient contagieuse. La tuberculose peut se

propager par le sang à l'extérieur des poumons vers d'autres parties du corps (tuberculose extrapulmonaire), comme les reins, les os et les articulations, les intestins, le cerveau et la moelle épinière. La tuberculose peut aussi infecter tout le corps (tuberculose disséminée ou miliaire). Les personnes atteintes de tuberculose extrapulmonaire ne sont généralement pas contagieuses car elles ne propagent pas la tuberculose dans l'air en toussant.

Le vaccin bacille Calmette-Guérin (BCG) protège partiellement contre l'infection à la tuberculose. Au Canada, ce vaccin n'est pas universel et il est seulement offert aux bébés des communautés des Premières Nations et Inuits présentant des taux élevés de tuberculose.

La tuberculose latente est diagnostiquée à l'aide d'un test de sensibilité cutanée à la tuberculine. Des résultats positifs devraient être suivis d'une radiographie pulmonaire et d'un prélèvement d'expectoration afin de déterminer s'il s'agit de tuberculose évolutive. La tuberculose extrapulmonaire peut cependant être plus difficile à diagnostiquer parce que la radiographie pulmonaire et le prélèvement d'expectoration seront négatifs. Des résultats faux positifs du test de sensibilité cutanée à la tuberculine sont possibles si la personne a reçu le vaccin BCG ou a été infectée par d'autres maladies semblables à la tuberculose. Un test de sensibilité cutané à la tuberculine faux positif peut survenir si le système immunitaire est affaibli, comme chez les personnes vivant avec le VIH/ sida. De nouvelles analyses sanguines de diagnostic de la tuberculose latente sont en cours d'étude.

On peut guérir une tuberculose latente et évolutive avec un traitement d'au moins six mois aux antibiotiques. Si la personne atteinte ne suit pas son traitement à la lettre, la tuberculose peut devenir résistante aux antibiotiques, rendant les soins plus complexes et augmentant les chances de transmission de tuberculose résistante aux antibiotiques. La tuberculose multirésistante aux antibiotiques complique beaucoup le traitement et les soins. La tuberculose ultrarésistante est presque toujours mortelle.

Les personnes vivant avec le VIH/sida risquent plus de contracter la tuberculose en raison de leur système immunitaire affaibli. Et chez elles, la tuberculose a plus de chances de devenir évolutive. Les personnes vivant avec le VIH ont chaque année 10 % de chances d'avoir une tuberculose évolutive alors que la population générale n'a que 10 % de chances d'avoir une tuberculose évolutive dans le courant d'une vie. Les personnes vivant avec le VIH/sida courent aussi plus le risque d'être atteintes de tuberculose évolutive extrapulmonaire. Le taux de co-infection au Canada est incertain. On estime que 1,6 % à 5,8 % de personnes vivant avec le VIH sont atteintes de tuberculose évolutive. Deux études estiment que de 3,8 % à 13,8 % des personnes atteintes de tuberculose sont aussi séropositives. Des études indiquent que les Autochtones et les immigrants originaires de pays où les taux de tuberculose et/ou de VIH sont plus élevés risquent davantage d'être co-infectés.

En raison de liens étroits entre le VIH et la tuberculose, les politiques de contrôle conseillent le dépistage du VIH chez toutes les personnes infectées par la tuberculose et le dépistage de la tuberculose chez toutes les personnes séropositives. On estime que seulement 21 % des personnes séropositives ont subi un test de dépistage de la tuberculose.

5 NOUVELLES TENDANCES ET NOUVEAUX ENJEUX DU VIH/SIDA

Cette section du rapport décrit les nouvelles tendances et les nouveaux enjeux du VIH/sida.

5.1 STIGMATISATION ET DISCRIMINATION

POINTS CLÉS

- ▶ La stigmatisation et la discrimination peuvent influencer de manière négative les taux de dépistage du VIH ainsi que la capacité des personnes vivant avec le VIH à chercher des traitements, des soins et du soutien.
- ▶ Les résultats d'une étude nationale montrent que les personnes vivant avec le VIH au Canada souffrent encore de stigmatisation et de discrimination.

La stigmatisation est une forme de préjugé qui discrédite ou rejette un individu ou un groupe parce qu'il semble être différent de soi ou de la majorité dominante. Lorsqu'on agit selon ses préjugés, la stigmatisation devient de la discrimination. La stigmatisation relative au VIH vient en général de la peur et de l'ignorance de la maladie et/ou de l'hostilité et de préjugés existants contre les groupes les plus touchés (p. ex. les hommes gais). La discrimination relative au VIH est le traitement injuste de personnes basé sur leur séropositivité réelle ou présumée. La discrimination contre les personnes vivant avec le VIH/sida s'étend aussi aux populations à risque de le contracter (p. ex. les HRSH et les UDI).

La stigmatisation associée au VIH peut mener à l'isolement, ce qui peut nuire à la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/sida. La stigmatisation et la discrimination peuvent aussi rendre les personnes à risque pour le VIH/sida moins disposées à se faire tester et celles atteintes du VIH moins aptes à chercher des traitements. Une réaction défavorable ou abusive envers les personnes vivant avec le VIH/sida ou que la maladie touche, relègue l'épidémie à la clandestinité, créant ainsi des conditions idéales pour la propagation du VIH.

Une étude nationale menée en 2003 a mesuré la tolérance envers les personnes vivant avec le VIH. Les résultats de l'enquête montrent que la stigmatisation et la discrimination continuent de toucher les personnes vivant avec le VIH et celles à risque.

- 18 % des Canadiens estimaient que les personnes avec le VIH/sida ne devraient pas avoir le droit de servir le public dans des postes tels que coiffeurs/coiffeuses.
- 44 % des Canadiens estimaient que les personnes avec le VIH/sida ne devraient pas avoir le droit de servir le public dans des postes tels que dentistes et cuisiniers/ cuisinières.

- 11 % des Canadiens estimaient que les personnes ayant contracté le VIH/sida lors de rapports sexuels ou par la consommation de drogues le méritaient.
- 8 % des Canadiens estimaient qu'ils ne pourraient pas se lier d'amitié avec une personne atteinte du VIH/sida.
- Six scénarios ont été utilisés pour créer une « échelle de confort »; un Canadien sur quatre a fait preuve d'un niveau de confort bas face au VIH/sida, 41 % ont fait preuve d'un niveau de confort moyen et 35 % présentaient un niveau de confort élevé.

5.2 LA CRIMINALISATION DE LA NON-DIVULGATION DE LA SÉROPOSITIVITÉ

POINTS CLÉS

- ▶ Le droit criminel oblige une personne vivant avec le VIH à dévoiler son état sérologique relativement au VIH avant d'adopter un comportement sexuel présentant un risque important de transmettre le VIH à une autre personne.
- ▶ Au Canada, près de 100 personnes ayant omis de se conformer à cette loi ont été reconnues coupables de graves infractions criminelles.
- ▶ Parmi les arguments pour la criminalisation de la non-divulgence de la séropositivité, se trouve le fait que cette loi pourrait servir à dissuader les comportements pouvant transmettre le VIH et punir de tels comportements.
- ▶ La criminalisation de la non-divulgence de la séropositivité pourrait dissuader certaines personnes de se faire tester.

Conformément au jugement de la Cour suprême du Canada dans l'affaire *R vs Guerrier*, les personnes vivant avec le VIH doivent dévoiler leur état sérologique relativement au VIH avant d'avoir des comportements sexuels présentant des « risques importants » de transmettre le virus. Le tribunal a statué que ces risques incluaient les rapports sexuels anaux et vaginaux non protégés. Il n'est pas très clair si les rapports sexuels présentant moins de risques de transmission, comme le sexe oral sans condom, nécessitent la divulgation de la séropositivité, étant donné qu'aucun tribunal canadien n'a encore statué là-dessus. De même, aucun tribunal canadien n'a statué si les utilisateurs de drogues séropositifs sont dans l'obligation légale de dévoiler leur séropositivité lorsqu'ils partagent du matériel d'injection; cependant, étant donné que cela représente un risque élevé de transmission, le Réseau juridique canadien VIH/sida déclare qu'il est plus sûr de présumer que les utilisateurs de drogues séropositifs ont aussi l'obligation légale de divulguer leur statut.

Des accusations criminelles ont été déposées au Canada contre des personnes vivant avec le VIH parce que leurs comportements constituaient un risque réel ou perçu de transmettre le VIH, ou que la séropositivité d'une personne était considérée comme un facteur empirant

la gravité d'autres accusations. Près de 100 personnes ayant omis de dévoiler leur séropositivité ont été déclarées coupables d'infractions criminelles au Canada. Le nombre de nouvelles accusations a considérablement augmenté depuis 2004. En conséquence, certaines personnes vivant avec le VIH ont été déclarées coupables de graves infractions criminelles et condamnées à de longues incarcérations pour ne pas avoir divulgué leur séropositivité avant d'avoir des comportements à risque. Des personnes ont été inculpées et déclarées coupables de différents crimes, y compris d'agression, de nuisance publique, de négligence criminelle causant des préjudices corporels, de meurtre et de tentative de meurtre ainsi que de menace de mort.

L'un des principaux arguments en faveur de la poursuite criminelle est qu'elle sert à dissuader les comportements à risque de transmettre le VIH. Il n'y a par contre aucune preuve solide que la criminalisation est un élément dissuasif efficace. L'autre principal argument en faveur de la poursuite criminelle est qu'elle sert à punir un individu pour son comportement.

Cependant, la criminalisation de la non-divulgation de la séropositivité pourrait avoir des conséquences négatives dont il faut tenir compte.

- Incarcérer les personnes vivant avec le VIH pourrait ne pas prévenir la transmission du VIH. En fait, les prisons sont des environnements où les comportements à risque élevé sont courants et où les mesures de prévention du VIH sont limitées. Cela pourrait mener à la transmission du VIH au sein de l'institution, puis dans la communauté quand la personne est libérée.
- Le comportement sexuel et la consommation de drogues sont des comportements humains de nature complexe qu'il est plus facile d'influencer à l'aide d'interventions comme l'éducation et le counseling pour la réduction des risques.
- La peur de poursuites criminelles pourrait dissuader les personnes de se faire tester.
- Le nombre élevé de poursuites criminelles pourrait donner au public une perception erronée des risques de transmission. Cela est particulièrement pertinent lorsque des peines sévères sont imposées dans les cas de comportements à risque de transmission insignifiants (comme mordre, égratigner et cracher).
- L'attention que le public accorde aux poursuites criminelles pourrait engendrer un faux sentiment de sécurité que la loi protège contre l'infection au VIH.
- Les poursuites criminelles peuvent accroître la stigmatisation et la discrimination auxquelles font face les personnes vivant avec le VIH. La criminalisation met le fardeau d'empêcher la transmission du VIH sur les personnes vivant avec le VIH et présente les personnes vivant avec le VIH comme d'éventuels criminels.
- Il se peut que la confidentialité des dossiers ne soit pas respectée lorsqu'on recueille des preuves pour une poursuite et que l'identité de la personne vivant avec le VIH soit dévoilée, ce qui pourrait entraîner stigmatisation et discrimination.

- L'inégalité des sexes et du pouvoir peut également rendre la situation plus complexe. Par exemple, il se peut que certaines femmes séropositives soient dans l'impossibilité d'insister sur l'utilisation du condom en raison de leur situation sociale ou craignent la violence si elles dévoilent leur séropositivité.

Partout au pays, les défenseurs des droits réagissent à l'utilisation accrue de la loi criminelle. Le Réseau juridique canadien VIH/sida s'est associé à des agences internationales de lutte contre le sida pour créer une trousse de ressources à l'intention des intervenants et des avocats qui appuient les personnes vivant avec le VIH faisant face à de telles accusations criminelles. En Ontario, une équipe d'universitaires et de membres de la communauté a adopté une autre approche et insiste pour la création de lignes directrices en matière de poursuites provinciales qui définiraient les circonstances dans lesquelles des accusations criminelles devraient être portées.

5.3 INTERVENTIONS POUR LA PRÉVENTION DU VIH

5.3.1 Prévention combinatoire du VIH

POINTS CLÉS

- ▶ Il existe des approches structurelles, comportementales et biomédicales efficaces dans la prévention du VIH.
- ▶ La prévention du VIH doit recourir à une combinaison stratégique de ces trois approches.
- ▶ Les programmes de prévention doivent avoir recours à la meilleure combinaison d'interventions offrant une couverture, une intensité et une durée adéquates.
- ▶ On doit utiliser des stratégies de prévention du VIH basées sur des données probantes contextuelles.

L'élaboration de programmes et stratégies efficaces de prévention nécessite une connaissance de l'épidémie, une compréhension des facteurs socioéconomiques et culturels favorisant la transmission du VIH ainsi qu'une connaissance des interventions efficaces pour la prévention du VIH fondées sur des données probantes et spécifiques aux populations à risque. Une réponse efficace à la prévention du VIH nécessite également un leadership gouvernemental et l'activisme de la communauté, deux éléments importants pour renouveler et maintenir la réponse à la prévention du VIH.

La prévention combinatoire est dorénavant vue comme une façon novatrice de prévenir la transmission du VIH. Cette approche exploite une combinaison stratégique d'approches comportementales, structurelles et biomédicales efficaces. Des approches et des stratégies de prévention spécifiques doivent être conçues ou choisies en fonction des connaissances

de l'épidémie spécifique au contexte, des preuves d'efficacité et de la capacité d'adapter l'approche au contexte spécifique. Afin d'assurer les meilleurs résultats possibles, il doit y avoir un engagement communautaire à toutes les étapes du développement jusqu'à la mise en œuvre. Cette approche stratégique implique qu'il faudra déterminer une combinaison appropriée d'approches de prévention du VIH fondées sur des données probantes avec une couverture, une intensité et une durée suffisantes pour assurer les meilleurs résultats pour la santé publique. L'élaboration de programmes de prévention sera inefficace si elle ne rejoint pas les personnes à risque de contracter le VIH et si la disponibilité des programmes n'est pas soutenue pour continuer à réduire les comportements à risques.

L'étude d'évaluation doit continuer à accumuler les preuves sur l'élaboration de programmes efficaces de prévention du VIH dans le but de mieux choisir les interventions comportementales, biomédicales et structurelles disponibles selon les contextes et les populations spécifiques (se référer à la section suivante). Toutefois, peu d'études de prévention ont examiné les combinaisons d'interventions, choisissant plutôt d'évaluer les incidences comportementales et épidémiologiques d'éléments individuels faisant partie de stratégies combinatoires de prévention. Cette approche va à l'encontre de la façon dont les personnes vivent leur vie et prennent des décisions. Il est donc difficile d'en évaluer le succès lorsque ces approches individuelles sont combinées à d'autres éléments de prévention.

5.3.2 Les données probantes dans l'élaboration de programmes de prévention du VIH

POINTS CLÉS

- ▶ L'essai clinique comparatif gagne de l'appui en tant que meilleure méthode d'évaluation des programmes de prévention du VIH; il présente toutefois des inconvénients.
- ▶ La question de recherche devrait guider le choix de méthodologie pour l'évaluation du programme.
- ▶ La définition des données probantes devrait comprendre un éventail depuis les données probantes de recherche à l'expérience vécue.

Aux États-Unis, de plus en plus d'efforts sont faits pour adopter une approche fondée sur les données probantes de la santé publique relativement à la science de la prévention du VIH. Une approche fondée sur des données probantes met l'accent sur l'utilisation de méthodologies de recherche rigoureuses – l'exemple idéal étant l'essai clinique comparatif. Un essai clinique comparatif est une expérience au cours de laquelle les chercheurs assignent au hasard des sujets admissibles à des groupes pour recevoir ou non une intervention ou plus faisant l'objet d'une comparaison. Cette étude permet un haut niveau de contrôle, ce qui réduit les risques de conclusions partiales et fausses. Les essais cliniques comparatifs peuvent par contre s'avérer problématiques, étant donné qu'ils peuvent être inappropriés ou contraires à l'éthique dans certaines situations de prévention du VIH. La démonstration de

l'efficacité sous les conditions déterminées d'un essai clinique comparatif ne garantit pas que les mêmes interventions seraient efficaces dans le monde réel – surtout dans le cas des interventions comportementales qui peuvent être très sensibles à l'environnement social et à la population étudiée.

L'incapacité des organismes de première ligne à trouver des ressources pour se servir de ces approches afin d'évaluer l'impact de leurs programmes complique davantage les efforts menés pour adopter des méthodologies de recherche rigoureuses, comme les essais cliniques comparatifs. L'évaluation de nouvelles approches est un élément important pour les organismes de première ligne et les efforts pour adopter le concept des essais cliniques comparatifs ne devraient pas saper cette recherche. De plus, il se peut qu'un essai clinique comparatif ne soit pas toujours approprié dans ces contextes. On doit se pencher sérieusement sur la question de recherche examinée et trouver la meilleure méthodologie pour répondre à la question plutôt que d'adapter la question de recherche à la méthodologie désirée.

Il existe également des enjeux dans l'application du concept des essais cliniques comparatifs pour évaluer des interventions sociales et de politique. Il a été démontré que les facteurs sociaux, les institutions et les structures alimentaient l'épidémie et que les interventions structurelles devaient être examinées afin d'en déterminer l'impact. D'autres types de recherche, telles des études par observation, des analyses ethnographiques et des analyses de politiques, pourraient mieux convenir à l'évaluation des changements sociaux et fondamentaux pour la prévention du VIH.

Les données probantes peuvent être étroitement définies afin d'inclure exclusivement les conclusions rigoureuses provenant de recherches biologiques, comportementales et en sciences sociales, mais cela exclut d'autres formes de connaissances, comme celles acquises de l'expérience vécue des personnes et des communautés touchées par le VIH/sida. Les connaissances de ce type ne sont peut-être pas aussi solides que celles recueillies par la recherche scientifique, mais elles ne devraient pas être ignorées.

Les convictions politiques et idéologiques peuvent constituer des obstacles et remettre en question des résultats scientifiquement prouvés. Un bon exemple au Canada, est le cas d'un site d'injection supervisé au centre-ville est de Vancouver dont l'influence positive est absolument indéniable. Malgré une importante épidémie de VIH et l'impact positif confirmé de ce site, le gouvernement fédéral a tenté d'obliger le centre à fermer en ayant recours au système judiciaire.

5.3.3 Les facteurs sociaux déterminants des interventions sanitaires et structurelles contre le VIH

POINTS CLÉS

- ▶ Les facteurs sociaux déterminants de la santé sont constitués d'un éventail de facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des personnes ou des populations.
- ▶ Les facteurs sociaux déterminants de la santé jouent un rôle dans l'infection au VIH et dans la capacité des personnes atteintes du VIH à chercher des traitements, des soins et du soutien.
- ▶ Les approches structurelles à la prévention du VIH visent à modifier les facteurs sociaux, économiques, politiques et environnementaux qui influencent la vulnérabilité au VIH.
- ▶ Les interventions structurelles doivent faire partie d'un ensemble complet de programmes de prévention.

Les facteurs sociaux déterminants de la santé sont un sous-ensemble des facteurs déterminants de la santé. Ils font partie de la gamme de facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui aident à déterminer l'état de santé des personnes ou des populations. Les facteurs déterminants de la santé tels que définis par l'Agence de la santé publique du Canada comprennent : le revenu et le statut social, les réseaux sociaux de soutien, l'éducation et la littéracie, les conditions d'emploi / de travail, l'environnement social et physique, l'hygiène personnelle et les habiletés d'adaptation, le développement des enfants en santé, la biologie et l'héritage génétique, les services de santé, le sexe et la culture.

Dans notre société, de nombreux facteurs, dont la pauvreté, la violence physique et sexuelle, le manque d'éducation, le sans-abrisme, la stigmatisation, la dépendance, la violence, les problèmes de santé mentale non traités, le manque de possibilités d'emplois, le sentiment d'impuissance, le manque de choix, l'absence du statut de résident légal et le manque de soutien social jouent un rôle dans l'infection au VIH et dans la capacité des personnes vivant avec le VIH à chercher des traitements, des soins et du soutien. Par exemple, la pauvreté peut entraîner un sentiment d'impuissance dans une relation, ce qui peut avoir un effet négatif sur l'estime de soi et diminuer le sentiment d'appartenance à la communauté. Tous ces facteurs peuvent influencer le jugement de la personne ou diminuer sa capacité de se protéger contre le VIH.

La conclusion que les facteurs physiques, sociaux, culturels, organisationnels, communautaires, économiques, juridiques ou politiques au sein de nos environnements peuvent entraver ou faciliter les efforts de prévention du VIH, a conduit à des approches structurelles de la prévention du VIH. Les interventions structurelles visent à modifier le contexte contribuant à la vulnérabilité et aux risques auxquels une personne fait face en modifiant les facteurs sociaux, économiques, politiques et environnementaux. Les approches structurelles comprennent des politiques ou des programmes dont le but est de modifier les conditions

dans lesquelles les personnes vivent ou les réactions de la communauté qui provoquent des modifications sociales ou politiques. Ces approches traitent les facteurs qui influencent le comportement de la personne contrairement aux approches comportementales qui tentent de modifier le comportement. Les approches structurelles de la prévention du VIH doivent être complétées par d'autres programmes de prévention, y compris des interventions pour influencer le comportement de la personne, dans le but d'arriver à une réduction efficace et soutenue des risques et de la vulnérabilité au VIH.

Voici quelques exemples d'initiatives structurelles de prévention contre le VIH :

- la création d'un environnement politique et juridique autorisant des programmes d'échange de seringues;
- des mesures contre la stigmatisation qui préviennent la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH et les groupes vulnérables;
- des initiatives pour l'égalité des sexes, incluant des programmes pour améliorer l'éducation des femmes et leur indépendance économique ainsi que des lois pour lutter contre la violence sexuelle;
- des initiatives pour donner un logement stable aux utilisateurs de drogues injectables; et
- des encouragements et du financement pour encourager la participation active des communautés touchées afin qu'elles conçoivent et fassent la promotion d'interventions de prévention du VIH.

Pour évaluer les interventions structurelles au sein d'un contexte communautaire, il faut commencer par une analyse initiale des facilitateurs et des obstacles sociaux, économiques, politiques et environnementaux aux risques du VIH au sein de ce contexte. Le développement de stratégies de lutte contre ces facteurs débute par un examen des programmes existants qui ont été conçus ailleurs et continue par leur adoption et leur adaptation pour qu'ils répondent aux besoins de la situation actuelle.

De nombreuses caractéristiques structurelles influençant la vulnérabilité au VIH sont difficiles à modifier, car elles sont profondément enracinées dans les facteurs sociaux, économiques et politiques de notre société. Par conséquent, le traitement de ces facteurs est vu comme une initiative à long terme dans le cadre d'un développement économique et social plus général. Les défis dans l'évaluation de leur efficacité ont limité les conclusions sur l'efficacité des approches structurelles de prévention du VIH. La plupart des interventions structurelles impliquent des éléments d'envergure qui ne peuvent être aisément vérifiés par des modèles de recherche expérimentale ou quasi expérimentale. De nouvelles stratégies pour recueillir des preuves de l'influence de ces types de programmes sont nécessaires pour créer une base de connaissances sur ces types d'interventions.

5.3.4 Les interventions comportementales pour la prévention du VIH

POINTS CLÉS

- ▶ Les interventions comportementales pour la prévention du VIH (promotion de la santé) visent à influencer les connaissances, les attitudes et les comportements.
- ▶ Les interventions comportementales doivent faire partie d'un ensemble complet de programmes de prévention.

L'infection au VIH est le résultat du comportement social humain. Les interventions comportementales pour la prévention du VIH visent à influencer les connaissances, les attitudes et les comportements qui mettent une personne à risque de contracter le VIH, c'est-à-dire les comportements sexuels et de consommation de drogues. Parmi les stratégies comportementales utilisées, on compte celles qui tentent de retarder les premières relations sexuelles, de réduire le nombre de partenaires sexuels, d'augmenter le nombre d'actes sexuels protégés, de réduire le partage des aiguilles et des seringues et de diminuer la consommation de drogues.

Le comportement humain étant complexe, il est très difficile de le modifier et il existe des lacunes considérables dans nos connaissances de l'efficacité des stratégies comportementales de prévention du VIH. Malgré tout, il a été démontré que de nombreuses interventions comportementales réduisaient la transmission du VIH. La grande diffusion de stratégies efficaces pour modifier les comportements joue un rôle essentiel dans la lutte contre l'épidémie du VIH.

Les stratégies comportementales de prévention du VIH peuvent se concentrer sur les personnes, les couples, les familles, les groupes et réseaux de pairs, les institutions et les communautés entières. Les stratégies comportementales s'efforcent d'inciter les personnes et les groupes à modifier leurs comportements en utilisant un éventail d'approches éducatives, motivationnelles, communautaires et de développement des compétences. Les programmes font la promotion des connaissances individuelles exactes et de la perception individuelle des risques tout en motivant davantage la personne à éviter les comportements à risque. Les programmes de prévention développent également les compétences individuelles nécessaires pour accéder correctement aux initiatives de prévention et éviter les situations à risque, ou les négocier efficacement. Dans les foyers, les programmes de prévention contre le VIH traitent de la stigmatisation du VIH et de la sexualité et font la promotion de la discussion ouverte. Au plan de la communauté, les programmes visent à accroître la reconnaissance des comportements plus sécuritaires, à soutenir les membres des communautés afin de réduire leurs risques et de solidifier les nouvelles normes. Les stratégies au plan communautaire comprennent l'utilisation des médias de masse, du marketing social et de la mobilisation communautaire.

Les efforts de prévention contre le VIH se sont généralement concentrés sur la protection contre l'infection, mais une nouvelle tendance s'efforce de plus en plus d'aider les personnes vivant avec le VIH à éviter de transmettre le VIH (Se référer à la section 5.3.4.6 - prévention positive). Afin que ces programmes soient efficaces, les efforts de prévention doivent être combinés à des interventions pour accroître les taux de dépistage du VIH afin de réduire le nombre de personnes séropositives qui ne savent pas qu'elles sont infectées.

Pour que les stratégies comportementales de prévention aient les résultats escomptés, elles doivent rejoindre un grand nombre de personnes, entraîner des modifications de comportements et maintenir les modifications durant longtemps. Une combinaison de moyens de communication doit être utilisée pour transmettre des messages clairs et simples sur les options disponibles pour réduire les risques et favoriser la santé. Il est essentiel de proposer des options sur les façons de réduire les risques, car il n'existe aucune approche universelle. La participation des communautés au développement et à la distribution de messages est elle aussi essentielle. Un juste équilibre d'approches comportementales dépend de notre compréhension de la population ciblée et de la capacité d'adapter les programmes existants aux besoins de la population.

Il n'est cependant pas facile de modifier les comportements. La stigmatisation et la discrimination envers les populations à risques plus élevés d'infection ont miné le soutien pour ces programmes. De plus, les efforts pour mettre en œuvre certains programmes ont fait l'objet de disputes sociales et idéologiques. Il existe une multitude de comportements sexuels et de consommation de drogues et ces actes se passent généralement en privé, ce qui empêche de bien les comprendre et de les modifier. Enfin, le manque de compréhension du contexte social ainsi que d'autres facteurs jouant un rôle dans le fait qu'une personne essaie ou non d'adopter des comportements réduisant les risques, gênent les efforts d'élaboration de programmes capable de motiver un changement de comportement.

Malgré ces défis, l'efficacité des efforts de prévention du VIH par le comportement a été prouvée dans des essais cliniques comparatifs et des recherches par observation. Si ces initiatives ne sont pas mises en œuvre à plus grande échelle, l'épidémie se propagera au Canada.

Les modèles actuels d'interventions comportementales se fondent souvent sur des théories cognitivo-comportementales qui supposent que les personnes prendront des mesures pour éviter les risques si elles sont bien informées et suffisamment motivées, c'est-à-dire qu'elles pourront elles-mêmes prendre une décision quand elles seront confrontées à des risques liés au VIH. Le comportement individuel est toutefois souvent grandement influencé par des facteurs personnels, socioéconomiques, culturels et environnementaux. L'emploi d'approches structurelles alliées à des approches comportementales accroîtra l'efficacité des interventions comportementales. De plus, l'introduction d'interventions de prévention biomédicales pourrait engendrer une hausse des comportements à risque en raison de la fausse croyance que les interventions biomédicales protégeront toutes les personnes. Les stratégies de prévention biomédicales ne seront probablement pas entièrement efficaces.

Dans le but d'éviter une augmentation des comportements à risque suite à l'introduction de nouveaux outils biomédicaux, on doit se servir des interventions comportementales minimisant les comportements à risque dans ces nouvelles situations.

5.3.4.1 Le rôle des modifications du comportement sexuel (promotion de la santé sexuelle)

POINTS CLÉS

- ▶ La distribution et l'adoption de stratégies pour modifier le comportement sexuel, réduire le nombre de partenaires sexuels et utiliser des condoms, pourraient diminuer considérablement les taux d'infection au VIH et aux ITS.
- ▶ La promotion de comportements mettant l'accent sur la santé sexuelle peut impliquer des interventions complexes traitant de questions liées à la prise en charge de soi, aux techniques de négociation, à l'estime de soi et aux connaissances sur la santé sexuelle.
- ▶ Les stratégies comportementales efficaces de prévention du VIH doivent être distribuées avec suffisamment de couverture, d'intensité et durant assez longtemps.
- ▶ La promotion de la santé sexuelle doit faire partie d'un ensemble complet de programmes de prévention.

Les stratégies comportementales tentent d'inciter les personnes et les groupes à modifier leurs comportements par le biais d'un éventail d'approches éducatives, motivationnelles, communautaires, normatives, de groupes de pairs et de développement des compétences. Les stratégies comportementales de réduction de transmission du VIH par voie sexuelle comprennent des tentatives pour retarder les premières relations sexuelles, diminuer le nombre de partenaires sexuels et accroître le nombre d'actes sexuels protégés.

De nouvelles données probantes suggèrent que les modifications comportementales positives observées durant la première année suivant l'exposition à une intervention comportementale de prévention peuvent diminuer avec le temps. Au plan de la population, les modifications positives du comportement ne durent pas, car elles demandent un certain effort. Par exemple, l'utilisation systématique du condom est souvent difficile à maintenir dans la vie quotidienne et dans le contexte social. Tout cela prouve la nécessité de transmettre le message de façon continue afin que les modifications positives du comportement soient maintenues.

5.3.4.2 Le rôle des modifications du comportement des utilisateurs de drogues injectables (réduction des méfaits)

POINTS CLÉS

- ▶ La réduction des méfaits se réfère aux politiques, programmes et projets visant à réduire les méfaits liés à la consommation de substances psychotropes pour la santé, la société et l'économie.
- ▶ La stratégie antidrogue actuelle du Canada n'appuie pas les stratégies de réduction des méfaits.
- ▶ La réduction des méfaits doit être envisagée dans le cadre d'un ensemble complet de programmes de prévention.

La réduction des méfaits se réfère aux politiques, programmes et projets visant à réduire les conséquences néfastes de la consommation de drogues sur la santé, la société et l'économie. La réduction des méfaits n'exclut pas l'abstinence comme objectif, mais elle offre plutôt des choix plus concrets, tel que la réduction de la consommation de substances. La réduction des méfaits aide les personnes à s'engager et à entrer en contact avec des fournisseurs de traitements quand ils sont prêts à le faire. Exemples de réduction des méfaits : la distribution de seringues, les traitements de substitution (comme l'entretien à la méthadone), l'intervention, la distribution de pipes à crack, les projets d'habilitation pour les utilisateurs, les sites plus sécuritaires pour la consommation de drogues, les projets d'ordonnance pour l'héroïne et les projets de justice sociale. Ces types d'interventions ont prouvé qu'elles réduisent les risques d'infection au VIH et au VHC chez les consommateurs de drogues. Il est important de noter que les personnes qui s'injectent des drogues peuvent jouer un rôle dans le développement et la distribution de programmes de prévention du VIH et du VHC.

Le 4 octobre 2007, le gouvernement canadien a dévoilé sa nouvelle stratégie nationale antidrogue. Cette nouvelle stratégie se fonde sur trois piliers : la prévention (prévenir la consommation de drogues avant qu'elle ne se produise), le traitement (soigner l'utilisateur de drogues) et l'exécution de la loi (poursuivre en justice les producteurs et les trafiquants de drogues). La nouvelle stratégie antidrogue a été critiquée pour son pilier manquant : la réduction des méfaits. Il est prouvé que la réduction des méfaits comme les programmes d'échange de seringues, s'est avérée être un précieux outil pour rejoindre les populations utilisant des drogues en améliorant leur santé et en enrayant la propagation du VIH, du VHC et d'autres maladies infectieuses. De plus, ces programmes développent la confiance dont les utilisateurs ont besoin pour s'engager dans des programmes de traitement des dépendances et de récupération. Le pilier manquant symbolise le virage de l'idéologie politique vers une approche plus conservatrice relativement à de nombreux enjeux sociaux, dont la consommation de drogues. Un exemple de ce virage peut être observé dans l'historique d'Insite, le premier site d'injection supervisé au Canada.

Insite

Ouvert en 2003, Insite est le premier site légal d'injection supervisé en Amérique du Nord. Situé au centre-ville est de Vancouver, en Colombie-Britannique, Insite offre depuis son ouverture un environnement propre et sécuritaire où les consommateurs peuvent s'injecter leurs propres drogues sous la supervision d'un personnel clinique. Les infirmiers et conseillers fournissent sur place des services d'accès et d'orientation aux traitements des dépendances, aux fournisseurs de soins de santé primaires et de santé mentale ainsi que les premiers soins et les soins des plaies. Des études sur Insite ont démontré toute une série d'avantages, notamment qu'il a réduit les injections faites en public et le partage des seringues/aiguilles et qu'il a augmenté la fréquentation des services de traitement. Il a été également démontré qu'Insite n'augmente pas le taux de criminalité, sauve au moins une personne par année de l'overdose, fournit des services de soins infirmiers aux consommateurs de drogues et qu'il est généralement soutenu par le public. En 2008, une étude sur le rapport coût-efficacité a calculé que 1 191 cas d'infection au VIH et 54 cas d'infection au virus de l'hépatite C pourraient être évités sur dix ans grâce à Insite. De plus, on estimait qu'il générerait des économies nettes totales de 14 millions sur dix ans.

Pour qu'Insite fonctionne en toute légalité, le gouvernement fédéral a accordé à la Vancouver Coastal Health Authority une dérogation de fonctionnement de trois ans conformément à l'article 56 de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances de 2003. Cette dérogation protégeait le personnel et les clients contre toute forme de poursuite criminelle durant le projet pilote de trois ans. Malgré les preuves scientifiques et le besoin d'évaluation régulière de cette intervention, le gouvernement fédéral continue de retarder sa décision d'accorder à Insite la dérogation qui lui permettrait de continuer à fonctionner au-delà de la période pilote.

En mai 2008, un procès, entamé par l'organisme sans but lucratif qui dirige Insite et un groupe de consommateurs de drogues, s'est rendu à la Cour suprême du Canada. Ces derniers plaidaient que le site traitait une crise de la santé publique. Le juge de la Cour suprême, Ian Pitfield, a déclaré que refuser l'accès aux services de soins de santé d'Insite aux toxicomanes violait leurs droits à la vie, à la liberté et à la sécurité garantis par la Charte. Le jugement permettra à Insite de demeurer ouvert sous les lois actuelles réglementant les drogues. Le juge a décidé que le gouvernement fédéral devait, au cours de l'année, réécrire ses lois pour permettre l'utilisation médicale de drogues illicites si elles font partie d'un programme de soins de santé. Cependant, le procureur général du Canada est allé en appel contre ce jugement le 15 janvier 2010. La Cour d'appel de la Colombie-Britannique a rejeté cet appel par le procureur général du Canada, permettant à Insite de continuer ses activités. Le gouvernement fédéral pourrait toutefois contester cette décision devant la Cour suprême du Canada.

5.3.4.3 Le rôle des traitements d'abus des drogues

POINTS CLÉS

- ▶ Le traitement de l'abus des drogues peut réduire les risques de transmission du VIH.
- ▶ Pour réduire efficacement les risques associés au VIH, le traitement ne doit pas nécessairement être basé sur l'abstinence.
- ▶ Suffisamment de places de traitement doivent être facilement disponibles.
- ▶ Les programmes de désintoxication doivent être envisagés dans le cadre d'un ensemble complet de programmes de prévention.

Les objectifs des traitements de désintoxication visent à parvenir au bien-être physique, psychologique et social et à le maintenir en réduisant la prise de risques liés à la consommation de drogues, en réduisant la quantité de drogues ou en s'abstenant complètement de consommer des drogues. En raison des rechutes souvent chroniques qui caractérisent la dépendance aux drogues et du besoin de traiter les dimensions sociales et psychologiques, devenir abstinent est souvent un processus long et difficile pour de nombreuses personnes – certaines n'y parvenant jamais. Cependant, cela n'atténue en aucun cas les effets bénéfiques des programmes de désintoxication.

Il a été démontré que les programmes de traitement réduisaient la consommation de drogues, diminuaient les comportements de partage de seringues/d'aiguilles/de matériel et réduisaient les comportements sexuels à risque. Le traitement offre également une plateforme pour l'éducation du VIH et pour les soins médicaux.

Il n'existe cependant pas de traitement universel pour les consommateurs de drogues. Pour une prévention efficace du VIH, il est essentiel d'offrir une gamme variée de services de traitement. De plus, les places de traitement doivent être disponibles et facilement accessibles par les consommateurs de drogues lorsque ces derniers décident de se soigner. Actuellement, de longues listes d'attente entravent les efforts de prévention.

5.3.4.4 Le rôle de l'éducation en milieu scolaire

POINTS CLÉS

- ▶ Il existe chez les jeunes un niveau élevé de prise de risques sexuels qui pourrait mener à la transmission du VIH.
- ▶ Les taux élevés d'ITS chez les jeunes pourraient être un signal d'alarme précoce de prise de risques sexuels qui pourrait mener à une augmentation des cas d'infection au VIH.
- ▶ Une étude nationale donne lieu de penser qu'on doit accroître l'éducation sur le VIH/sida dans les écoles à travers le Canada.

- ▶ Des données probantes démontrent que des programmes complets en milieu scolaire peuvent réduire les comportements à risque de contracter le VIH chez les jeunes.
- ▶ L'éducation en milieu scolaire doit être envisagée dans le cadre d'un ensemble complet de programmes de prévention.

Environ un demi-million d'adolescents de 14 à 17 ans sont sexuellement actifs au Canada. En moyenne, les adolescents canadiens signalent avoir eu trois partenaires sexuels et 24 % des adolescents sexuellement actifs ont signalé n'avoir pas utilisé de condom lors de leur dernier rapport sexuel (125 000). La prévalence du VIH demeure faible au sein de la population générale des jeunes, mais les taux d'ITS à la hausse indiquent une tendance inquiétante. Les femmes de 15 à 24 ans et les hommes de 20 à 24 ans sont les plus touchés par l'infection à la chlamydia et à la gonorrhée. Ces taux indiquent un comportement sexuel à risque qui pourrait engendrer une flambée de VIH au sein de ce groupe d'âge (Se référer à la section 3.2.6 pour l'épidémiologie du VIH chez les jeunes au Canada).

De plus, les jeunes femmes de moins de 20 ans courent un risque accru de contracter le VIH par le biais de rapports sexuels vaginaux, étant donné que le col de leur utérus n'est pas entièrement développé. Les tissus protecteurs du col de l'utérus sont plus minces, accroissant sa vulnérabilité à l'infection au VIH et aux autres ITS. En raison de ce facteur de risque biologique additionnel, il est particulièrement important que les jeunes femmes de moins de 20 ans, tout comme leurs partenaires sexuels, aient accès à de l'information exacte sur la santé sexuelle et le VIH et sur les méthodes de prévention du VIH.

L'éducation sexuelle liée à la prévention du VIH offerte en milieu scolaire peut toucher un vaste éventail de jeunes potentiellement à risque. Il est prouvé que les programmes basés exclusivement sur l'abstinence ne retardent pas l'initiation au sexe, n'augmentent pas le retour à l'abstinence ni ne réduisent le nombre de partenaires sexuels. Il a été démontré que les programmes complets appuyant des pratiques sexuelles saines pour les adolescents sexuellement actifs avaient des effets positifs sur leur comportement. Ces programmes peuvent retarder l'initiation au sexe, réduire le nombre de partenaires sexuels, accroître l'utilisation du condom et réduire la fréquence des rapports sexuels. Il a aussi été démontré que l'élaboration de programmes complets de prévention du VIH n'accélère pas l'initiation au sexe et n'augmente pas la fréquence des rapports sexuels. Le Centers for Disease Control and Prevention (CDC) aux États-Unis a mené une enquête sur les caractéristiques des programmes efficaces en milieu scolaire. Elles comptent une base en théorie de l'apprentissage social, une concentration sur un comportement spécifique, des activités expérientielles pour personnaliser les renseignements sur les risques, des directives pour résister aux influences sociales négatives, le renforcement des normes et des valeurs positives des pairs et des activités pour accroître les compétences et la confiance.

La Société canadienne du sida (SCS) a entrepris une étude nationale portant sur l'état du programme éducatif sur le VIH. Les résultats de l'étude fournissent des signes évidents qu'il existe un besoin pour plus d'éducation sur le VIH dans les écoles. La majorité écrasante

des parents (96 %), des enseignants (99 %) et des étudiants (94 %) estime que l'éducation sur le VIH devrait être offerte au sein du système scolaire. Par contre, presque un tiers des étudiants disent n'avoir reçu aucune éducation sur le VIH au cours de la dernière année. Parallèlement, les enseignants (77 %) et les étudiants (59 %) ont donné une note passable ou médiocre à la qualité de l'éducation sur le VIH/sida offerte. Près de 30 % des enseignants disent n'avoir aucune expérience en matière d'éducation sur le VIH et 64 % n'avaient reçu aucune formation.

La SCS a conclu qu'il fallait offrir davantage de soutien et de ressources sur le VIH aux enseignants canadiens et qu'elle s'efforcera de solidifier les partenariats avec les décideurs et les enseignants afin de fournir aux jeunes une éducation approfondie sur le VIH et de créer des normes nationales sur l'éducation sur le VIH et le sida dans les écoles canadiennes.

5.3.4.5 Le rôle de l'élaboration de programmes de prévention pour les prisons

POINTS CLÉS

- ▶ Des condoms sont offerts dans les prisons fédérales, mais pas dans toutes les prisons provinciales ou territoriales.
- ▶ De l'eau de Javel est offerte dans les prisons fédérales, mais pas dans toutes les prisons provinciales ou territoriales.
- ▶ La distribution de seringues propres n'est pas offerte dans les systèmes carcéraux au Canada.
- ▶ Les programmes d'initiation à la méthadone pour amener les utilisateurs de drogues à débiter un traitement au début de leur incarcération sont seulement disponibles dans les prisons fédérales et certaines prisons provinciales.
- ▶ Dans les autres provinces et territoires, la méthadone est seulement disponible si le détenu suivait un traitement à la méthadone avant son incarcération.
- ▶ L'élaboration de programmes de prévention pour les prisons doit faire partie d'un ensemble complet de programmes de prévention.

Des condoms sont offerts aux détenus des prisons fédérales du Canada depuis janvier 1992 pour essayer d'empêcher la transmission par voie sexuelle du VIH dans les prisons. Selon les Services correctionnels du Canada (SCC), des condoms non lubrifiés, sans spermicide, des lubrifiants à base d'eau et des digues dentaires sont discrètement mis à la disposition des détenus à trois endroits dans chaque institution et dans toutes les unités de visites familiales privées. Toutefois la disponibilité des condoms varie dans les prisons provinciales et territoriales. De plus, dans quelques provinces, les détenus doivent demander des condoms aux services de santé de la prison; ce qui peut les faire hésiter à le faire par peur d'être identifié comme prenant part à des activités homosexuelles et souffrir de discrimination.

En 1996, l'eau de Javel a été introduite dans le système carcéral fédéral pour essayer de prévenir la transmission du VIH chez les détenus qui s'injectent des drogues. L'eau de Javel est disponible dans certaines prisons provinciales, mais pas dans toutes. Malgré que cette méthode constitue une importante initiative de prévention, la distribution d'eau de Javel est une intervention sous-optimale. En 2004, l'Organisation mondiale de la Santé a conclu que « les données probantes soutenant l'efficacité de l'eau de Javel dans la décontamination du matériel d'injection et autres formes de désinfection sont faibles. » Il en a été conclu que des aiguilles/seringues neuves étaient plus sécuritaires que des aiguilles/seringues stérilisées à l'eau de Javel, car les personnes ne connaissent pas ou n'utilisent pas systématiquement la méthode appropriée pour désinfecter les seringues à l'eau de Javel. De plus, il se peut que la désinfection à l'eau de Javel ne supprime pas le virus de l'hépatite C.

En 2005, les Services correctionnels du Canada et l'Agence de la santé publique du Canada ont lancé un projet pilote de tatouage plus sécuritaire dans six prisons fédérales à travers le Canada. Le programme pilote enseignait aux détenus le tatouage sécuritaire tout en formant des détenus sélectionnés aux maladies infectieuses et à la prévention des infections. Les détenus sélectionnés avaient également été formés à tatouer leurs codétenus. Le projet a été annulé en 2006 et les détenus n'ont maintenant plus accès à du matériel de tatouage sécuritaire et stérile dans aucune prison canadienne.

Le traitement d'entretien à la méthadone est une forme de traitement pour la toxicomanie opiacée. Il a été démontré que la méthadone réduisait la consommation de drogues injectables et le partage de matériel d'injection. Seules les prisons fédérales et un seul système provincial offrent un programme formel pour commencer le traitement à la méthadone des toxicomanes utilisant des opiacés. Dans les autres provinces et territoires, le traitement d'entretien à la méthadone est seulement disponible si la personne suivait déjà ce traitement avant son incarcération.

5.3.4.6 Le rôle de la prévention positive

POINTS CLÉS

- ▶ On reconnaît de plus en plus que les initiatives de prévention devraient inclure les personnes vivant avec le VIH/sida.
- ▶ Le risque de la prévention positive est de rejeter la responsabilité de la prévention de la transmission du VIH entièrement sur les personnes vivant avec le VIH plutôt que de reconnaître qu'il en relève de tous.
- ▶ La prévention positive doit être envisagée dans le cadre d'un ensemble complet de programmes de prévention.

La prévention positive (ou « prévention poz ») pour les personnes vivant avec le VIH vise à donner aux personnes séropositives les moyens de se prendre en charge, à faire la promotion de relations sexuelles saines chez les personnes séropositives et/ou leurs partenaires

sexuels séronégatifs, à améliorer la santé sexuelle et le bien-être des personnes vivant avec le VIH et à réduire la possibilité des nouveaux cas d'infection au VIH et aux autres ITS.

Traditionnellement, les programmes de prévention contre le VIH ciblaient principalement les personnes présentant des risques élevés d'infection par le VIH en tentant de réduire les comportements à risque. Les personnes vivant avec le VIH deviennent maintenant la population prioritaire pour les initiatives de prévention du VIH dans le but d'améliorer davantage l'efficacité de la prévention du VIH. La prévention positive est basée sur le principe de la promotion de la santé. Elle encourage activement la santé physique, mentale et sexuelle des personnes vivant avec le VIH et souligne que les personnes vivant avec le VIH doivent bénéficier des traitements, du soutien et des services dont elles ont besoin pour améliorer leur santé. Ces initiatives donnent aux personnes vivant avec le VIH les moyens de participer de façon active à la prévention.

On doit cependant prendre soin de s'assurer que la prévention positive fait partie d'une stratégie de prévention complète et diversifiée. La prévention positive ne doit pas être utilisée pour responsabiliser les personnes vivant avec le VIH/sida en matière de prévention.

5.3.5 Les interventions biomédicales pour la prévention du VIH

POINTS CLÉS

- ▶ Les interventions biomédicales visent à réduire les risques d'infection au VIH chez les personnes séronégatives ou à diminuer l'infectiosité chez les personnes séropositives.
- ▶ On ne s'attend pas à ce que les interventions biomédicales fournissent une protection complète contre le VIH.
- ▶ Les interventions biomédicales doivent faire partie d'un ensemble complet de programmes de prévention.

Les interventions biomédicales visent à réduire les risques d'infection au VIH chez les personnes séronégatives ou à diminuer l'infectiosité chez les personnes séropositives au VIH. Voici quelques exemples d'interventions biomédicales : les condoms, les vaccins, les microbicides, la circoncision masculine, le traitement des ITS et l'usage d'antirétroviraux chez les personnes séronégatives et séropositives au VIH. La recherche a démontré l'efficacité de quelques-unes de ces interventions tandis que d'autres, encore en cours d'élaboration, ne seront mises en œuvre que dans des décennies. La recherche continue (y compris, la science fondamentale, la recherche en préclinique et la recherche en phase précoce) est essentielle pour accroître le nombre d'interventions biomédicales potentielles pour la prévention du VIH afin d'en enrayer la propagation.

Les initiatives biomédicales de prévention du VIH ont par le passé été étroitement liées aux initiatives de prévention associées au comportement (p. ex. counseling sur le sécurisexe).

Cette approche doit se poursuivre étant donné que les interventions biomédicales n'assurent pas, et ne sont pas censées le faire, une protection complète contre l'infection au VIH. De plus, on craint qu'avec les nouvelles interventions biomédicales de prévention du VIH, les comportements à risque puissent augmenter à la suite d'une perception de diminution des risques. Il est donc essentiel de continuer les interventions comportementales efficaces pour que les personnes continuent d'adopter des comportements qui les protègent contre la transmission du VIH (comme le sécurisexe et l'utilisation de seringues stériles).

5.3.5.1 Les méthodes de barrières physiques

POINTS CLÉS

- ▶ Les condoms pour hommes et les condoms pour femmes offrent une double protection contre le VIH et certaines ITS.
- ▶ Les condoms pour femmes sont la seule méthode de protection contre le VIH que les femmes peuvent maîtriser seules.

Les condoms pour les hommes et les condoms pour les femmes constituent des méthodes de barrière physique fournissant une protection contre le VIH, certaines ITS et la grossesse. Le condom pour hommes se met sur le pénis de l'homme, il est fait de latex ou de polyuréthane. Le condom pour femmes est inséré dans le vagin, il est fait de polyuréthane ou de nitrile. Ces deux types de condoms protègent du VIH en formant une barrière contre les fluides des parties génitales, car le virus ne peut pas pénétrer ni le latex ni le polyuréthane ni le nitrile.

L'efficacité des condoms pour réduire les risques de transmission des ITS varie selon l'ITS. Pour les infections transmises par le biais d'écoulement provenant des parties génitales (p. ex. la gonorrhée et la chlamydia), les condoms servent de barrière à l'exposition car les organismes sont trop gros pour traverser le latex ou le polyuréthane. Pour les ITS causant des ulcères aux parties génitales (p. ex. la syphilis et l'herpès), le degré de protection est plus faible, car ces infections sont transmises par contact cutanéomuqueux avec les parties génitales. Ce contact peut se produire à des endroits non protégés par le condom. Il est possible que le condom pour femmes offre plus de protection contre ces ITS, étant donné qu'il couvre une surface plus vaste, y compris certains organes génitaux externes.

Un examen systématique de la recherche sur les condoms pour hommes a estimé que l'efficacité des condoms en latex pour hommes dans la prévention de la transmission du VIH était de 85 %. Leur efficacité peut atteindre 95 % lorsqu'ils sont utilisés systématiquement et correctement. Il se peut toutefois que les condoms ne soient pas aussi bien acceptés dans certaines populations ou dans certains types de relations (p. ex. partenaires stables). De plus, afin de prévenir le VIH et les ITS, les condoms doivent être utilisés systématiquement, il faut donc en avoir une réserve sous la main.

L'utilisation du condom pour hommes dépend de la bonne volonté de l'homme, ce qui a mené à la conception de la seule méthode de prévention du VIH maîtrisée par la femme : le condom

pour femmes. Des essais en laboratoire ont démontré que le condom pour femmes forme une barrière physique efficace contre le VIH, mais son efficacité en situation réelle n'a pas été directement évaluée. Les condoms pour femmes sont utilisés par les femmes et certains organismes en font la promotion, mais leur efficacité et leur sécurité pour les rapports sexuels anaux n'ont pas encore été déterminées.

Le condom pour femmes présente cependant quelques désavantages. L'anneau externe du condom pour femmes est visible à l'extérieur du vagin et peut émettre des bruits durant la relation, ce qui permet au partenaire de la femme de le déceler et le rend difficile à utiliser secrètement. Il faut de la pratique pour l'insérer et le retirer, il présente des taux de défaillance plus élevés pour empêcher les grossesses, il est dispendieux et mal commercialisé. Son influence sur le plaisir sexuel est variable. Dans une étude de recherche menée à Toronto, quelques femmes ont indiqué qu'au début, l'action d'insérer le condom interférait avec leur plaisir, mais qu'avec l'expérience et la pratique, elles se sont détendues et ont joui de leurs relations sexuelles, et surtout qu'elles se sont habituées à faire confiance à l'efficacité du condom. D'autres femmes pensaient qu'avoir des rapports sexuels avec le condom pour femmes était plus satisfaisant qu'avec un condom pour hommes, tandis que pour d'autres les problèmes de glissement et d'irritation causés par les anneaux faisaient en sorte que les rapports sexuels étaient moins satisfaisants. De nouvelles versions du condom pour femmes sont en cours de développement et espèrent éliminer les désavantages de la version originale. Un condom pour femmes de deuxième génération, appelé le FC2, a été homologué par la FDA en 2009. Le FC2 est en nitrile, un matériau moins dispendieux et plus doux que le polyuréthane des premières générations (FC1), il pourrait donc être moins bruyant et améliorer la satisfaction sexuelle.

5.3.5.2 Les vaccins

POINTS CLÉS

- ▶ Deux types de vaccins contre le VIH sont en développement : un vaccin préventif et un vaccin thérapeutique.
- ▶ Le développement d'un vaccin contre le VIH a été difficile en raison des complexités de l'interaction entre le virus et le système immunitaire.
- ▶ Un vaccin préventif a démontré qu'il offrait une certaine protection lors d'un essai clinique, mais le degré de protection était faible.
- ▶ On ne s'attend pas à ce qu'un vaccin efficace contre le VIH soit mis au point dans un avenir proche et aucun essai clinique d'envergure n'est actuellement prévu.
- ▶ Si jamais on développe un vaccin, les vaccins préventifs devront être envisagés dans le cadre d'un ensemble complet de programmes de prévention.

Le terme vaccin est habituellement utilisé pour décrire des produits conçus pour empêcher les personnes de contracter une maladie (il s'agit des vaccins préventifs). Par conséquent,

un vaccin préventif contre le VIH empêcherait de contracter le VIH. Mais le développement d'un vaccin préventif efficace contre le VIH demeure complexe pour de nombreuses raisons. Premièrement, le VIH s'attaque immédiatement au système immunitaire et avec des vaccins conventionnels, le système immunitaire prend trop de temps à développer une réaction pour contrer l'infection. Deuxièmement, le premier point de contact avec le VIH se situe habituellement dans les tissus humides des muqueuses de l'anus, du pénis et du vagin. Les chercheurs commencent tout juste à comprendre comment fonctionne le système immunitaire dans les tissus des muqueuses, il faudra donc de nombreuses années avant qu'ils puissent décrire l'ensemble des changements complexes que le VIH provoque dans ces tissus. Troisièmement, le virus mute constamment en modifiant sa couche extérieure, par conséquent le système immunitaire doit s'adapter à ces mutations. De plus, le VIH pénètre profondément dans les cellules du système immunitaire et ailleurs dans le corps, lui permettant de se cacher du système immunitaire.

À ce jour, il y a eu plus de 100 essais cliniques avec au moins 30 vaccins éventuels différents contre le VIH. Un seul a réussi à fournir une protection contre ce virus. Il s'agit du vaccin primo-vaccination thaïlandais, mais la protection qu'il offrait était insuffisante pour que le vaccin soit commercialisé. Actuellement, aucun essai clinique de phase III pour un vaccin contre le VIH n'est en cours et on ne s'attend pas à ce qu'un vaccin efficace contre le VIH soit conçu dans un avenir prévisible. Cependant, en se basant sur les résultats de l'essai sur le vaccin thaïlandais et des recherches menées sur un petit nombre de personnes exposées au VIH sans en avoir été infectées, il semble que le système immunitaire puisse être en contact avec le VIH et puisse le maîtriser avec succès. De plus, il existe un petit nombre de personnes qui ont contracté le VIH, mais chez qui la maladie ne semble pas progresser rapidement. Grâce à ces découvertes, les chercheurs ont bon espoir qu'un jour ils élaboreront un vaccin efficace.

Un vaccin préventif idéal serait entièrement efficace contre le VIH, afin que les personnes vaccinées ne soient plus à risque de contracter cette infection. Par contre, le seul vaccin ayant démontré une certaine efficacité au cours d'un essai clinique, soit le vaccin primo-vaccination thaïlandais, ne possédait qu'un faible degré d'efficacité (de 26 % à 31 % selon l'analyse). Un vaccin qui offre un peu d'immunité (i.e. qui n'est pas entièrement efficace) pourrait présenter des avantages pour la santé publique, mais son faible degré d'efficacité pratique fait encore l'objet de discussions. Un vaccin qui n'est pas efficace à 100 % ne pourrait pas remplacer l'utilisation d'autres formes de prévention contre le VIH (p. ex. des rapports sexuels et l'injection de drogues plus sécuritaires). Le principal désavantage d'un vaccin n'offrant pas une immunité complète est le potentiel que les personnes vaccinées (ou leurs partenaires) pensent à tort qu'elles ne courent plus le risque de contracter le VIH, ce qui pourrait mener à une hausse des comportements à risque, et donc possiblement, à une augmentation des taux d'infection au VIH.

Les vaccins thérapeutiques n'empêchent pas l'infection. Ils sont plutôt conçus pour renforcer la réaction du système immunitaire des personnes séropositives, permettant ainsi de retarder ou d'empêcher l'apparition du sida. Il semble possible que, si un vaccin peut renforcer la

réaction du système immunitaire des personnes vivant avec le VIH, il pourrait aussi réduire les niveaux du virus dans le sang et le sperme, réduisant ainsi les risques de transmission. Il n'existe aucun vaccin thérapeutique contre le VIH dont l'utilisation a été homologuée, mais des essais cliniques sont en cours pour déterminer s'ils sont sécuritaires et efficaces pour traiter les personnes vivant avec le VIH. Malheureusement, le vaccin primo-vaccination thaïlandais n'a présenté aucun avantage thérapeutique pour étudier les participants ayant reçu le vaccin et qui ont été infectés lors de l'essai.

En juin 2004, Global HIV Vaccine Enterprise a été fondée avec le soutien de la Fondation Bill & Melinda Gates et de la National Institutes of Health des États-Unis. Global Enterprise est une alliance d'organismes indépendants, de gouvernements et d'intervenants à travers le monde s'efforçant d'accélérer le développement de vaccins préventifs contre le VIH. En février 2007, l'Initiative canadienne de vaccin contre le VIH a été fondée, une collaboration entre le gouvernement du Canada et la Fondation Bill & Melinda Gates.

5.3.5.3 Les microbicides

POINTS CLÉS

- ▶ Les microbicides peuvent prévenir la transmission par voie sexuelle du VIH lorsqu'ils sont appliqués topiquement ou utilisés comme suppositoires dans le vagin ou le rectum.
- ▶ Les microbicides de première génération n'ont fait preuve d'aucun succès lors des essais cliniques. Les microbicides contenant des antirétroviraux – microbicides de deuxième génération – sont actuellement les seuls microbicides à être testés lors d'essais réguliers.
- ▶ Lorsqu'ils seront disponibles, les microbicides devront faire partie d'une stratégie complète de programmes de prévention.

Les microbicides sont des produits capables d'empêcher la transmission par voie sexuelle du VIH et d'autres ITS lorsqu'ils sont appliqués topiquement. Une évaluation de divers microbicides offerts sous forme de gels, crèmes, suppositoires, films, éponges ou anneaux est en cours. Ces produits seraient appliqués topiquement dans le vagin ou le rectum ou insérés sous forme de suppositoire dans le vagin ou le rectum pour prévenir l'infection par le VIH et les ITS.

Les microbicides agissent de plusieurs manières pour empêcher l'infection. Certains pourraient former une barrière physique qui empêcherait le VIH et les autres agents causant des maladies (les pathogènes) d'atteindre les cellules ciblées. D'autres pourraient agir en maintenant dans le vagin un environnement protecteur (pH acide), tandis que d'autres encore pourraient détruire ou endommager les pathogènes.

Les chercheurs ont identifié un grand nombre de substances bon marché qui pourraient être combinées pour former un microbicide capable d'empêcher la transmission du VIH selon

l'une des méthodes décrites ci-dessus. Six de ces microbicides de première génération sont maintenant à l'étape d'essais cliniques d'envergure, mais aucun n'a réussi à empêcher l'infection au VIH. Trois de ces microbicides pourraient même avoir augmenté le risque de contracter le VIH en raison des dommages causés à la membrane muqueuse du vagin. Il n'y a actuellement aucun essai clinique d'envergure sur les microbicides conventionnels. Les chercheurs se penchent maintenant sur les microbicides de deuxième génération contenant des médicaments antirétroviraux. Les microbicides à base d'antirétroviraux peuvent être considérés comme un type de prophylaxie pré-exposition (PPrE) qui fait l'objet de la section 5.3.5.6.3.

Les microbicides pourraient fournir aux femmes un moyen de prévenir la transmission du VIH qui ne requiert pas la coopération du partenaire masculin. Les microbicides pourraient aussi présenter des avantages additionnels : les microbicides non-contraceptifs pourraient permettre aux femmes séronégatives et aux femmes séropositives de concevoir de façon plus sécuritaire avec moins de risques de contracter ou de transmettre le VIH.

Si les microbicides deviennent un jour une réalité, ils ne seront probablement pas entièrement efficaces. Une analyse coûts-avantages a démontré qu'un microbicide réduisant les risques d'infection de 40 % et couvrant 30 % d'une population pourrait prévenir environ trois millions de cas d'infection au VIH en trois ans au niveau mondial. Un tel microbicide n'offrirait toutefois pas une immunité complète et ne remplacerait donc pas la nécessité d'utiliser d'autres formes de prévention contre le VIH (p. ex. : des pratiques plus sécuritaires lors de rapports sexuels et d'injection de drogues). Le principal désavantage d'un microbicide n'offrant pas une protection complète est le potentiel que les personnes pensent à tort qu'elles ne courent plus le risque de contracter ou de transmettre le VIH lorsqu'elles utilisent un microbicide, ce qui pourrait mener à une hausse des comportements à risque. De plus, les microbicides n'ont aucune influence sur les autres modes de transmission, comme le partage des seringues. Par conséquent, lorsqu'ils seront disponibles, les microbicides devront faire partie d'une stratégie complète de programmes de prévention.

5.3.5.4 La circoncision masculine

POINTS CLÉS

- ▶ La circoncision masculine peut réduire jusqu'à 66 % les risques d'infection au VIH par le biais de rapports hétérosexuels chez les hommes.
- ▶ Au Canada, on ne conseille pas que la circoncision masculine devienne une initiative majeure.

La circoncision masculine est l'excision chirurgicale d'une partie du prépuce ou de tout le prépuce. Environ 30 % à 34 % des hommes adultes à l'échelle mondiale sont circoncis. La société canadienne de pédiatrie indique que la circoncision est une procédure « non-thérapeutique » (qui n'est pas médicalement nécessaire) pour les garçons nouveau-nés au

Canada. La circoncision des enfants de sexe masculin au Canada est passée d'environ 50 % en 1998 à environ 14 % en 2003.

Selon les données probantes suivantes, on estime que la circoncision masculine constitue une méthode de prévention contre le VIH partiellement efficace pour les hommes dans des relations hétérosexuelles, mais qu'elle n'est pas efficace chez les HRSH ou qu'elle n'est pas directement efficace pour réduire le taux de VIH chez les femmes. Les résultats de trois essais en Afrique ont démontré que la circoncision masculine peut réduire de 66 % les risques de contracter le VIH chez les hommes ayant des rapports hétérosexuels. Il existe plusieurs explications biologiques qui expliquent pourquoi la circoncision masculine pourrait réduire les risques d'infection au VIH chez les hommes hétérosexuels :

- La partie interne du prépuce contient plusieurs cellules immunologiques spéciales qui constituent des cibles de choix pour le VIH. Certaines d'entre elles sont enlevées avec le prépuce, tandis que les cellules restantes deviennent moins accessibles au VIH en raison de la cicatrisation.
- Les ulcères sur le prépuce provenant d'infections transmissibles sexuellement peuvent faciliter la transmission du VIH; enlever le prépuce réduit la probabilité de contracter ces infections.
- Le prépuce peut subir des abrasions ou des inflammations lors de rapports sexuels qui permettent au VIH de pénétrer plus facilement à travers la peau et s'introduire dans le corps.

Des études par observation suggèrent que la circoncision masculine peut aussi réduire l'incidence du VIH chez les partenaires sexuels féminins, cependant, lors d'un essai clinique africain sur la circoncision d'hommes infectés par le VIH, on n'a observé aucun effet protecteur contre la transmission du VIH à la partenaire féminine. Par contre, si le taux d'infection chez les hommes diminue, cela pourrait signifier qu'avec le temps, moins de femmes seraient exposées au VIH.

D'autres études par observation sur les effets de la circoncision masculine sur les populations d'HRSH ont donné des résultats contradictoires. On peut expliquer en partie ces résultats par le fait que les hommes dans ces relations peuvent être impliqués dans des rôles sexuels actifs ou passifs – l'infection au VIH risque davantage d'avoir lieu lors de relations sexuelles anales passives que lors de relations sexuelles anales actives et la circoncision n'aurait aucun effet sur la transmission au partenaire passif.

L'ensemble des données examinées a amené l'Organisation mondiale de la Santé et l'ONUSIDA à reconnaître la circoncision comme une intervention efficace accessible à la population pour la prévention du VIH chez les hommes à risque de contracter le VIH par le biais de rapports hétérosexuels. Ces organismes recommandent la circoncision dans les pays où il y a une forte prévalence du VIH et une faible prévalence de la circoncision. La circoncision masculine pour prévenir le VIH est en cours de déploiement dans plusieurs pays de l'Afrique orientale et méridionale. Cette stratégie présente de nombreux défis. Il se peut que certaines

populations l'acceptent difficilement et, par conséquent, l'intérêt pour la procédure pourrait être faible, ce qui limiterait son impact. On s'inquiète également du fait que la circoncision masculine pourrait être vue comme une « solution miracle » et engendrer une augmentation des comportements sexuels à risque élevé (p. ex. le refus d'utiliser le condom). La modélisation statistique suggère qu'une augmentation des comportements sexuels à risque après la circoncision pourrait en annuler tous les bienfaits. Par conséquent, la mise en œuvre de cette intervention de prévention doit faire partie d'un ensemble plus complet de programmes de prévention, dans lequel on continue de faire le dépistage du VIH et d'offrir du counseling, la promotion de pratiques sexuelles plus sécuritaires et la distribution de condoms. De plus, il est essentiel que la circoncision soit effectuée dans un environnement sécuritaire.

Étant donné qu'il n'existe aucune preuve convaincante que la circoncision masculine peut protéger les HRSH et les femmes, et qu'au Canada, l'épidémie n'est pas généralisée à toute la population, la mise en œuvre de politiques pour accroître la circoncision masculine n'est pas justifiée. La modélisation a démontré que la promotion de ce type d'intervention dans un contexte comme celui du Canada aurait des effets limités sur la santé publique. Par conséquent, dans le contexte canadien, ce type d'intervention n'est pas recommandé.

5.3.5.5 Le traitement des autres infections transmissibles sexuellement (ITS)

POINTS CLÉS

- ▶ Les infections transmissibles sexuellement (ITS) augmentent les risques de transmettre et de contracter le VIH.
- ▶ Le traitement des ITS doit être envisagé dans le cadre d'un programme complet de prévention.

Les ITS peuvent accroître les risques de contracter et de transmettre le VIH. En termes de vulnérabilité accrue, les ulcères génitaux causent des ruptures dans les membranes muqueuses génitales par lesquelles le VIH peut pénétrer. De plus, l'inflammation causée par les ITS augmente la concentration de cellules dans les tissus génitaux et rectaux qui peuvent servir de cellules cibles pour l'introduction du VIH dans le corps. En termes de transmission du VIH, la présence d'une ITS chez une personne séropositive peut augmenter la quantité de VIH dans les sécrétions génitales, ce qui augmenterait les risques de transmission du VIH.

Alors qu'on ne s'y attendait pas, trois essais cliniques comparatifs randomisés effectués en Afrique n'ont pas observé que la suppression de l'herpès génital, par le biais d'un traitement quotidien à l'acyclovir des personnes infectées par l'herpès, pouvait réduire les chances de contracter ou de transmettre le VIH. Ces résultats sont peut-être en raison de la faible observance du traitement quotidien à l'acyclovir ou parce que la dose du médicament n'était pas suffisante. De plus, quatre essais cliniques comparatifs randomisés ont également été effectués en Afrique afin d'évaluer les effets sur la transmission du VIH qu'auraient des stratégies améliorées de détection et de traitement des ITS symptomatiques ou des thérapies collectives périodiques des ITS dans une communauté. Seulement un essai a observé

une réduction considérable des nouveaux cas d'infection au VIH; cet essai a été mené dans un endroit où l'épidémie était moins bien établie et où il y avait des taux plus faibles de comportements à risque pour le VIH et des taux plus faibles d'ITS. Cela pourrait signifier que les bienfaits des services de traitement pour les ITS varient selon la phase de l'épidémie de VIH, et que l'efficacité diminue à mesure que l'épidémie s'établit. Par contre, les bienfaits du contrôle des ITS dans la réduction de la transmission du VIH nécessitent davantage de recherches.

Malgré le manque de preuves concluantes sur le traitement individuel de l'herpès et le traitement collectif des ITS au plan de la population, des initiatives devraient être développées pour accroître la détection et le traitement précoces des ITS dans le cadre d'une initiative exhaustive de prévention contre le VIH. Le dépistage des ITS et les programmes de traitement pourraient être offerts là où le taux de transmission est élevé et le dépistage du VIH devrait toujours être recommandé pour les personnes ayant une ITS. De plus, les programmes de prévention contre le VIH et les ITS devraient être mis en œuvre sous forme de modèle intégré.

5.3.5.6 Le traitement en tant qu'outil de prévention

La thérapie antirétrovirale pourrait jouer un rôle dans la réduction de la transmission du VIH des façons suivantes :

- traitement efficace des personnes infectées;
- prophylaxie post-exposition (PPE); et
- prophylaxie pré-exposition (PPRE).

5.3.5.6.1 Le traitement efficace des personnes infectées

POINTS CLÉS

- ▶ Le traitement efficace des personnes infectées peut réduire leur infectiosité et diminuer leurs risques de transmettre le VIH.
- ▶ Le VIH n'est pas éliminé du corps lors du traitement et le risque de transmission du VIH est donc encore possible.
- ▶ Le traitement à titre préventif peut constituer une approche importante à la prévention au plan de la population, mais ne peut pas remplacer les approches conventionnelles (p. ex. les condoms et les seringues stériles) au plan de l'individu.

L'un des facteurs influençant la transmissibilité du VIH par une personne séropositive est la quantité de VIH dans son corps. Des tests de charge virale peuvent être effectués pour déceler la quantité de VIH dans le sang d'une personne vivant avec le VIH – ces tests ont démontré que le traitement du VIH peut réduire le niveau de VIH dans le sang à des niveaux indétectables (le virus demeure toutefois présent – les tests ne peuvent le détecter). Comme la multithérapie

antirétrovirale réduit le VIH dans les voies génitales, le sperme et/ou le liquide rectal, elle réduit l'infectiosité sexuelle de la personne et, ainsi, les risques de transmettre le VIH.

Il y a par contre quelques éléments qu'il est important de noter. Certaines études ont démontré que le VIH *peut être* détecté dans les liquides génitaux de personnes dont la charge virale sanguine est indétectable. Si ces personnes ont des rapports sexuels non protégés avec un partenaire séronégatif ou une partenaire séronégative, car elles pensent avoir une charge virale indétectable, elles courent un plus grand risque de transmettre le VIH. Deuxièmement, de petites anomalies surviennent sporadiquement dans la charge virale de certaines personnes ayant une charge virale indétectable – cela pourrait mener à une augmentation du VIH dans le sperme, les liquides anaux et vaginaux, parfois sans que les personnes vivant avec le VIH s'en rendent compte. Cela pourrait entraîner un risque de transmission du VIH pendant des rapports sexuels non protégés. Enfin, les infections transmissibles sexuellement (ITS) sont aussi soupçonnées de faire augmenter la charge virale dans les liquides génitaux, ce qui pourrait influencer la possibilité de transmission du virus.

De plus, le traitement n'élimine pas le virus de l'organisme, les risques de transmission sont donc seulement *potentiellement* réduits et non pas éliminés. Par conséquent, il y a encore des risques d'infection lorsqu'une personne séronégative a des rapports sexuels non protégés avec une personne séropositive. C'est pourquoi le traitement comme outil de prévention n'est pas efficace au plan individuel. Par contre, il peut l'être au plan de la population. L'idée est que si suffisamment de personnes vivant avec le VIH sont diagnostiquées et traitées avec succès, on devrait observer une réduction de la quantité moyenne de virus circulant dans la communauté. Cette réduction de la charge virale moyenne, à travers de multiples expositions différentes au VIH au sein d'une population, pourrait entraîner une baisse de la transmission. La réduction du taux de transmission du VIH ne se produit que lorsque des groupes importants de personnes vivant avec le VIH sont traités avec succès. C'est pourquoi les experts n'envisagent de recourir à l'approche du traitement comme outil de prévention qu'au niveau des populations, et en conjonction avec les programmes conventionnels de prévention.

Si la multithérapie antirétrovirale peut être utilisée à titre préventif au plan de la population, on doit mettre en œuvre des mécanismes pour accroître le nombre de personnes en traitement. Il existe trois façons d'y arriver :

- accroître le nombre de personnes séropositives qui savent qu'elles sont infectées par le biais du dépistage
- améliorer l'accès à la multithérapie antirétrovirale des populations difficiles à rejoindre; et
- augmenter le niveau du compte des CD4+ à partir duquel une personne pourrait commencer la thérapie.

Le fait d'améliorer l'observance thérapeutique à la multithérapie antirétrovirale chez les personnes en cours de traitement peut aussi avoir une influence en veillant à ce qu'il y ait une diminution de la charge virale assez importante pour rendre la personne moins infectieuse.

Une couverture et une observance accrues impliqueraient des approches approfondies, exigeant beaucoup de personnel et d'innovations afin d'amener les populations mal desservies et dissimulées à fréquenter le système de soins de santé et à améliorer leurs chances de prendre correctement leurs médicaments, améliorant ainsi l'efficacité de la multithérapie antirétrovirale. En outre, cela pourrait comprendre le développement de traitements améliorés ayant moins d'effets secondaires et des mécanismes simplifiés d'administration (p. ex. les timbres).

Parmi les questions les plus controversées, il y a celle d'initier la thérapie avant qu'elle ne soit justifiée médicalement, uniquement pour protéger la population contre le VIH. Les personnes qui débutent leur traitement avant qu'il ne soit médicalement nécessaire peuvent potentiellement accroître les risques de mal le suivre, de souffrir de troubles virologiques, de mourir, de développer des effets secondaires et une résistance aux médicaments. Toutefois, la tendance actuelle est vers la mise sous traitement précoce pour le bien de la personne atteinte du VIH. Elle se base sur les résultats cliniques et sur la théorie voulant qu'à long terme l'inflammation chronique causée par le VIH puisse causer des dommages à l'organisme. Toutes les lignes directrices en matière de traitement s'accordent pour dire que le traitement devrait commencer avant que le compte de cellules CD4+ n'atteigne 350 cellules/mm³ au lieu d'attendre à ce qu'il tombe à 200 cellules/mm³, ce qui était auparavant la norme. Cependant, toutes les nouvelles lignes directrices ne s'entendent pas sur le compte de CD4+ à partir duquel les personnes séropositives devraient amorcer un traitement. Par exemple, deux nouvelles lignes directrices des États-Unis (Department of Health and Human Services et International AIDS Society US Panel) recommandent de commencer le traitement lorsque le compte de cellules CD4+ se situe entre 350 et 500 cellules/mm³. De plus, certains spécialistes recommandent d'amorcer un traitement lorsque le compte de cellules CD4+ est inférieur à 500 cellules/mm³. Les recommandations qui préconisent de débiter le traitement lorsque le compte de cellules CD4+ est inférieur à 350 cellules/mm³ se basent exclusivement sur des études par observation.

Certaines études ont suggéré que tout avantage potentiel sur la transmission du VIH dérivé de l'élargissement de la couverture de la multithérapie antirétrovirale pourrait être réduit par une augmentation des comportements à risque élevé, une réduction de l'observance de la multithérapie antirétrovirale et, par conséquent, l'augmentation des cas de virus pharmacorésistant.

En raison de la nouveauté de cet enjeu, il existe actuellement beaucoup de confusion dans la communauté au sujet de l'impact de la multithérapie antirétrovirale sur la transmission du VIH. Davantage de recherches et de dialogues sont nécessaires afin de bien comprendre les complexités de l'utilisation de la multithérapie antirétrovirale à titre de prévention.

5.3.5.6.2 La prophylaxie post-exposition (PPE)

POINTS CLÉS

- ▶ La PPE est la prescription de médicaments antirétroviraux contre le VIH après une exposition véritable ou présumée au VIH afin de prévenir l'infection.
- ▶ La PPE doit être administrée le plus rapidement possible, dans les 72 heures après l'exposition présumée au VIH.
- ▶ La PPE est un régime de quatre semaines de multithérapie antirétrovirale quotidienne.
- ▶ Il n'existe aucune donnée concluante sur le degré de protection de la PPE.
- ▶ La PPE est la norme de soins pour les travailleurs de la santé (exposition professionnelle) mais son utilisation est controversée pour l'exposition sexuelle et pour les autres types d'exposition comme les UDI.
- ▶ La disponibilité varie à travers le Canada pour les expositions non-professionnelles.
- ▶ La PPE n'est pas entièrement efficace et doit être envisagée dans le cadre d'un programme complet de prévention.

La prophylaxie post-exposition (PPE) est la prescription par ordonnance de médicaments antirétroviraux contre le VIH après l'exposition véritable ou présumée au VIH afin de prévenir l'infection. Lorsque le VIH infecte le corps, il y a un créneau, avant que le VIH ne se généralise dans tout le corps, pendant lequel certains types de médicaments antirétroviraux peuvent bloquer la réplication du VIH. La PPE vise à inhiber la première réplication du VIH pour empêcher que l'infection ne devienne chronique.

Pour des raisons d'ordre éthique, il n'y a pas encore eu d'essais cliniques comparatifs randomisés conçus pour déterminer si la prophylaxie post-exposition est efficace chez les personnes exposées au VIH. Cependant, une étude cas-témoin a fourni des preuves sur l'utilisation de la zidovudine (AZT) en monothérapie pour les cas d'exposition professionnelle (une blessure avec une seringue dans un environnement de soins de santé) pour réduire les risques d'infection par le VIH. Il n'existe aucune preuve directe venant appuyer l'utilisation de la multithérapie antirétrovirale, plutôt que la monothérapie, mais en raison du succès des multithérapies dans le traitement de l'infection au VIH, ces dernières sont généralement utilisées pour la PPE. Lors d'expériences sur des singes, la PPE était plus efficace lorsqu'elle commençait dans les 24 heures après l'exposition, mais les infections étaient parfois enrayerées lorsqu'elle commençait jusqu'à 72 heures après l'exposition. En raison de cette preuve, les lignes directrices suggèrent que la PPE commence idéalement dans les 24 heures après l'exposition, mais qu'elle peut être prescrite jusqu'à 72 heures après et doit être prise durant quatre semaines.

La PPE n'est pas entièrement efficace et on signale plusieurs cas de personnes ayant utilisé la PPE après avoir été exposées, qui sont devenues infectées. Des études ont estimé que

la PPE peut prévenir de 80 % à 90 % des infections par le VIH, mais ce ne sont que des estimations et chaque exposition comporte des risques différents selon la quantité de VIH présent, la vigueur du virus, le type d'exposition et la vigueur du système immunitaire de la personne exposée. Un délai prolongé entre l'exposition et le début du traitement PPE et une faible adhérence au traitement de la PPE pourraient en diminuer l'efficacité.

Parmi les risques possibles associés à la PPE, notons : la toxicité des médicaments, les interactions médicamenteuses, le développement et la transmission de souches du VIH pharmacorésistantes et l'efficacité réduite des mesures comportementales de prévention.

L'accessibilité à la PPE pour les expositions non-professionnelles varie à travers le pays. Même là où la PPE est disponible, il existe très peu de campagnes de promotion de la santé sur la PPE à titre de traitement préventif. Le coût élevé de la PPE, qui peut dépasser 1 000 \$ pour un traitement complet, pourrait également restreindre l'accès à la PPE. Cependant, les médicaments utilisés peuvent être couverts par certains régimes d'assurance privée et certains régimes d'assurance de santé publique au Canada. Par conséquent, les seules personnes qui bénéficient actuellement de cette intervention de prévention sont celles qui ont entendu parler de la PPE, peuvent payer le traitement et savent comment y avoir accès.

5.3.5.6.3 *La prophylaxie pré-exposition (PPrE)*

POINTS CLÉS

- ▶ La PPrE est l'utilisation de médicaments antirétroviraux contre le VIH avant l'exposition possible au VIH afin de réduire les risques de contracter le VIH.
- ▶ La PPrE comporte la prise régulière de médicaments antirétroviraux débutée avant l'exposition au VIH et poursuivie pendant toute la période de risque potentiel.
- ▶ Les médicaments antirétroviraux utilisés pour la PPrE peuvent se présenter sous forme de comprimés, d'un gel vaginal/rectal ou d'injections.
- ▶ Les microbicides contenant des antirétroviraux sont un type de prophylaxie pré-exposition.
- ▶ L'utilisation de la PPrE n'est autorisée nulle part dans le monde. Par contre, des essais sont en cours.

La prophylaxie pré-exposition (PPrE) est la prise régulière de médicaments antirétroviraux avant une exposition possible au VIH et qui se poursuit pendant toute la période de risque potentiel. Elle vise à réduire les risques d'infection en cas d'exposition au VIH. Les antirétroviraux utilisés dans la PPrE peuvent se présenter sous forme de comprimés pris par voie orale, d'un gel appliqué dans le vagin ou le rectum (aussi connu comme microbicide à base d'antirétroviraux) ou d'injections. Il existe plusieurs stratégies de posologie possibles

d'antirétroviraux, comme la prise quotidienne, intermittente/occasionnelle (plusieurs fois par semaine) ou avant et après les rapports sexuels.

Des études évaluant l'innocuité et l'efficacité de la PPrE sont encore en cours et il n'existe toujours pas de consensus sur le type de PPrE nécessaire pour prévenir l'infection ni sur le niveau de protection qu'elle offrirait. L'appui pour la PPrE provient d'études expérimentales sur des animaux et d'études démontrant que l'utilisation de médicaments antirétroviraux réduit la transmission de la mère à son enfant. Des résultats publiés lors de la Conférence 2010 sur le sida à Vienne ont fourni une validation de principe de la prophylaxie pré-exposition. Une étude appelée l'essai CAPRISA 004 a démontré qu'un gel vaginal contenant du ténofovir, appliqué avant et après les rapports sexuels, réduisait de 39 % les risques d'infection au VIH chez les femmes. Les femmes qui appliquaient le gel dans plus de 80 % des cas de rapports sexuels bénéficiaient d'un niveau de protection plus élevé, soit de 54 %. Davantage d'essais sont nécessaires pour confirmer ces résultats et également fournir plus d'information sur d'autres types de PPrE.

La PPrE offre quelques avantages théoriques par rapport à la PPE. La posologie de la PPrE ne nécessite pas que les personnes identifient les expositions à risques élevés (ce qui peut être problématique) et le traitement n'a pas besoin de commencer dans un délai critique après l'exposition. Même si l'utilisation de la PPrE n'est pas autorisée au Canada, il existe des rapports isolés d'utilisation non-autorisée dans la communauté en dehors des essais cliniques. Des études réalisées auprès de communautés gaies aux États-Unis suggèrent que la PPrE est utilisée, mais que son emploi est rare. Au Canada, une étude de petite envergure auprès de personnes subissant un test de dépistage pour le VIH dans une clinique d'ITS à Toronto n'a signalé aucun emploi de la PPrE. On s'inquiète toutefois qu'un usage non autorisé pourrait augmenter à mesure de la publication des résultats d'essais cliniques et de la plus grande connaissance de l'existence de la PPrE. La PPrE doit être prescrite par un médecin et il pourrait être dangereux de se procurer des antirétroviraux d'autres sources, comme par des amis, lors de fêtes ou en ligne.

En date d'août 2010, il y avait cinq essais d'efficacité d'envergure en cours sur la PPrE. Les principales stratégies à l'étude sont l'emploi quotidien d'un seul médicament appelé Viread qui contient du fumarate de ténofovir disoproxil (FTD), ou un médicament combiné appelé Truvada, qui combine le ténofovir et le FTC (emtricitabine). Un essai se penche sur le même gel de ténofovir évalué lors de l'étude CAPRISA 004, mais sur ses effets lorsqu'il est appliqué tous les jours plutôt qu'avant et après les rapports sexuels. Les chercheurs se sont concentrés sur ces médicaments en raison de leur innocuité éprouvée chez les humains pour le traitement du VIH et parce qu'ils demeurent longtemps dans la circulation sanguine, nécessitent une posologie quotidienne d'une seule dose et ont des profils uniques de résistance – ce qui veut dire que si une personne développe une pharmacorésistance au ténofovir ou FTD, elle pourra quand même utiliser de nombreux autres types d'antirétroviraux. Les essais cliniques effectués avec la monothérapie et la multithérapie permettront d'évaluer l'innocuité et l'efficacité des deux régimes et pourraient aider à déterminer le nombre optimal de médicaments nécessaires pour la PPrE.

De nombreuses questions devront être réglées avant que la PPrE puisse être utilisée comme stratégie de prévention. L'utilisation d'antirétroviraux pourrait mener au développement et à la transmission d'une souche de VIH pharmacorésistante. Pour réduire les risques de pharmacorésistance, on devra effectuer des tests réguliers de dépistage du VIH afin d'identifier les personnes infectées sous traitement PPrE et s'assurer qu'elles arrêtent la PPrE. De nombreux antirétroviraux ont des effets secondaires, dont certains sont assez toxiques, par conséquent, les avantages de la PPrE doivent l'emporter sur les coûts éventuels. L'observance pourrait également poser un défi pour de nombreuses personnes et une observance stricte sera probablement nécessaire pour que la PPrE prévienne l'infection au VIH – tel qu'observé lors de l'essai CAPRISA 004. L'utilisation de la PPrE peut aussi engendrer une hausse des comportements à risque à cause de la croyance erronée que la PPrE offrira une protection complète. Cette croyance erronée pourrait influencer de façon négative les taux d'infection malgré la protection accordée par la PPrE. D'autres enjeux impliquent les coûts associés à son utilisation, qui décide lorsque la PPrE peut être administrée (problèmes d'accès et de disponibilité) et les interactions médicamenteuses possibles, y compris avec les drogues illicites. Au Canada, la PPrE pourrait seulement constituer une stratégie viable pour les populations à très grand risque de contracter le VIH.

5.3.5.7 La prévention de la transmission mère à enfant

POINTS CLÉS

- ▶ Au Canada, la transmission du VIH mère à enfant est extrêmement rare.
- ▶ Si le VIH est diagnostiqué au tout début de la grossesse, la thérapie antirétrovirale est efficace pour empêcher la transmission au nouveau-né.
- ▶ Comme le VIH peut être transmis par le lait maternel, on recommande aux mères canadiennes séropositives de ne pas allaiter.
- ▶ La prévention de la transmission verticale doit être envisagée dans le cadre d'un ensemble complet de programmes de prévention.

Le VIH peut être transmis d'une mère à son enfant avant la naissance, lors du travail et de l'accouchement et par le lait maternel. En l'absence de thérapie préventive contre le VIH, entre 15 % et 30 % des bébés nés de femmes séropositives seront infectés par le VIH durant la grossesse et l'accouchement; de 5 % à 20 % de plus seront infectés par le lait maternel.

Entre 1990 et 2008, 2 366 bébés nés au Canada avaient été exposés périnatalement au VIH (avant ou juste après la naissance); de ces nouveau-nés, 6,4 % ont été diagnostiqués séropositifs. Entre 1997 et 2008 (ère de la multithérapie antirétrovirale), le taux de transmission général était de 3,5 %. Toutefois, il n'était que de 0,7 % chez les mères et les bébés sous traitement antirétroviral. En 2008, quatre bébés ont contracté le VIH, mais ni les mères ni les bébés n'avaient reçu une thérapie antirétrovirale pour prévenir la transmission.

La thérapie antirétrovirale est efficace pour empêcher la transmission du VIH si elle est utilisée tout au long de la grossesse. Toutefois, ceci n'est possible que si la mère a été diagnostiquée

avant ou durant les soins prénataux. Une série plus courte de traitements antirétroviraux avant l'accouchement sera moins efficace mais pourra réduire les risques de transmission. Dans les deux cas, la thérapie antirétrovirale est aussi administrée au bébé après sa naissance. On recommande aux femmes de ne pas allaiter et d'utiliser du lait maternisé. Enfin, si une femme reçoit une thérapie antirétrovirale optimale qui supprime complètement sa charge virale, elle pourrait avoir un accouchement vaginal (avec la césarienne comme solution de remplacement). On propose un accouchement par césarienne aux femmes ne recevant pas de thérapie antirétrovirale optimale. Conformément à la loi canadienne, une femme a le droit de prendre toutes les décisions thérapeutiques au nom de l'enfant à naître.

Au Canada, presque toutes les femmes enceintes ont accès à des soins prénataux, un moment opportun pour le counseling sur le dépistage du VIH. Par contre, il se peut que les groupes comme les UDI, les femmes immigrantes et les réfugiées ne reçoivent pas de soins prénataux adéquats. Afin de réduire le nombre de bébés séropositifs nés de mères qui ne savent pas qu'elles sont elles-mêmes séropositives, toutes les provinces et territoires canadiens ont établi des politiques universelles de dépistage pour les femmes enceintes. Ces politiques sont conçues pour accroître les probabilités que les médecins offrent le dépistage du VIH aux femmes enceintes. Quelques provinces offrent les approches « opt-in » tandis que d'autres offrent les approches « opt-out ». Dans les approches « opt-in », on offre généralement aux femmes du counseling avant le test de dépistage et elles doivent expressément consentir au test de dépistage du VIH. Dans les approches « opt-out », on avise les femmes qu'elles subiront un test de dépistage du VIH dans le cadre des tests de routine prénataux et qu'elles peuvent refuser le test.

Parmi les obstacles pouvant favoriser la transmission verticale, on compte le manque de soins prénataux, aucun test de dépistage du VIH au cours de la grossesse, la séroconversion non-diagnostiquée (nouvelle infection au VIH) au cours de la grossesse et aucun traitement antirétroviral et une thérapie sous-optimale au cours de la grossesse (p. ex. manque d'observance thérapeutique, commencement tardif des antirétroviraux).

5.4 LE DÉPISTAGE DU VIH ET LE COUNSELING

POINTS CLÉS

- ▶ Au Canada, environ 26 % des personnes vivant avec le VIH/sida ne savent pas qu'elles sont infectées.
- ▶ Plus le diagnostic du VIH est établi tôt, meilleures sont les chances d'améliorer ou de maintenir la santé.
- ▶ Lorsqu'elles ont reçu le diagnostic du VIH, les personnes ont beaucoup plus tendance à prendre les mesures nécessaires pour protéger leurs partenaires du VIH.

- ▶ On estime qu'environ 50 % des nouveaux cas d'infection au VIH sont transmis par quelqu'un à un stade précoce de son infection au VIH.
- ▶ Le besoin de faire la promotion du dépistage précoce et de mieux reconnaître les symptômes de la séroconversion du VIH se fait sentir.

En 2008, on estime que 16 900 personnes (26 %) vivant avec le VIH/sida au Canada ne savaient pas qu'elles étaient infectées. Le diagnostic précoce du VIH peut donner des avantages médicaux à la personne infectée. Ces avantages peuvent venir de la prophylaxie (traitement préventif) pour les infections opportunistes liées au sida, du traitement des ITS, du traitement pour la consommation de drogues et les troubles de santé mentale, de l'accès aux services sociaux et, au besoin, de l'utilisation de la multithérapie antirétrovirale. Le diagnostic précoce peut aussi avoir des conséquences positives sur la santé publique. Des recherches ont démontré que les personnes qui savent qu'elles sont infectées par le VIH ont plus tendance à prendre des mesures pour protéger leurs partenaires que lorsqu'elles ne le savent pas.

Le test pour le VIH est offert depuis 1985 au Canada. La politique de dépistage du VIH (2007) de l'Association médicale canadienne recommande du counseling avant et après le dépistage du VIH avec un consentement éclairé par écrit (participant). Au Canada, si le test est positif pour le VIH, il faut légalement aviser les responsables de la santé publique et tenter de retrouver et d'aviser tous les partenaires sexuels ou les personnes ayant consommé de la drogue avec la personne infectée qu'ils pourraient avoir été exposés à l'infection au VIH. Le nom de la personne ayant été diagnostiquée séropositive n'est pas fourni par les responsables de la santé publique, mais cette notification peut s'avérer un obstacle pour les personnes subissant le dépistage si elles savent que leurs partenaires seront avisés.

Au Canada, le dépistage du VIH est disponible sous trois formes :

1. **Le dépistage nominal** est la méthode la plus courante utilisée pour le dépistage du VIH. Le nom et les renseignements de base de la personne testée sont envoyés au laboratoire avec l'échantillon et les fournisseurs de services doivent légalement signaler les résultats séropositifs aux responsables de la santé publique.
2. **Le dépistage non-nominal** est semblable au dépistage nominal, sauf que le fournisseur de services utilise un code lorsqu'il envoie un échantillon. Les responsables de la santé publique ne sont avisés de l'identité de la personne testée que si le résultat est positif.
3. **Le dépistage anonyme** ne recueille aucune information sur l'identité de la personne testée. Seules les données épidémiologiques sont envoyées aux responsables de la santé publique, que le résultat soit positif ou négatif.

Le dépistage anonyme pourrait accroître le nombre de personnes acceptant de subir un test de dépistage du VIH et du counseling en raison de son caractère confidentiel. Les personnes faisant partie de groupes à risque élevé pourraient être plus susceptibles de subir un test de dépistage si le dépistage anonyme est offert, ainsi que celles qui n'accepteraient pas de se faire tester si le dépistage était nominal ou non-nominal.

Une autre façon d'encourager la participation serait d'introduire une approche de dépistage « opt-in ». Actuellement, dans la plupart des provinces et territoires, il n'y a pas de tests de routine pour le dépistage du VIH, sauf si la personne le demande (« opt-in »). Dans le cadre de dépistage de type « opt-out », les personnes subiraient un test de routine pour le dépistage du VIH dans le cadre de leur un examen de santé annuel, de prélèvement de sang dans un cadre hospitalier ou lors d'un dépistage prénatal, sauf si elles refusent expressément de se faire tester. Grâce à cette approche, de nombreuses personnes qui ne se considèrent pas nécessairement à risque élevé pour l'infection au VIH subiraient un test de dépistage. Elle permettrait donc d'identifier les personnes séropositives qui ne savent pas qu'elles le sont. Du counseling avant et après le test de dépistage serait tout de même nécessaire pour préparer les personnes à un résultat positif. Le fardeau accru que représente le counseling pour les professionnels de la santé pourrait constituer un obstacle à l'adoption du dépistage de type « opt-out ». Un autre obstacle est le coût pour le système de santé.

L'analyse hors laboratoire est un exemple d'initiative pour améliorer l'accès au dépistage. À l'automne 2007, le gouvernement ontarien a entamé le dépistage rapide du VIH par analyse dans 50 sites de dépistage anonyme, unités de santé publique, cliniques d'ITS et centres de santé communautaires à travers l'Ontario. Le dépistage rapide a accru le nombre de personnes subissant le dépistage du VIH pour de nombreuses raisons :

- Il est rapide, il suffit de 20 minutes pour obtenir le résultat du test, y compris le counseling avant et après le test.
- Il est anonyme, ce qui est tout particulièrement important pour les personnes craignant que leur état sérologique relativement au VIH soit connu.
- Il est gratuit.

Il faut cependant tenir compte du fait que le dépistage rapide fait croître la demande chez les organismes offrant ce service et pourrait aussi faire croître la demande chez les organismes offrant des services aux personnes vivant avec le VIH/sida (en raison d'une augmentation du nombre de personnes qui savent qu'elles sont infectées), organismes qui nécessiteront davantage de financement.

Il est important d'encourager les tests de dépistage au VIH pour essayer de réduire le nombre de personnes qui sont diagnostiquées aux phases avancées de l'infection. Les personnes diagnostiquées tard sont plus susceptibles de transmettre le VIH à leurs partenaires, surtout si elles ne pratiquent pas le sécurisexe ou d'autres méthodes de réduction des méfaits. Un diagnostic tardif implique que les personnes sont plus susceptibles de développer des co-infections parce que leur système immunitaire est gravement affaibli. Outre l'impact personnel d'une mauvaise santé, il existe des répercussions financières, car il se peut que la personne doive être hospitalisée ou recevoir des soins actifs pour traiter des infections qui auraient pu être évitées si elle était sous thérapie antirétrovirale.

5.5 LE TRAITEMENT, LES SOINS ET LE SOUTIEN POUR LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

5.5.1 Le traitement du VIH

POINTS CLÉS

- ▶ La multithérapie antirétrovirale a réduit la morbidité et la mortalité associées au VIH/sida.
- ▶ Le débat se poursuit concernant le meilleur moment pour commencer un traitement contre le VIH.

Lorsque les nouvelles pharmacothérapies (multithérapie antirétrovirale) sont devenues disponibles au milieu des années 90, elles ont révolutionné le traitement du VIH, car on a observé une réduction importante du nombre de maladies dont souffraient les personnes vivant avec le VIH/sida et une augmentation de leur survie. La multithérapie antirétrovirale a permis à de nombreuses personnes de retourner au travail et de mener une vie bien remplie. La thérapie antirétrovirale ne guérit cependant pas du VIH.

Depuis l'avènement de la multithérapie antirétrovirale efficace qui se compose d'un minimum de trois médicaments provenant d'au moins deux catégories (groupes) de médicaments, les chercheurs ont beaucoup appris sur la meilleure façon de traiter le VIH et le traitement est passé de la gestion des maladies opportunistes liées au sida à la suppression maximum du virus. Le principal objectif de la thérapie antirétrovirale est de réduire le plus possible la réplication du VIH afin de permettre au système immunitaire de se réparer lui-même. Dans les pays à revenu élevé, il existe six catégories d'agents anti-VIH autorisés :

- les inhibiteurs nucléosidiques et nucléotides de la transcriptase inverse (INTI et INtTI);
- les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI);
- les inhibiteurs de protéase;
- les inhibiteurs de fusion;
- les antagonistes des co-récepteurs CCR5; et
- les inhibiteurs de l'intégrase

Le débat se poursuit quant au meilleur moment pour commencer la multithérapie antirétrovirale au cours de l'infection par le VIH. Après l'introduction de la multithérapie antirétrovirale, certains spécialistes croyaient que commencer un traitement efficace très tôt pourrait réduire les risques de progression de la maladie et possiblement même supprimer complètement le virus. Mais en raison des effets secondaires à long terme et de l'admission que l'éradication complète du VIH est peu probable avec les médicaments actuellement

disponibles, on s'efforce plutôt de retarder le traitement jusqu'à ce que la détérioration du système immunitaire soit décelable.

Les preuves fournies par de récentes recherches suggèrent cependant un retour à la notion qu'un traitement précoce pourrait être plus bénéfique. Quand une infection au VIH n'est pas traitée, le virus semble faire vieillir de façon prématurée les vaisseaux sanguins et les personnes présentent un risque accru de développer des cancers, de souffrir de dommages neurologiques et de dommages au cerveau associés au VIH. De nos jours, les régimes antirétroviraux les plus courants en début de traitement se tolèrent bien mieux et semblent avoir moins tendance à causer des complications à long terme. Toutes les lignes directrices en matière de traitement s'accordent pour dire qu'on devrait commencer le traitement avant que le compte de cellules CD4+ soit inférieur à 350 cellules/mm³ au lieu de 200 cellules/mm³, ce qui était auparavant la norme. Cependant, toutes les nouvelles lignes directrices ne s'entendent pas sur le compte de CD4+ à partir duquel les personnes séropositives devraient amorcer un traitement. Par exemple, deux nouvelles lignes directrices des États-Unis (Department of Health and Human Services et International AIDS Society US Panel.) recommandent de commencer le traitement lorsque le compte de cellules CD4+ se situe entre 350 et 500 cellules/mm³. De plus, certains spécialistes recommandent d'amorcer un traitement lorsque le compte de cellules CD4+ est inférieur à 500 cellules/mm³. Ces recommandations qui préconisent de débiter le traitement lorsque le compte de cellules CD4+ est inférieur à 350 cellules/mm³ se basent exclusivement sur des études par observation. Un essai clinique comparatif randomisé appelé l'étude START est en cours pour observer s'il existe ou non des avantages médicaux à commencer un traitement précoce. Si le traitement précoce a un impact positif pour la personne vivant avec le VIH et pour la prévention de la transmission, certains préconisent le développement de programmes qui « recherchent » plus proactivement des personnes admissibles au traitement et leur font entamer une thérapie antirétrovirale.

Un démarrage précoce du traitement amène cependant son lot de désagréments et de coûts, la possibilité d'une moins bonne qualité de vie en raison des effets secondaires s'étalant sur une plus longue période et le risque d'épuiser les médicaments disponibles si les personnes traitées développent une résistance aux médicaments. De plus, il existe encore bien peu de preuves qu'un traitement précoce présente des avantages à long terme en ce qui a trait au ralentissement de la progression de la maladie ou à une survie plus longue.

5.5.2 L'observance thérapeutique

POINTS CLÉS

- ▶ Un traitement efficace avec les médicaments antirétroviraux nécessite une observance thérapeutique à long terme.
- ▶ Les interruptions dans la prise des médicaments peuvent avoir des conséquences néfastes pour la santé.
- ▶ Le manque d'observance thérapeutique peut mener à la pharmacorésistance et à l'échec de la pharmacothérapie.

Un traitement efficace avec les médicaments antirétroviraux nécessite une observance thérapeutique à long terme c'est-à-dire une adhérence totale à l'horaire de prise de médicament et au dosage. La multithérapie antirétrovirale donne une réponse optimale lorsque le patient suit son traitement à la lettre. Les taux d'observance inférieurs à 95 % ont été associés à une suppression médiocre de la charge virale du VIH et à une faible réduction du compte de CD4+.

Des données démontrent que les variables ayant l'impact le plus élevé sur l'observance thérapeutique incluent la complexité du régime posologique, les effets secondaires, la "lutte contre la fatigue" causée par l'utilisation à long terme et les tentatives des patients de régler des problèmes en modifiant la posologie ou l'administration des médicaments. Les perceptions erronées et le manque de confiance en l'efficacité de la médication s'ajoutent à ces problèmes. Les femmes font face à des obstacles uniques en ce qui a trait à la garde d'enfants, au manque de soutien du partenaire et au comportement de leurs pairs et des membres de leur famille. Parmi les variables sociales influençant l'observance, la stigmatisation et la peur du dévoilement ont les effets les plus négatifs.

La non-observance peut faire augmenter la charge virale et diminuer le compte de cellules CD4+, ce qui peut mener à l'échec des médicaments et à un plus grand risque de morbidité (maladies) et de mortalité (décès). De plus la non-observance peut causer la pharmacorésistance, ce qui peut réduire les options de traitement futures en raison de la résistance du virus.

Il est reconnu que pour que le traitement soit efficace, les interventions pour améliorer l'observance à la multithérapie antirétrovirale doivent être personnalisées, comporter de multiples facettes et être répétitives. Parmi les interventions fréquemment utilisées, on compte les directives posologiques personnalisées avec des photos des médicaments, les piluliers (p. ex. des contenants pour pilules de sept jours), les suivis plus fréquents et les séances d'éducation spéciale sur l'observance thérapeutique données par des membres de l'équipe de soins (infirmières, pharmaciens, travailleurs sociaux, intervenants en santé communautaire ou pairs-éducateurs). Au sein de certaines populations, comme les consommateurs de drogues, l'utilisation du traitement directement observé (TDO) pour la multithérapie antirétrovirale s'est traduite par des améliorations considérables dans l'observance du traitement et dans la suppression virale. Le TDO implique que l'administration des

médicaments se fait en présence d'une autorité nommée. Semblable au TDO, la thérapie maximale assistée (TMA) est utilisée pour encourager l'observance des patients du centre-ville est de Vancouver et d'ailleurs. Le programme de TMA offre de l'aide de façon continue lors de la prise de la multithérapie antirétrovirale et d'autres médicaments. Son objectif est d'améliorer l'observance du traitement antirétroviral en adoptant une attitude se fondant sur l'acceptation, l'encouragement, le counseling, l'éducation sur le VIH et la santé et l'intervention auprès des clients à la maison, au besoin.

5.5.3 Pharmacorésistance

POINTS CLÉS

- ▶ La pharmacorésistance peut être transmise.
- ▶ Le manque d'observance peut mener à la pharmacorésistance.
- ▶ La pharmacorésistance est l'une des principales raisons de l'échec de la pharmacothérapie.

Les risques élevés de développement d'une pharmacorésistance du VIH proviennent de la capacité du virus à muter facilement et fréquemment. Une mutation est un changement dans l'ARN du virus qui peut influencer la capacité du virus à se reproduire. Les mutations peuvent aussi influencer la façon dont le virus réagit à un médicament. Lorsque la quantité de médicaments anti-VIH chute sous le niveau nécessaire pour maîtriser la reproduction du VIH, comme c'est le cas lors de la non-observance, les médicaments ne peuvent réprimer adéquatement le VIH. Il se peut que certains médicaments soient efficaces contre la souche originale, ou « sauvage », mais ne le soient pas contre la souche du VIH ayant émergé par le processus de mutation. Avec le temps, la souche du VIH mutant devient le type dominant dans le corps parce que le médicament n'est plus efficace. Si le VIH développe une résistance à un médicament, il pourra aussi développer une résistance à d'autres médicaments de la même catégorie, peu importe si la personne a déjà pris ou non ces médicaments. C'est ce qu'on appelle la « résistance croisée ». La résistance peut être partielle ou complète. En cas de pharmacorésistance partielle, le médicament peut rester efficace, mais à un degré moindre. Différents types de tests de résistance sont disponibles pour déterminer si le virus d'un patient a développé une pharmacorésistance; les tests du génotype et du phénotype virtuel sont couramment utilisés.

Lorsque le virus d'un patient est devenu résistant à un médicament en particulier ou à un groupe de médicaments, ces derniers ne doivent plus être utilisés afin d'éviter une pharmacorésistance plus grave et parce que le médicament ne peut plus empêcher la réplication du virus. Une exception notable est le virus avec la mutation M184V, qui cause une résistance à la Lamivudine (3TC) et à l'emtricitabine (FTC). Comme cette mutation ralentit le virus et le rend plus vulnérable à quelques autres médicaments anti-VIH, les médecins choisissent parfois de maintenir les patients sur ces médicaments malgré leur résistance.

Les choix de traitement deviennent de plus en plus limités à mesure que le virus développe une résistance aux différents médicaments, soulignant ainsi l'importance de l'observance thérapeutique et de la gestion des effets secondaires. Pour les survivants de longue date dont le virus est résistant à presque tous les médicaments existants, l'autorisation récente de nouvelles catégories de médicaments est très importante. Malgré tout, la puissance de ces nouveaux médicaments est parfois contrebalancée par la fragilité de leur « seuil de résistance » – ce qui veut dire qu'un médicament très puissant peut parfois devenir inefficace après une seule mutation virale. Qu'un médicament ait ou non un seuil de résistance élevé dépend souvent de la catégorie à laquelle il appartient. Les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) et les inhibiteurs d'intégrase ont généralement un seuil bas et les inhibiteurs de protéase un seuil plus élevé.

La transmission du VIH pharmacorésistant est de plus en plus courante dans les pays où les antirétroviraux sont facilement disponibles. La transmission de la pharmacorésistance peut survenir lorsqu'une personne devient infectée par le VIH (« pharmacorésistance primaire ») ou dans le contexte d'une « surinfection », quand le virus pharmacorésistant est transmis d'une personne séropositive à une autre, compliquant et limitant ainsi les options de traitement pour la personne ré-infectée. Selon les Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida de 2007 publiées par l'Agence de la santé publique du Canada, la prévalence de la pharmacorésistance primaire à au moins un médicament antirétroviral est de 9,1 % au Canada. Bien qu'on ait signalé quelques cas, on n'en sait peu sur la surinfection.

5.5.4 Les effets secondaires

POINTS CLÉS

- ▶ L'utilisation d'une thérapie antirétrovirale peut causer des effets secondaires à court et à long terme allant de mineurs à potentiellement mortels.
- ▶ Bien que certains effets secondaires puissent être gérés avec succès, d'autres peuvent nécessiter un changement de traitement.

Comme avec toute médication, la thérapie antirétrovirale peut causer des effets secondaires de mineurs à potentiellement mortels (dans de rares cas). Les effets secondaires peuvent être à court terme, se dissipant après une certaine période, ou à long terme, comme la lipodystrophie et d'autres complications métaboliques. Parmi les effets secondaires à court terme, notons : les nausées, la diarrhée, les maux de tête et les éruptions cutanées; ils finissent pas disparaître ou diminuer habituellement un à deux mois après le début de la thérapie. Différentes stratégies peuvent être utilisées pour gérer ces symptômes et améliorer la qualité de vie, allant des solutions pharmaceutiques aux herbes médicinales. Certains effets secondaires à long terme, comme l'augmentation des lipides sanguins (graisses) ou la résistance à l'insuline, peuvent nécessiter des modifications majeures au mode de vie ou

l'utilisation des médicaments. D'autres effets secondaires à long terme, telle que la lipodystrophie, restent sans solution immédiate ou facile d'accès.

Les effets secondaires jouent un rôle important au moment de choisir un traitement. Les effets secondaires à court terme sont généralement courants avec tous les médicaments, tandis que d'autres effets secondaires peuvent être spécifiques au médicament ou à la catégorie de médicaments. Le choix des antirétroviraux dépendra souvent du mode de vie d'une personne, des antécédents médicaux de sa famille et de ses préférences personnelles. Malgré toutes les connaissances que nous avons de ces médicaments, chaque personne y réagit différemment, et ce qui convient à une personne ne convient pas nécessairement à une autre. Les effets secondaires intolérables doivent être pris au sérieux, étant donné qu'ils peuvent mener à la non-observance et nécessiter un changement de traitement, en supposant que d'autres options de traitement sont disponibles.

5.5.5 Le VIH et les co-infections

POINTS CLÉS

- ▶ Les co-infections les plus courantes comprennent le VHB, le VHC, la tuberculose, les infections à l'herpès et l'infection au papillomavirus.
- ▶ Les co-infections compliquent la gestion du VIH et son traitement.

Certaines infections peuvent se déclarer chez les personnes vivant avec le VIH, même si leur compte de CD4+ est adéquat. Les co-infections peuvent compliquer la gestion du VIH et son traitement. D'autre part, le VIH peut également compliquer le traitement des co-infections.

L'hépatite B est une infection virale du foie causée par le virus de l'hépatite B (VHB). Un vaccin est disponible pour le VHB. Le VHB peut causer des dommages au foie, cependant, de nombreuses personnes atteintes du VHB se débarrassent de l'infection par elles-mêmes. Des tests sanguins déterminent si une personne est infectée activement. Si c'est le cas, il existe des médicaments antirétroviraux pour le traitement du VHB, mais il n'est pas encore clair quel est le meilleur traitement. Les personnes sous traitement vivant avec le VIH et le VHB doivent faire surveiller étroitement leur traitement en raison des risques de pharmacorésistance.

L'hépatite C est une infection virale du foie causée par le virus de l'hépatite C (VHC). Il n'y a souvent aucun symptôme associé à l'infection au VHC et des tests sanguins sont nécessaires pour déterminer l'infection. Le VHC peut causer des dommages au foie et, à long terme, possiblement le cancer du foie. Il n'existe aucun vaccin disponible pour le VHC, mais si le traitement est nécessaire, il existe une association de médicaments antirétroviraux. Le traitement du VHC est complexe et peut durer plusieurs mois (jusqu'à un an) en fonction des résultats d'analyses sanguines régulières. Malheureusement, le traitement du VHC est

souvent très désagréable et peut s'accompagner d'effets secondaires difficiles à gérer. Même après un régime d'antirétroviraux à long terme, le succès du traitement n'est pas garanti.

La tuberculose est une infection pulmonaire causée par une bactérie appelée *Mycobacterium tuberculosis*. Afin de déterminer si une personne a été exposée à la tuberculose, on effectue un test cutané. La tuberculose peut causer de la fièvre, des frissons, des problèmes à respirer et une perte de poids; elle peut également devenir mortelle si elle n'est pas détectée et traitée adéquatement. Le traitement de la tuberculose peut s'étendre sur plusieurs mois et les médicaments varient si l'infection est « active » ou non. Pour les personnes sous traitement pour la tuberculose, il importe de savoir que la tuberculose pharmacorésistante est en progression et, par conséquent, il est essentiel de suivre le traitement à la lettre.

Les infections à l'herpès sont courantes, elles sont transmises à la fois par le biais de contacts physiques et de rapports sexuels. L'herpès simplex décrit le virus qui cause les feux sauvages ou les plaies douloureuses sur les parties génitales. Le virus varicelle-zona décrit l'infection qui cause généralement la varicelle et le zona.

Chez une personne avec un système immunitaire en santé, une infection à l'herpès demeure sous contrôle. Lorsque le stress déclenche une éruption de plaies herpétiques, ces dernières peuvent durer de 7 à 10 jours ou plus. Pour les personnes vivant avec le VIH et ayant un compte de cellules CD4+ faible, les éruptions d'herpès peuvent survenir plus fréquemment et durer plus longtemps. Les personnes ayant un compte de cellules CD4+ inférieur à 100 courent plus de risques de développer des infections herpétiques sur tout le corps et au cerveau. Des médicaments antirétroviraux sont disponibles pour les personnes souffrant d'éruptions fréquentes (peu importe leur compte de CD4+) afin de bloquer le virus de l'herpès.

L'infection au papillomavirus est plus courante qu'on ne le croit. Environ 75 % des Canadiens sont actuellement porteurs du papillomavirus, mais la plupart n'en montreront jamais aucun signe ni symptôme, de telle sorte qu'ils transmettront probablement le virus sans le savoir. Il existe plus de 150 types de papillomavirus dont 30 peuvent infecter les voies génitales par le biais de contacts peau à peau et de rapports sexuels.

Pour comprendre comment les vaccins contre le papillomavirus agissent, il est utile de savoir que les génotypes 6 et 11 du papillomavirus peuvent causer des verrues ano-génitales. D'autres génotypes, plus fréquemment les génotypes 16 et 18, peuvent causer des lésions précancéreuses et des cancers touchant plus couramment le col de l'utérus et la vulve chez les femmes et l'anus chez les hommes et les femmes, et (très rarement) le pénis chez les hommes.

En raison du fait que le papillomavirus et le VIH sont transmis sexuellement, la co-infection par ces deux virus est courante. Les femmes vivant avec le VIH doivent se soumettre régulièrement à des tests Pap et les hommes à des tests Pap anaux et rectaux, s'ils sont disponibles. Pour les personnes vivant avec le VIH, les verrues génitales peuvent souvent être plus difficiles à traiter et peuvent accroître les risques de développer certains types

de cancers. Des suivis réguliers sont la meilleure façon de s'assurer que tout problème est détecté et traité aussitôt que possible.

5.5.6 Le VIH et le vieillissement

POINTS CLÉS

- ▶ Les personnes vivant avec le VIH/sida vivent plus longtemps grâce aux progrès dans le traitement du VIH.
- ▶ La gestion de l'infection au VIH devient plus complexe à mesure que les personnes vieillissent.

En raison des progrès cliniques considérables dans le domaine des soins et du traitement des personnes vivant avec le VIH/sida, l'espérance de vie a connu une nette amélioration. On estime qu'environ 9 % des personnes vivant avec le VIH sont âgées de plus de 50 ans au Canada et on s'attend à ce que ce pourcentage augmente au cours de la prochaine décennie, principalement à cause de la plus grande espérance de vie résultant de la multithérapie antirétrovirale, mais aussi en raison des nouveaux diagnostics (Se référer à la section 3.2.7).

Par contre, la gestion de l'infection au VIH devient plus complexe à mesure que les personnes vieillissent. Avec l'âge, le système immunitaire fonctionne moins bien. Le thymus rétrécit, produisant moins de cellules CD4+ et le système immunitaire prend plus de temps à réagir aux infections. Des recherches ont démontré que le VIH progresse plus rapidement chez les personnes plus âgées que chez les plus jeunes. Pourtant des études ont conclu que lorsque les personnes plus âgées sont en traitement, elles semblent mieux réagir à la thérapie que les plus jeunes (ce qui peut être causé par une meilleure observance thérapeutique).

Le dépistage chez les personnes séropositives âgées de plus de 50 ans doit comprendre des tests comme la densité osseuse, la glycémie à jeun, le profil lipidique, le fonctionnement des reins, la pression artérielle, un test anal et un test vaginal Pap, le dépistage du cancer colorectal, et, chez les hommes, le dépistage du cancer de la prostate, et, chez les femmes, un examen mammographique et pelvien.

Outre les risques de développer une maladie cardiovasculaire qui augmentent avec l'âge, il a été démontré qu'être séropositif et en traitement sont des facteurs de risque pour le développement d'une maladie cardiovasculaire. Des changements au mode de vie et aux médicaments peuvent être nécessaires.

La densité osseuse diminue avec l'âge, ce qui cause l'ostéopénie et l'ostéoporose. Les personnes vivant avec le VIH, en traitement ou non, présentent des taux plus élevés de troubles osseux comparé à la population générale : jusqu'à un tiers des personnes vivant avec le VIH souffrent d'ostéopénie. Il est donc important qu'elles connaissent les stratégies pour gérer

ou prévenir la perte de densité osseuse, tels les suppléments de calcium et de vitamine D et les exercices de port de poids.

Les risques de développer des cancers liés ou non au sida augmentent avec l'âge. Une importante étude a démontré que les décès dus aux cancers non spécifiques au sida sont devenus plus courants que les décès dus aux cancers spécifiques au sida chez les personnes séropositives en traitement pour le VIH. Parmi les cancers non liés au sida observés chez la population séropositive, on retrouve les cancers de la peau, des poumons et de la prostate. Le développement du cancer rectal semble être lié au VIH et au papillomavirus. Le cancer du foie est observé chez les personnes séropositives co-infectées par l'hépatite C. La prévention de ces cancers met l'accent sur le maintien à un niveau élevé du compte de cellules CD4+ et sur la réduction des facteurs de risque connus des autres cancers.

Il semble y avoir un lien entre le traitement du VIH et le diabète. Pour la population générale, un meilleur régime alimentaire et davantage d'exercices sont le traitement de premier recours pour les niveaux anormaux de glycémie.

La ménopause n'est pas bien étudiée chez les femmes séropositives. Il a par contre été démontré que la ménopause peut survenir de façon plus précoce dans cette population.

Le taux de troubles neurocognitifs graves associés au VIH est à la baisse depuis que des traitements efficaces contre le VIH sont disponibles. Cependant, l'âge et les antécédents de consommation de drogues augmentent les risques de démence non liée au VIH.

Des problèmes sexuels et une faible libido peuvent toucher les hommes et les femmes à mesure qu'ils vieillissent, mais le VIH et les effets secondaires des médicaments anti-VIH peuvent aussi jouer un rôle.

À long terme, vivre avec le VIH peut aussi engendrer des problèmes de santé mentale comme la dépression, des problèmes de qualité de vie comme l'isolement ainsi que des problèmes financiers liés à un revenu restreint.

Les effets secondaires qui accompagnent le traitement contre le VIH ne semblent pas être plus courants, mais ils sont plus graves chez les personnes plus âgées. Il se peut que la toxicité des médicaments soit plus forte chez les personnes plus âgées à cause du ralentissement des fonctions des reins et du foie qui survient avec l'âge. La posologie des médicaments anti-VIH peut devenir un problème, surtout à cause du fait que les personnes plus âgées perdent parfois du poids ou que leurs niveaux d'hormones et leur métabolisme peuvent changer. Les effets secondaires peuvent aussi être influencés par des médicaments autres que ceux pour le VIH à cause des interactions médicamenteuses.

5.5.7 L'approche holistique au traitement

POINTS CLÉS

- ▶ Les thérapies complémentaires sont utilisées pour améliorer le bien-être général, réduire les symptômes et gérer les effets secondaires.

Avant l'introduction des thérapies antirétrovirales, on utilisait principalement les thérapies complémentaires pour stimuler l'immunité et prévenir les infections opportunistes liées au sida. Depuis l'introduction de la multithérapie antirétrovirale pour gérer efficacement l'infection au VIH, les thérapies complémentaires sont utilisées pour améliorer le bien-être général, réduire les symptômes et gérer les effets secondaires de la multithérapie antirétrovirale. Non seulement elles sont intéressantes en raison de leurs bienfaits possibles, mais aussi parce qu'elles ont un rôle à jouer dans une approche plus holistique qui tient compte de l'âme et de l'esprit autant que du corps.

Les personnes vivant avec le VIH utilisent toute une gamme de thérapies complémentaires. La plupart des études ont démontré que les suppléments nutritifs sont très populaires, y compris les vitamines, les minéraux et les antioxydants. En plus des thérapies nutritionnelles, les personnes indiquent qu'elles ont recours à diverses formes de massages et de médecine pour l'esprit et le corps ainsi qu'à une gamme d'herbes médicinales. Les thérapies complémentaires combinées aux médicaments conventionnels font naître de nouveaux enjeux quant à la possibilité d'interactions indésirables. Ces interactions peuvent engendrer une augmentation des effets secondaires et/ou de la toxicité. Elles peuvent aussi réduire l'efficacité de la multithérapie antirétrovirale, et causer possiblement une pharmacorésistance et l'échec du traitement.

5.5.8 Interactions médicamenteuses

POINTS CLÉS

- ▶ Les médicaments sur ordonnance, les médicaments non prescrits (grand public) ou les drogues à usage récréatif, les produits à base d'herbes médicinales ou les produits alimentaires peuvent causer des interactions médicamenteuses.
- ▶ Les interactions médicamenteuses peuvent causer des surdoses graves ou mortelles de certains médicaments, ou peuvent faire chuter les niveaux de médicaments trop bas pour empêcher la réplication du VIH, engendrant la pharmacorésistance.
- ▶ Il est important que les fournisseurs de soins de santé soient au courant de tous les autres médicaments ou produits que le patient prend afin d'éviter toute interaction.

Parmi les types de médicaments les plus susceptibles de causer des interactions avec la multithérapie antirétrovirale, on compte certains médicaments antifongiques, certains antibiotiques, les agents antiacides et certains médicaments pour prévenir les convulsions. Outre ces derniers, d'autres médicaments peuvent causer des interactions comme les médicaments pour traiter la dépression, certains antihistaminiques, les médicaments pour maîtriser le rythme cardiaque, certains analgésiques dérivés de l'opium, certains sédatifs, les anticoagulants, la méthadone et la buprénorphine, les médicaments pour traiter le dysfonctionnement érectile (comme le Viagra) et certains médicaments pour traiter la tuberculose, surtout la rifampicine. De plus, certains antirétroviraux peuvent réduire l'efficacité des contraceptifs oraux et causer des grossesses non désirées.

La consommation de drogues illicites ou de drogues communément appelées les « drogues de viol » peuvent aussi causer des interactions avec les médicaments anti-VIH. Il existe peu d'études concernant ces types d'interactions, mais on a signalé des surdoses et des décès causés par la consommation de drogues illicites combinées à la multithérapie antirétrovirale.

Très peu de recherches ont été effectuées sur les interactions entre les produits à base d'herbes médicinales et les médicaments antirétroviraux. Les lignes directrices du traitement indiquent que le millepertuis ne doit pas être pris en conjonction avec tout inhibiteur de protéase ou tout inhibiteur non-nucléosidique de la transcriptase inverse.

Les fournisseurs de soins de santé doivent être au courant de tous les médicaments – sous ordonnance, grand public et drogues illicites – ainsi que des produits à base d'herbes médicinales et des suppléments que les personnes vivant avec le VIH utilisent, afin de les conseiller pour éviter les interactions médicamenteuses. Une récente étude effectuée en Ontario a découvert qu'environ 77 % des patients avaient signalé qu'ils utilisaient une certaine forme de médecine complémentaire et parallèle. Malgré la fréquence du recours aux médecines complémentaires et parallèles, 53 % des participants n'en signalent pas l'utilisation à leur médecin traitant. Dans plus de 90 % des cas où le médecin traitant n'était pas au courant les patients ont signalé que le médecin ne leur avait posé aucune question à ce sujet. Étant donné les risques de réactions indésirables et d'interactions médicamenteuses liés à la médecine complémentaire et parallèle et à la consommation de drogues, il est essentiel que le médecin en soit informé afin d'optimiser les soins aux patients. Par conséquent, il est crucial que le médecin traitant et le patient prennent des mesures pour améliorer la communication sur la médecine complémentaire et parallèle et la consommation de drogues dans un environnement médical conventionnel. L'intégration de questions non critiques sur les divers types de médecine complémentaire et parallèle et la consommation de drogues (illicites et licites) lors de la consultation du patient pourrait être un moyen simple d'encourager la communication.

5.5.9 L'accès aux soins de santé

POINTS CLÉS

- ▶ De nombreuses études ont indiqué que les personnes issues de groupes défavorisés présentent le niveau le plus bas d'accès aux soins et services pour le VIH, y compris le dépistage, les soins et le traitement.
- ▶ Il se peut que la morbidité et la mortalité évitables ne soient pas traitées.
- ▶ Le manque d'accès ou l'accès différé au dépistage et au traitement par les membres des groupes marginalisés peut mener à une augmentation de la transmission du VIH.

Il existe de nombreux obstacles à l'accès aux services de soins de santé, y compris au dépistage, aux soins et au traitement pour les personnes séropositives. Les obstacles structureaux et culturels influencent la capacité de certaines populations (p. ex. les utilisateurs de drogues injectables, les minorités ethniques et les personnes ayant un faible statut socioéconomique) à accéder aux soins de santé. Il se peut que les réfugiés ou les personnes ayant un statut précaire d'immigrant ne puissent pas utiliser les services de soins de santé, car ils n'ont pas droit au système universel de soins de santé du Canada ou qu'ils ne savent pas comment accéder au système. Il se peut que les UDI n'accèdent pas au traitement à cause de problèmes de santé mentale, de la stigmatisation, de la discrimination et du manque de fournisseurs compétents pour soigner cette population. La capacité d'accéder aux soins de santé peut aussi dépendre du lieu de résidence au Canada. Chaque province offre un programme différent de remboursement des médicaments, ce qui peut influencer le type de médicaments administrés. De plus, il y a également des différences entre les populations rurales et urbaines relativement à l'accès aux soins.

Il a aussi été démontré que l'accès à certains services était sous-optimal pour certaines populations, malgré le fait qu'elles aient déjà accès à des soins pour le VIH. Une étude menée en Ontario a montré que les UDI et les personnes ayant moins d'éducation sont moins susceptibles de faire régulièrement surveiller leur charge virale que les autres. Des différences existent également dans la capacité des personnes vivant avec le VIH à accéder aux services de dépistage de la résistance en Ontario, malgré qu'elles aient accès à des soins de santé pour le VIH.

Une étude menée en Colombie-Britannique a enquêté sur les décès de personnes séropositives entre 1995 et 2001. Les résultats indiquent que pendant cette période, 1 239 décès ont été causés par des complications liées au sida; 33 % de ces personnes n'avaient jamais utilisé de médicaments anti-VIH. Ces causes de décès étaient plus susceptibles de se retrouver chez les Autochtones, les femmes et les personnes à faible revenu.

Les soins et le traitement pour les personnes vivant avec le VIH ont fait des progrès cliniques considérables, résultant en une amélioration de la qualité de vie et de l'espérance de vie. Faciliter l'accès de certaines populations aux services peut réduire le fardeau des maladies

et des décès évitables sur le système de soins de santé du Canada et améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH. De plus, faciliter l'accès au dépistage et au traitement pourrait aussi être un moyen de prévention du VIH, car les personnes qui connaissent leur statut sont plus susceptibles de réduire leurs comportements à risque et les personnes en traitement efficace pourraient être moins infectieuses que les autres.

5.5.10 Le VIH en tant que maladie épisodique

POINTS CLÉS

- ▶ La plupart des incapacités liées au VIH sont épisodiques.
- ▶ La réadaptation peut soutenir les personnes vivant avec le VIH à travers les périodes de bien-être et de maladie.

Depuis l'introduction de la multithérapie antirétrovirale, le VIH se caractérise de plus en plus comme une maladie chronique gérable. La plupart des incapacités liées au VIH sont épisodiques, ce qui veut dire que la maladie du VIH se caractérise par des périodes de bien-être et des périodes de maladie. Ces épisodes peuvent se produire sur une base quotidienne ou présenter des fluctuations de santé plus importantes comme une infection menant à l'hospitalisation.

La réadaptation peut être bénéfique pour les personnes vivant avec le VIH en périodes de bien-être et de maladie. Elle les encourage à gérer leurs problèmes de santé et leur fournit du soutien pour leur permettre de continuer à vivre de la façon la plus indépendante possible. Les services de réadaptation comprennent la physiothérapie, l'ergothérapie ou l'orthophonie, ainsi que des thérapies complémentaires ou parallèles comme l'acupuncture, la massothérapie et le counseling.

Parmi les nombreux enjeux associés au VIH et à la réadaptation, quelques-uns ont été identifiés comme étant particulièrement importants pour la santé générale des personnes vivant avec le VIH :

- le soutien du revenu et emploi;
- le rôle de l'autogestion à l'aide des concepts et stratégies de réadaptation;
- vivre avec le VIH et d'autres troubles ou maladies; et
- le rôle de la réadaptation dans la gestion des médicaments et de leurs effets secondaires.

5.6 L'INTÉGRATION DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION, DE TRAITEMENT, DE SOINS ET DE SOUTIEN POUR LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

POINTS CLÉS

- ▶ On pousse de plus en plus pour fournir des services intégrés pour le VIH/sida.
- ▶ La prévention du VIH doit être envisagée dans le cadre d'un continuum de soins comprenant le traitement, les soins et le soutien aux personnes vivant avec le VIH.

On observe un soutien croissant pour envisager la prévention du VIH dans le cadre d'un continuum de soins comprenant le traitement, les soins et le soutien aux personnes vivant avec le VIH. L'intégration de programmes de prévention, de traitement, de soins et de soutien pour les personnes vivant avec le VIH fait en sorte qu'on ne manque aucune occasion de fournir les services nécessaires. De plus, des études ont démontré que les personnes ne recherchent pas nécessairement les services et le soutien de la manière dont les programmes sont organisés. L'intégration aide à assurer que tous les aspects des besoins d'une personne peuvent être traités.

On peut définir cette façon de voir l'intégration par les concepts de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Les initiatives de prévention primaire sont conçues pour éviter le développement de la maladie. La plupart des activités communautaires de promotion de la santé sont des mesures de prévention primaire. Les activités de prévention secondaire sont destinées à la détection précoce de la maladie (diagnostic), multipliant ainsi les interventions pour empêcher la progression de la maladie et l'émergence des symptômes. La prévention tertiaire diminue les effets négatifs de la maladie déjà en place en restaurant les fonctions et en réduisant les complications liées à la maladie. Dans ce cadre, tous les services pour le VIH/sida peuvent être envisagés comme des interventions visant à prévenir les résultats négatifs pour la santé.

5.7 L'INTÉGRATION DES SERVICES POUR LES INFECTIONS ACQUISES DANS LA COLLECTIVITÉ

POINTS CLÉS

- ▶ On pousse de plus en plus pour intégrer les services pour l'hépatite B, l'hépatite C, le VIH, les ITS et/ou la tuberculose.
- ▶ L'infrastructure actuelle des services pour les personnes vivant avec le VIH pourrait être positionnée de façon unique pour offrir des services pour l'hépatite C.
- ▶ L'intégration de ces services pourrait présenter des inconvénients.

L'Agence de la santé publique du Canada fait de plus en plus la promotion de l'intégration des services pour l'hépatite B, l'hépatite C, le VIH, les ITS et/ou la tuberculose.

Les services offerts aux personnes vivant avec le VIH et l'hépatite C (VHC) sont présentement planifiés et financés séparément au Canada. Des changements sont toutefois en cours au sein des services de santé du Canada qui pourraient mener à une plus grande intégration de ces services, permettant d'offrir de l'information plus cohérente et plus fiable aux personnes mono-infectées ou co-infectées.

En raison de l'existence d'une infrastructure pour les services offerts aux personnes vivant avec le VIH (p. ex. les organismes de lutte contre le sida), une augmentation du financement et des ressources pour cette infrastructure pourrait permettre la plus grande diffusion de nouvelles connaissances et de nouveaux services par ces organismes afin de répondre aux besoins des personnes vivant avec le VHC et de celles co-infectées par le VIH/VHC. Pour de nombreuses raisons, les organismes de lutte contre le VIH occupent une position unique pour accepter ce rôle :

- Des facteurs de risques et des comportements communs mènent aux deux infections.
- Les populations clés communes sont défavorisées de façon semblable et nécessitent divers services en plus de l'information sur le VIH/VHC.
- La transmission et la progression du VHC sont plus actives et rapides lorsque le VIH est présent.
- Un long historique de distribution de l'information sur le VIH les positionne bien pour ajouter l'information sur l'hépatite C afin d'assurer que les clients prennent des décisions éclairées concernant leur santé.
- L'infrastructure nationale qui existe actuellement fournit de façon efficace des services liés au VIH, même dans les régions rurales.
- L'optimisation des ressources existantes évitera de déployer les efforts en double.
- La promotion du dépistage du VIH et du VHC auprès des personnes mono-infectées qui utilisent les services garantira que toutes les co-infections sont diagnostiquées.

L'intégration des services liés au VIH et au VHC pourrait présenter plusieurs inconvénients :

- des sentiments contradictoires concernant la pertinence des services intégrés;
- la stigmatisation envers le VIH pourrait nuire à l'implantation des services liés au VHC dans les organismes de lutte contre le sida;
- la stigmatisation touchant les personnes vivant avec le VHC et/ou les UDI (utilisation de seringues, taux élevé de maladies mentales complexes) pourrait nuire à leur intégration dans les organismes de lutte contre le sida; et
- le grand nombre de personnes vivant avec le VHC et leur état de santé souvent complexe pourraient entraver la capacité des organismes de lutte contre le sida à offrir leurs services.

L'intégration des services pour le VIH et les ITS est plus problématique, car le VIH est considéré comme une épidémie concentrée au Canada, touchant de manière disproportionnée des populations spécifiques, tandis que les ITS sont plus généralisées à toute la population adulte. On craint que l'intégration des services pour le VIH et les ITS réduise l'impact des interventions ciblées vers les populations spécifiques qui sont nécessaires pour un combattre efficacement l'épidémie de VIH. D'autre part, intégrer l'information sur les ITS aux programmes existants sur le VIH est important, car les ITS peuvent accroître la propagation de l'épidémie et affaiblir la santé des personnes vivant avec le VIH.

REMERCIEMENTS

AUTEURS

Laurel Challacombe
Annika Ollner
Tim Rogers
Trisha Smith
Darrien Taylor
James Wilton

ÉQUIPE D'EXAMEN COMPOSÉE D'EXPERTS

Dr. Chris Archibald, MDCM MHS Sc FRCPC
Dr. Ahmed Bayoumi MD MSc FRCPC
M. David Boulos, MSc
Dr. Mark Gilbert, MD, MHS Sc FRCPC
Mme. Kimberly Gray, MSc PhD(C)
Dr. Peggy Millson, MD MHS Sc FRCPC

RÉDACTION

RonniLyn Pustil – Révisseuse
Greg Tabor – Conception
David Vereschagin – Mise en page
Ideal Translation – Traduction

6 SOURCES PAR SECTION

2 L'ÉPIDÉMOLOGIE MONDIALE DU VIH

Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA [ONUSIDA], Organisation mondiale de la Santé [OMS]. Le point sur l'épidémie de sida, décembre 2009. 2009. Disponible à : www.unaids.org/fr/dataanalysis/epidemiology/2009aidsepidemicupdate [Accédé le 10 janvier, 2010].

3 L'ÉPIDÉMOLOGIE CANADIENNE DU VIH

Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, juillet 2010, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2010.

Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. VIH/sida : La surveillance de deuxième génération – Les Tracks. Disponible à : www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/about/track-fra.php. [Accédé le 1 octobre, 2010].

Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2008. 2009. Disponible à : www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2008/dec/index-fra.php. [Accédé le 27 septembre, 2010].

3.2 Le VIH chez les populations spécifiques

3.2.1 Les hommes gais et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HRSH)

Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, juillet 2010, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2010.

Fyfe M, Pennock M, Carr D, Walker L, Keitlah J, Gilbert M, & Ogunnaike-Cooke S. M-Track Survey – Phase 1. Victoria Site Results. October 30, 2008. Unpublished results.

Moore D. HIV and hepatitis C prevalence and knowledge of sero-status among MSM in Vancouver, BC. CAHR 2010. Disponible à : www.mancount.ca/files/ManCount%20CAHR%202010_May14.pdf. [Accédé le September 27, 2010]

Myers T, Remis S, Husbands W, Taleski SJ, Liu J, Allman D, et Adam B. Lambda survey: M-Track Ontario second generation surveillance: Technical report. Disponible à : www.lambdasurvey.ca. [Accédé le May 9, 2010]

Public and Population Health Observatory Vancouver Island Health Authority. M-Track Victoria. May 2008. www.viha.ca/NR/rdonlyres/FBBE9AFA-313C-46B4-A017-6730FEEA1865/0/MTrack_Victoria_Final_Report_May_2008_Revised.pdf. [Accédé le May 9, 2010].

Sommaire de l'enquête Argus 2005. Disponible à : www.argusquebec.ca/resultats/SommaireArgus2005.pdf [Accédé le 9 mai, 2010].

Statistique Canada. Profil – Âge et sexe, pour le Canada, les provinces, les territoires, les divisions de recensement et les subdivisions de recensement, Recensement de 2006. 2006. Disponible à : www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/rel/Rp-fra.cfm?TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GID=771240&GK=1&GRP=1&O=D&PID=89108&PRID=0&PTYPE=89103&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temportal=2006&THEME=66&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0. [Accédé le 19 juillet, 2010].

Tjepkema M. Health care use among gay, lesbian and bisexual Canadians. Health Reports. 2008. Disponible à : www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/82-003-x2008001-eng.pdf. [Accédé le May 9, 2010]

3.2.2 Les utilisateurs de drogues injectables (UDI)

Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, juillet 2010, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2010.

Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. I-Track: Surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada. Rapport sur la phase I. Août 2006. Disponible à : www.phac-aspc.gc.ca/i-track/sr-re-1/pdf/itrack06_f.pdf. [Accédé le 1 avril, 2009].

Health Canada, Canadian Executive Council on Addictions, and Canadian Centre on Substance Abuse. Canadian Addiction Survey [CAS]: A national survey of Canadians' use of alcohol and other drugs. Prevalence of use and related harms. November 2004. Disponible à : www.ccsa.ca/2004%20CCSA%20Documents/ccsa-004804-2004.pdf

3.2.3 La transmission hétérosexuelle

Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, juillet 2010, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2010.

3.2.4 Les Autochtones

Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, juillet 2010, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2010.

3.2.5 Les femmes

Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, juillet 2010, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2010.

3.2.6 Les jeunes

Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2008. 2009. Disponible à : www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2008/dec/index-fra.php. [Accédé le 27 septembre, 2010].

Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. Tableaux de données sur les ITS. Section de la surveillance et de l'épidémiologie des ITS et de l'hépatite C, Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada. Disponible à : origin.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its_tab/index-fra.php. [Accédé le 27 septembre, 2010].

Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. Les jeunes de la rue au Canada. Constatations découlant de la surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada, 1999-2003. 2006. Disponible à : phac-aspc.gc.ca/std-mts/reports_06/youth-fra.php. [Accédé le 1 avril, 2009].

Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. Les jeunes de la rue au Canada et l'utilisation de substances. Constatations découlant de la surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada, 1999-2003. 2007. Disponible à : phac-aspc.gc.ca/sti-its-surv-epi/report07/index-fra.php. [Accédé le 1 avril, 2009].

Canadian Association for Adolescent Health. Sexual behaviour and lack of knowledge threaten health of Canadian teens. 2006.

DeMatteo D, Major C, Block B, et al. Toronto street youth and HIV/AIDS: prevalence, demographics, and risks. *Journal of Adolescent Health*. 1999;25(5):358-366.

3.2.7 Les Canadiens plus âgés

Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, juillet 2010, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2010.

Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2008. 2009. Disponible à : phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2008/dec/index-fra.php. [Accédé le 27 septembre, 2010].

3.8 Le VIH/sida dans les prisons canadiennes

Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour changer net : argumentaire en faveur de programmes d'échange de seringues en prison au Canada. 2009. Disponible à : aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1498. [Accédé le 27 septembre, 2010].

Robinson D et Mirabelli L. Résumé des constatations du Sondage national auprès des détenus réalisé en 1995 par le SCC. 1996; B-14. Disponible à : <http://csc-scc.gc.ca/text/rsrch/briefs/b14/b14e-fra.shtml>. [Accédé le 1 avril, 2009].

Smith JM. Dépistage du VIH parmi les nouvelles admissions au SCC : résultats du projet pilote. Le point sur les maladies infectieuses. (Newsletter of the National Infectious Disease Program, CSC). 2006;1(2). Disponible à : http://csc-scc.gc.ca/text/pblct/hsbulletin/2007/no1/vol5_no1_4-fra.shtml. [Accédé le 1 avril, 2009].

4 TENDANCES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DE L'HÉPATITE C, DE LA TUBERCULOSE ET DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT AU CANADA

4.1 Le virus de l'hépatite C (VHC)

Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. Information sur l'hépatite C. 2002. Disponible à : www.phac-aspc.gc.ca/hepc/quiz-questionnaire/answers-reponse-fra.php. [Accédé le 1 avril, 2009].

Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. Foire aux questions sur l'hépatite C. 2008. Disponible à : www.phac-aspc.gc.ca/hepc/faq-fra.php. [Accédé le 1 avril, 2009].

Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. Feuillet d'information sur l'hépatite C. 2008. Disponible à : phac-aspc.gc.ca/hcai-iamss/bbp-pts/hepatitis/hep_c-fra.php. [Accédé le 1 avril, 2009].

Canadian Hepatitis Information Centre [CHCIC]. Responding to the Epidemic: Recommendations for a Canadian Hepatitis C Strategy. 2005.

Coutinho RA. HIV and hepatitis C among injecting drug users: Success in preventing HIV has not been mirrored for hepatitis C. *British Medical Journal*. 1998; 317(7156):424-425.

Myers RP, Liu M, et Shaheen AA. The burden of hepatitis C virus infection is growing: a Canadian population-based study of hospitalizations from 1994 to 2004. *Canadian Journal of Gastroenterology*. 2008 April;22(4): 381-7.

Remis R. Modélisation de l'incidence et de la prévalence de l'hépatite C et de ses séquelles au Canada, 2007. Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Direction générale des maladies infectieuses et des mesures d'urgence, Agence de la santé publique du Canada. 2007. Disponible à : www.phac-aspc.gc.ca/sti-its-surv-epi/model/index-fra.php. [Accédé le 27 septembre, 2010].

Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE). Hépatite C: Feuillet d'information. 2008. Disponible à : http://catie.ca/pdf/facts_f/HepatitisC_fr.pdf. [Accédé le 1 avril, 2009].

4.2 Les infections transmissibles sexuellement (ITS)

Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. 2008. Disponible à : www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php. [Accédé le 27 septembre, 2010].

Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. Actualités en épidémiologie sur les ITS: La syphilis infectieuse au Canada. 2002. Disponible à : www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiu-aeipi/std-mts/insyph-fra.php. [Accédé le 1 avril, 2009].

Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. Actualités en épidémiologie: résistance de *Neisseria gonorrhoeae* à la ciprofloxacine au Canada, 2006. 2006. Disponible à : www.phac-aspc.gc.ca/sti-its-surv-epi/ciprofloxacine-fra.php. [Accédé le 1 avril, 2009].

Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. Rapport de surveillance canadien 2004 sur les infections transmises sexuellement. Relevé des maladies transmissibles au Canada [RMTC]. 2007 mai;33S1:1-69. Disponible à : http://phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/07pdf/33s1_f.pdf. [Accédé le 1 avril, 2009].

Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. Cas déclarés et taux de chlamydie au Canada selon le groupe d'âge et le sexe, 1991-2008. Section de la surveillance et de l'épidémiologie des ITS et de l'hépatite C, Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada. Disponible à : www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its_tab/chlamydia1991-08-fra.php. [Accédé le 27 septembre, 2010].

Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. Cas déclarés et taux de gonorrhée au Canada selon la province/le territoire et le sexe, 1980-2008. Section de la surveillance et de l'épidémiologie des ITS et de l'hépatite C, Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada. Disponible à : www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its_tab/gonorrhea_pts1980-08-fra.php. [Accédé le 27 septembre, 2010].

Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. Cas déclarés et taux de syphilis infectieuse au Canada selon la province/le territoire et le sexe, 1993-2008. Section de la surveillance et de l'épidémiologie des ITS et de l'hépatite C, Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada. Disponible à : http://phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its_tab/gonorrhea_pts1980-08-fra.php. [Accédé le 27 septembre, 2010].

Boulos D et Kropp R. An Epi Update on STI and HIV in Canada 2008. Presentation made to Canadian AIDS Treatment Information Exchange. 2008.

Tan D. STI Control and Prevention. A Presentation made to the Canadian AIDS Treatment and Information Exchange. 2008.

Wong T, Singh A, Mann J, et al. Gender Differences in Bacterial STIs in Canada. *BMC Women's Health*. 2004;4 (Suppl 1):S26.

4.3 La tuberculose

Asian Community AIDS Services (ACAS) & Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE). La tuberculose: Feuillelet d'information. 2001. Disponible à : http://catie.ca/pdf/ACASfs_f/tuberculose.pdf. [Accédé le 1 avril, 2009].

Phypers M. Special Report of the Canadian Tuberculosis Committee: Tuberculosis and HIV co-infection in Canada. *Canada Communicable Disease Report*. 2007;33(08).

Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. Fiches d'information sur la tuberculose. 2008. Disponible à : <http://phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/fa-fi/index-fra.php>. [Accédé le 1 avril, 2009].

5 LES NOUVELLES TENDANCES ET NOUVEAUX ENJEUX DU VIH/SIDA

5.1 La stigmatisation et la discrimination

L'Association canadienne de santé publique [ACSP]. Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida (2005-2010). 2005. Disponible à : <http://premierplan.ca/index.html>. [Accédé le 1 avril, 2009].

Réseau juridique canadien VIH/sida. Un plan pour le Canada afin de réduire le stigmate et la discrimination liés au VIH/sida. 2004. Disponible à : <http://aidslaw.ca/publications/publicationsdocFR.php?ref=49>. [Accédé le 1 avril, 2009].

Les associés de recherche EKOS inc. VIH/sida – Une enquête attitudinale: Rapport final. 2003. Disponible à : <http://phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/por/attitud/index-fra.php>. [Accédé le 1 avril, 2009].

Gay Men's Sexual Health Alliance. Stigma Campaign. 2008. Disponible à : www.hivstigma.com. [Accédé le April 1, 2009]

National AIDS Trust. HIV-in-Healthcare, Fact File #4. HIV-related Stigma and Discrimination. 2005. Disponible à : <http://nat.org.uk/Search.aspx?key=fact%20sheet>. [Accédé le April 1, 2009]

5.2 La criminalisation de la non-divulgence de la séropositivité

Mykhalovskiy E, Betteridge G et McLay D. HIV Non-disclosure and the Criminal Law: Establishing Policy Options for Ontario. August 2010. Disponible à : <http://catie.ca/pdf/Brochures/HIV-non-disclosure-criminal-law.pdf>. [Accédé le September 27, 2010].

Réseau juridique canadien VIH/sida. Feuillet d'information: Le droit criminel et le VIH. 2008. Disponible à : <http://aidslaw.ca/publications/publicationsdocFR.php?ref=848>. [Accédé le 1 avril, 2009].

5.3 Les interventions pour la prévention du VIH

5.3.1 La prévention combinatoire du VIH

Global HIV Prevention Working Group. Behaviour Change and HIV Prevention: [Re] Considerations for the 21st Century. 2008. Disponible à : http://globalthivprevention.org/pdfs/PWG_behavior%20report_FINAL.pdf. [Accédé le April 1, 2009]

Merson MH, O'Malley J, Serwadda D, et al. The history and challenge of HIV prevention. *The Lancet*. 2008 August;372(9637):475-488. Disponible à : [http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)60884-3/abstract](http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)60884-3/abstract). [Accédé le April 1, 2009]

5.3.2 Les données probantes dans l'élaboration de programmes de prévention du VIH

Auerbach JD, Smith W. Confronting the Evidence in Evidence-Based Prevention: Current Scientific and Political Challenges. *Bulletin of Experimental Treatments for AIDS (BETA)*. 2008. Disponible à : http://sfaf.org/beta/2008_sum/evidence. [Accédé le April 1, 2009]

Global HIV Prevention Working Group. Behaviour Change and HIV Prevention: [Re] Considerations for the 21st Century. 2008. Disponible à : http://globalthivprevention.org/pdfs/PWG_behavior%20report_FINAL.pdf. [Accédé le April 1, 2009]

San Francisco AIDS Foundation [SFAF]. Confronting the "Evidence" in Evidence-Based HIV Prevention: Summary Report. 2008. Disponible à : <http://sfaf.org/default.aspx?pid=29&language=1®ion=1&q=summary%20report>. [Accédé le April 1, 2009]

Wood E, Kerr T, Tyndall MW, et al. The Canadian government's treatment of scientific process and evidence: inside the evaluation of North America's first supervised injecting facility. *International Journal of Drug Policy*. 2008 June;19(3):220-5.

5.3.3 Les facteurs sociaux déterminants des interventions sanitaires et structurelles contre le VIH

Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. Qu'est-ce qui détermine la santé? 2003. Disponible à : <http://phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php>. [Accédé le 1 avril, 2009].

Gupta GR, Parkhurst JO, Ogden JA, et al. Structural Approaches to HIV Prevention. *The Lancet*. 2008 August;372(9640):764-775.

L'Association canadienne de santé publique [ACSP]. Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida (2005-2010). 2005. Disponible à : <http://premierplan.ca/index.html>. [Accédé le 1 avril, 2009].

The Global HIV Prevention Working Group. Fact Sheet: Proven HIV Prevention Strategies. 2006. Disponible à : http://kff.org/hiv/ids/upload/050106_HIVPreventionStrategies.pdf. [Accédé le April 1, 2009]

5.3.4 Les interventions comportementales pour la prévention du VIH

Coates TJ, Richter L, Ceres C. Behavioural Strategies to Reduce HIV Transmission: How to Make Them Work Better. *The Lancet*. 2008 August;372(9639):669-684.

Global HIV Prevention Working Group. Behaviour Change and HIV Prevention: [Re] Considerations for the 21st Century. 2008. Disponible à : http://globalhivprevention.org/pdfs/PWG_behavior%20report_FINAL.pdf. [Accédé le April 1, 2009]

San Francisco AIDS Foundation [SFAF]. HIV Evidence Report: Effective Behavioural Interventions for Reducing HIV Risk and Transmission. 2008. Disponible à : <http://sfaf.org/files/site1/asset/sfaf-hiv-evidence-report-may-2008.pdf>. [Accédé le April 1, 2009]

5.3.4.1 Le rôle des modifications au comportement sexuel (promotion de la santé sexuelle)

Coates TJ, Richter L, Ceres C. Behavioural Strategies to Reduce HIV Transmission: How to Make Them Work Better. *The Lancet*. 2008 August;372(9639):669-684.

Global HIV Prevention Working Group. Behaviour Change and HIV Prevention: [Re] Considerations for the 21st Century. 2008. Disponible à : http://globalhivprevention.org/pdfs/PWG_behavior%20report_FINAL.pdf. [Accédé le April 1, 2009]

5.3.4.2 Le rôle des modifications au comportement des utilisateurs de drogues injectables (réduction des méfaits)

DeBeck K, Wood E, Zhang R, et al. Police and public health partnerships: evidence from the evaluation of Vancouver's supervised injection facility. *Substance Abuse Treatment, Prevention & Policy*. 2008;3:11.

Gouvernement du Canada. Stratégie nationale antidrogue. Disponible à : <http://strategienationaleantidrogue.gc.ca/>. [Accédé le 1 avril, 2009].

Hunt N. A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. 2003. Available at <http://forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html>. [Accédé le April 1, 2009].

International Harm Reduction Association. What is Harm Reduction? 2006. Disponible à : <http://ihra.net/Whatisharmreduction>. [Accédé le April 1, 2009]

Kerr T, Small W, Moore D, et al. A micro-environmental intervention to reduce the harms associated with drug-related overdose: evidence from the evaluation of Vancouver's safer injection facility. *International Journal of Drug Policy*. 2007;18(1):37-45.

Kerr T, Stoltz JA, Tyndall M, et al. Impact of a medically supervised safer injection facility on community drug use patterns: a before and after study. *British Medical Journal*. 2006 Jan 28;332(7535):220-2.

McKnight I, Maas B, Wood E, et al. Factors associated with public injecting among users of Vancouver's supervised injection facility. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*. 2007;33(2):319-25.

Petrar S, Kerr T, Tyndall MW, et al. Injection drug users' perceptions regarding use of a medically supervised safer-injecting facility. *Addictive Behaviors*. 2007 May;32(5):1088-93.

Stoltz JA, Wood E, Small W, et al. Changes in injecting practices associated with the use of a medically supervised safer-injection facility. *Journal of Public Health*. 2007 March;29(1):35-9.

Kennedy B. National drug strategy neglects value of harm reduction, critic says. *The Ottawa Citizen*. 2008 June 27. Disponible à : www2.canada.com/ottawacitizen/news/story.html?id=06de0d70-cbf4-427f-b13b-3a0501ea31fd. [Accédé le April 1, 2009]

Tyndall MW, Kerr T, Zhang R, et al. Attendance, drug use patterns, and referrals made from North America's first supervised injection facility. *Drug & Alcohol Dependence*. 2006 July;83(3):193-8.

Vancouver Coastal Health. Insite Supervised Injection Site. Disponible à : <http://vch.ca/sis/>. [Accédé le April 1, 2009]

Health Canada. Vancouver's INSITE service and other supervised injection sites: What has been learned from research? 2008. Disponible à : http://hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/_sites-lieux/insite/index-eng.php#ack. [Accédé le April 1, 2009]

Wodak A, Cooney A. Do needle syringe exchange programs reduce HIV infection among injecting drug users: A comprehensive review of the international evidence. *Substance Use & Misuse*. 2006;41(6):777-813.

Wood E, Kerr T, Small W, et al. Changes in public order after the opening of a medically supervised safer-injecting facility for illicit injection drug users. *Canadian Medical Association Journal*. 2004 September;171(7):731-4.

Wood E, Kerr T, Tyndall MW, et al. The Canadian government's treatment of scientific process and evidence: inside the evaluation of North America's first supervised injecting facility. *International Journal of Drug Policy*. 2008 June;19(3):220-5.

Wood E, Tyndall MW, Zhang R, et al. Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users. *Addiction*. 2007 May;102(6):916-9.

Wood E, Tyndall MW, Montaner JS, Kerr T. Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer-injecting facility. [see comment]. *Canadian Medical Association Journal*. 2006 November;175(11):1399-404.

Wood RA, Wood E, Lai C, et al. Nurse-delivered safer-injection education among a cohort of injection drug users: evidence from the evaluation of Vancouver's supervised injection facility. *International Journal of Drug Policy*. 2008 June;19(3):183-8.

5.3.4.3 Le rôle des traitements d'abus des drogues

Hunt N. A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. 2003. Available at <http://forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html>. [Accédé le April 1, 2009].

World Health Organization [WHO]. Effectiveness of Drug Dependence Treatment in Preventing HIV Among Injecting Drug Users. 2005. Disponible à : <http://who.int/hiv/pub/idu/drugdependencefinaldraft.pdf>. [Accédé le April 1, 2009]

5.3.4.4 Le rôle de l'éducation en milieu scolaire

Boulos D, Kropp R. An Epi Update on STI and HIV in Canada 2008. Presentation made to Canadian AIDS Treatment Information Exchange. 2008.

Canadian Association for Adolescent Health. Sexual behaviour and lack of knowledge threaten health of Canadian teens. 2006.

Kirby D. Emerging Answers 2007: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases. 2007. Disponible à : http://thenationalcampaign.org/EA2007/EA2007_Full.pdf. [Accédé le April 1, 2009]

Nichole Downer. Canadian AIDS Society. 2008. Personal communication.

Rugg D, Collins J, Sogolow E, et al. Assessing effectiveness of school-based HIV prevention. 10th International Conference on AIDS. 1994; Yokohama, Japan. Abstract no. 371D.

5.3.4.5 Le rôle de l'élaboration de programmes de prévention pour les prisons

Réseau juridique canadien VIH/sida. VIH et hépatite C en prison. 2008. Disponible à : <http://aidslaw.ca/publications/publicationsdocFR.php?ref=841>. [Accédé le 1 avril, 2009].

Jurgens R, Ball A, Verster A. Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *The Lancet*. 2009;9:57-66.

5.3.4.6 Le rôle de la prévention positive

L'Association canadienne de santé publique [ACSP]. Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida (2005-2010). 2005. Disponible à : <http://premierplan.ca/index.html>. [Accédé le 1 avril, 2009].

Poz Prevention Working Group. Poz Prevention Definition, Values and Principles. Disponible à : http://health.gov.n.ca/english/providers/pub/aids/reports/poz_prevention_definition_values_principles_j.pdf. [Accédé le 1 avril, 2009]

International HIV/AIDS Alliance. Positive Prevention: Prevention Strategies for People with HIV/AIDS. 2003. Disponible à : http://aidsalliance.org/custom_asp/publications/view.asp?publication_id=90. [Accédé le 1 avril, 2009]

Janssen RS, Holtgrave DR, Valdiserri RO, et al. The Serostatus Approach to Fighting the HIV Epidemic: Prevention Strategies for Infected Individuals. *American Journal of Public Health*. 2001;91(7):1019-1024.

5.3.5 Les interventions biomédicales pour la prévention du VIH

Padian NS, Buve A, Balkus J, et al. Biomedical Interventions to Prevent HIV Infection: Evidence, Challenges and Way Forward. *The Lancet*. 2008;372(9638):585-599.

5.3.5.1 Les méthodes de barrières physiques

Buck J, Kang MS, van der Straten A, et al. Barrier method preferences and perceptions among Zimbabwean women and their partners. *AIDS Behaviour*. 2005;9:415-22.

Carey RF, Herman WA, Retta SM, et al. Effectiveness of latex condoms as a barrier to human immunodeficiency virus-sized particles under conditions of simulated use. *Sexually Transmitted Disease*. 1992;19:230-34.

Conant M, Hardy D, Sernatinger J, et al. Condoms prevent transmission of AIDS-associated retrovirus. *Journal American Medical Association*. 1986;255:1706.

Drew WL, Blair M, Miner RC, et al. Evaluation of the virus permeability of a new condom for women. *Sexually Transmitted Disease*. 1990;17:110-12.

FDA notifications. FC2 female condom receives FDA approval. *AIDS Alert*. 2009;24(5):58-9.

French PP, Latka M, Gollub EL, et al. Use-effectiveness of the female versus male condom in preventing sexually transmitted disease in women. *Sexually Transmitted Disease*. 2003;30:433-39.

Foss AM, Hossain M, Vickerman PT, et al. A systematic review of published evidence on intervention impact on condom use in sub-Saharan Africa and Asia. *Sexually Transmitted Infections*. 2007;83:510-16.

Galvao LW, Oliveira LC, Diaz J, et al. Effectiveness of female and male condoms in preventing exposure to semen during vaginal intercourse: a randomized trial. *Contraception*. 2005;71:130-36.

Gillis, L. Female Condom Pilot Project: Technical Report of the Qualitative Research. Toronto: Toronto Public Health. 2002. Unpublished report.

Holmes KK, Levine R, Weaver M. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. *Bulletin World Health Organization*. 2004. Disponible à : http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2004/Vol82-No6/bulletin_2004_82%286%29_454-461.pdf.

Lagarde E, Auvert B, Chege J, et al. Condom use and its association with HIV/sexually transmitted diseases in four urban communities of sub-Saharan Africa. *AIDS*. 2001;15:S71-78.

Lau JT, Zhang J, Zhang L, et al. Comparing prevalence of condom use among 15,379 female sex workers injecting or not injecting drugs in China. *Sexually Transmitted Disease*. 2007;34:908-16.

Lytle CD, Routson LB, Seaborn GB, et al. An in vitro evaluation of condoms as barriers to a small virus. *Sexually Transmitted Disease*. 1997;24:161-64.

Mantell JE, Kelvin EA, Exner TM, et al. Anal use of the female condom: does uncertainty justify provider inaction? *AIDS Care*. 2009;21(9):1185.

National Institute of Allergy and Infectious Diseases [NIAID]. Workshop summary: scientific evidence on condom effectiveness for sexually transmitted disease (STD) prevention. 2001. Disponible à : <http://www3.niaid.nih.gov/about/organization/dmid/PDF/condomReport.pdf>. [Accédé le April 1, 2009]

Padian NS, Buve A, Balkus J, et al. Biomedical Interventions to Prevent HIV Infection: Evidence, Challenges and Way Forward. *The Lancet*. 2008;372:585-599.

Pinkerton SD, Abramson PR. Effectiveness of condoms in preventing HIV transmission. *Social Science Medicine*. 1997;44:1303-12.

Smit J, Beksinska M, Vijayakumar G, et al. Short-term acceptability of the Reality polyurethane female condom and a synthetic latex prototype: a randomized crossover trial among South African women. *Contraception*. 2006;73(4):394-8.

Thomsen SC, Ombidi W, Toroitich-Ruto C, et al. A prospective study assessing the effects of introducing the female condom in a sex worker population in Mombasa, Kenya. *Sexually Transmitted Infection*. 2006;82:397-402.

Van de Perre P, Jacobs D, Sprecher-Goldberger S. The latex condom, an efficient barrier against sexual transmission of AIDS-related viruses. *AIDS*. 1987;1:49-52.

Weller S, Davis K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database Systematic Review*. 2002;1:CD003255.

5.3.5.2 Les vaccins

The Body. Preventative HIV Vaccines. 2004. Disponible à : <http://thebody.com/content/treat/art5095.html>. [Accédé le April 1, 2009]

The Body. Therapeutic HIV Vaccines. 2004. Disponible à : <http://thebody.com/content/treat/art5097.html>. [Accédé le April 1, 2009]

Gouvernement du Canada. Initiative Canadienne de vaccine contre le VIH. Disponible à : <http://chvi-icvv.gc.ca/index-fra.html>. [Accédé le 1 avril, 2009].

Padian NS, Buve A, Balkus J, et al. Biomedical Interventions to Prevent HIV Infection: Evidence, Challenges and Way Forward. *The Lancet*. 2008;372(9638):585-599.

Rerks-Ngarm S, Pitisuttithum P, Nitayaphan S, et al. Vaccination with ALVAC and AIDSVAX to prevent HIV-1 infection in Thailand. *N Engl J Med*. 2009;361(23):2209-20.

5.3.5.3 Les microbicides

Alliance for Microbicide Development. Disponible à : <http://microbicide.org>. [Accédé le April 1, 2009]

Cates W. After CAPRISA 004: time to re-evaluate the HIV lexicon. *Lancet*. 2010; 376(9740):495-6.

International Partnership for Microbicides [IPM]. About Microbicides.

Karim SA, Coletti A, Richardson B, et al. Safety and effectiveness of vaginal microbicides BufferGel and 0.5% PRO 2000/5 gel for the prevention of HIV infection in women: results of the HPTN 035 trial. 16th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. 2009; Montréal, Canada. Abstract 48LB.

Microbicide Development Programme. Disponible à : www.mdp.mrc.ac.uk. [Accédé le April 1, 2009]

Padian NS, Buve A, Balkus J, et al. Biomedical Interventions to Prevent HIV Infection: Evidence, Challenges and Way Forward. *The Lancet*. 2008;372(9638):585-599.

World Health Organization [WHO]. Microbicides. 2008. Disponible à : <http://who.int/hiv/topics/microbicides/microbicides/en/print.html>. [Accédé le April 1, 2009]

5.3.5.4 La circoncision masculine

Auvert B, Taljaard D, Lagarde E, et al. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 trial. *PLoS Med*. 2005;2:e298.

Baeten JM, Richardson BA, Lavreys L, et al. Female-to-male infectivity of HIV-1 among circumcised and uncircumcised Kenyan men. *Journal of Infectious Diseases*. 2005;191:546-53.

Bailey RC, Moses S, Parker CB, et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomized controlled trial. *Lancet*. 2007;369:643-56.

Buchbinder SP, Vittinghoff E, Heagerty PJ, et al. Sexual risk, nitrite inhalant use, and lack of circumcision associated with HIV seroconversion in men who have sex with men in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*. 2005;39:82-9.

Canadian Children's Rights Council. Circumcision of Males. Disponible à : http://canadiancrc.com/Circumcision_Genital_Mutilation_Male-Female_Children.aspx. [Accédé le April 1, 2009]

Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Circumcision status and risk of sexually transmitted infection in young adult males: an analysis of a longitudinal birth cohort. *Pediatrics*. 2006;118:1971-77.

Gray RH, Kigozi G, Serwadda D, et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *Lancet*. 2007;369:657-66.

Gray RH, Kiwanuka N, Quinn TC, et al. Male circumcision and HIV acquisition and transmission: cohort studies in Rakai, Uganda. *AIDS*. 2000;14: 2371-81.

Gray RH, Li X, Kigozi G, et al. The impact of male circumcision on HIV incidence and cost per infection prevented: a stochastic simulation model from Rakai, Uganda. *AIDS*. 2007;21:845-50.

Grulich AE, Hendry O, Clark E, et al. Circumcision and male-to-male sexual transmission of HIV. *AIDS*. 2001;15:1188-89.

International Community of Women (ICW). Male circumcision and the impact on women—an ICW response. 2008. Disponible à : <http://icw.org/node/392>. [Accédé le April 1, 2009]

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS] & World Health Organization [WHO]. New data on male circumcision and HIV prevention: policy and programme implications; WHO/UNAIDS technical consultation male circumcision and HIV prevention: research implications for policy and programming. 2007. Disponible à : http://malecircumcision.org/advocacy/documents/WHO_UNAIDS_New_Data_MC_recommendations_03_06_07_layout.pdf. [Accédé le April 1, 2009]

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS]. Male Circumcision. Disponible à : <http://unaids.org/en/PolicyAndPractice/Prevention/MaleCircumcision/>. [Accédé le April 1, 2009]

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). Dossier d'information sur la circoncision et la prévention de VIH: Pièce N° 1. Disponible à : http://who.int/hiv/pub/malecircumcision/infopack_fr_1.pdf. [Accédé le 1 avril, 2009].

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). Dossier d'information sur la circoncision et la prévention de VIH: Pièce N° 2. Disponible à : http://who.int/hiv/pub/malecircumcision/infopack_fr_2.pdf. [Accédé le 1 avril, 2009].

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). Dossier d'information sur la circoncision et la prévention de VIH: Pièce N° 3. Disponible à : http://who.int/hiv/pub/malecircumcision/infopack_fr_3.pdf. [Accédé le 1 avril, 2009].

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). Dossier d'information sur la circoncision et la prévention de VIH: Pièce N° 4. Disponible à : http://who.int/hiv/pub/malecircumcision/infopack_fr_4.pdf. [Accédé le 1 avril, 2009].

Koblin B, Husnik MJ, Colfax G, et al. Risk factors for HIV infection among men who have sex with men. *AIDS*. 2006;20:731–39.

Kreiss JK, Hopkins SG. The association between circumcision status and human immunodeficiency virus infection among homosexual men. *Journal of Infectious Diseases*. 1993;168:1404–08.

The Lancet Infectious Diseases. Circumcision and Circumspexion. *The Lancet Infectious Diseases*. 2007;7(5):303.

Lavreys L, Rakwar J, Thompson M, et al. Effect of circumcision on incidence of human immunodeficiency virus type 1 and other sexually transmitted diseases: a prospective cohort study of trucking company employees in Kenya. *Journal of Infectious Diseases*. 1999;180:330–36.

Padian NS, Buve A, Balkus J, et al. Biomedical Interventions to Prevent HIV Infection: Evidence, Challenges and Way Forward. *The Lancet*. 2008;372:585-599.

Sean Hosein, Science & Medicine Editor, CATIE. Personal communication.

Siegfried N, Muller M, Deeks J, et al. HIV and male circumcision—a systematic review with assessment of the quality of the studies. *Lancet Infectious Diseases*. 2005;5:165–73.

Templeton DJ, Jin F, Prestage GP, et al. Circumcision status and risk of HIV seroconversion in the HIM cohort of homosexual men in Sydney. 4th IAS on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention. 2007; Sydney, Australia.

Wawer M, Kigozi G, Serwadda D, et al. Trial of male circumcision in HIV+ men, Rakai, Uganda: effects in HIV+ men and in women partners. 15th on Retroviruses and Opportunistic Infections. 2008; Boston, MA, USA.

Weiss HA, Quigley MA, Hayes RJ. Male circumcision and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2000;14:2361–70.

Weiss HA, Halperin D, Bailey RC, et al. Male circumcision for HIV prevention: from evidence to action? *AIDS*. 2008;22:567–74.

Westercamp N, Bailey RC. Acceptability of male circumcision for prevention of HIV/AIDS in sub-Saharan Africa: a review. *AIDS Behaviour*. 2007;11:341–55.

The World Health Organization [WHO]. Male Circumcision for HIV Prevention. Disponible à : <http://who.int/hiv/topics/malecircumcision/en/index.html>. [Accédé le April 1, 2009]

5.3.5.5 Le traitement des autres infections transmissibles sexuellement (ITS)

Basil D. Sexually Transmitted Infections other than HIV. *Lancet*. 2004;363:545-56.]

Cohen MS, Hoffman IF, Royce RA, et al. Reduction of concentration of HIV-1 in semen after treatment of urethritis: implications for prevention of sexual transmission of HIV-1. *Lancet*. 1997;349(9069):1868-73.

Celum C, Wald A, Hughes J, et al. Effect of aciclovir on HIV-1 acquisition in herpes simplex virus 2 seropositive women and men who have sex with men: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2008;371(9630):2109-19.

Celum C, Wald A, Lingappa JR, et al. Acyclovir and transmission of HIV-1 from persons infected with HIV-1 and HSV-2. *N Engl J Med*. 2010;362(5):427-39.

Fleming D, Wasserheit J. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sexually Transmitted Infections*. 1999;75:3-17.

Gregson S, Adamson S, Papaya S, et al. Impact and process evaluation of integrated community and clinic-based HIV-1 control: a cluster-randomised trial in eastern Zimbabwe. *PLoS Medicine*. 2007;4:e102.

Grosskurth H, Mosha F, Todd J, et al. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial. *Lancet*. 1995;346:530-36.

Kamali A, Quigley M, Nakiyingi J, et al. Syndromic management of sexually-transmitted infections and behaviour change interventions on transmission of HIV-1 in rural Uganda: a community randomised trial. *Lancet*. 2003;361:645-52.

Kaul R, Kimani J, Nagelkrke N, et al [HIV Study Group]. Monthly Antibiotic Chemoprophylaxis and incidence of Sexually Transmitted infections and HIV-1 infection in Kenyan Sex Workers. *Journal of the American Medical Association*. 2004;291:2555-2562.

Korenromp E, White R, Orroth K, et al. Determinants of the impact of sexually transmitted infection treatment on prevention of HIV infection: a synthesis of evidence from the Mwanza, Rakai, and Masaka intervention trials. *Journal of Infectious Diseases*. 2005;191(suppl 1):S168-78.

McClelland R, Sangare L, Hassan W, et al. Infection with *Trichomonas vaginalis* increases the risk of HIV-1 acquisition. *Journal of Infectious Diseases*. 2007;195:698-702.

Rottingen JA, Cameron D, Garnett G. A systematic review of the epidemiologic interactions between classic sexually transmitted diseases and HIV. How much really is known? *Sexually Transmitted Diseases*. 2001;28:579-97.

Watson-Jones D, Weiss HA, Rusizoka M, et al. Effect of herpes simplex suppression on incidence of HIV among women in Tanzania. *N Engl J Med*. 2008;358(15):1560-71.

Wawer MJ, Sewankambo NK, Serwadda D, et al. Control of sexually transmitted diseases for AIDS prevention in Uganda: a randomized community trial. *Lancet*. 1999;353:525-35.

5.3.5.6 Le traitement en tant qu'outil de prévention

5.3.5.6.1 Le traitement efficace des personnes infectées

Anema A, Wood E, Montaner JS. The use of highly active retroviral therapy to reduce HIV incidence at the population level. *Canadian Medical Association Journal*. 2008;179(1): 13-14.

Challacombe L. Le traitement comme outil de prévention, on en a entendu parler, mais ça veut dire quoi au juste? Point de mire sur la prévention. Janvier 2010. Numéro 1. Disponible à : <http://www2.catie.ca/fr/pdm/hiver-2010/traitement-outil-prevention-entendu-parler-veut-dire-quoi-juste>

Cohen MS et Gay CL. Treatment to prevent transmission of HIV-1. *Clin Infect Dis*. 2010;50 Suppl 3:S85-95.

Cohen MS, Gay C, Kashuba ADM, et al. Narrative Review: Antiretroviral Therapy to Prevent the Sexual Transmission of HIV-1. *Annals of Internal Medicine*. 2007;146:591-601.

Department of Health and Human Services. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents. 2009. Disponible à : <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/AdultandAdolescentGL.pdf>. [Accédé le October 1, 2010]

European AIDS Clinical Society. Guidelines Clinical Management and Treatment of HIV Infected Adults in Europe. Version 5-2. Disponible à : http://europeanaidscinicalsociety.org/guidelinespdf/1_Treatment_of_HIV_Infected_Adults.pdf. [Accédé le October 1, 2010]

Hosein SR. Swiss guidelines take a troubling turn. *CATIE News*. 2008. Disponible à : <http://catie.ca/catienews.nsf/9d6a0a99ab2787c985256b9c005b053b/a2efd4077bd44fb285257405005ee5ef!OpenDocument>. [Accédé le April 1, 2009]

Garnett GP, Gazzard B. Risk of HIV transmission in discordant couples. *Lancet*. 2008;372:270-271.

Kalichman SC, Di Berto G, Eaton L. Human immunodeficiency virus viral load in blood plasma and semen: review and implications of empirical findings. *Sexually Transmitted Diseases*. 2008;35(1):55-60.

Lima VD, Johnston K, Hogg RS, et al. Expanded Access to Highly Active Antiretroviral Therapy: A Potentially Powerful Strategy to Curb the Growth of the Epidemic. *Journal of Infectious Diseases*. 2008;198:59-67.

Thompson MA, Aberg JA, Cahn P, et al. Antiretroviral Treatment of Adult HIV Infection: 2010 Recommendations of the International AIDS Society USA panel. *JAMA*. 2010 Oct 1;304(3):321-333. Disponible à : <http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/304/3/321.pdf>. [Accédé le October 1, 2010]

Wilson DP, Law MG, Grulich AE et al. Relation between HIV viral load and infectiousness: a model-based analysis. *Lancet*. 2008;372(9635):314-20.

5.3.5.6.2 La prophylaxie post-exposition (PPE)

Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Disponible à : <http://phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php>. [Accédé le 1 avril, 2009].

Réseau canadien d'info-traitements sida [CATIE]. La prophylaxie post-exposition (PPE – traitement administré à la suite d'une exposition au VIH). 2005. Disponible à : http://catie.ca/acasfs_f.nsf/LS/4C0B4DD976FA4D6685256FF80057E345?OpenDocument. [Accédé le 1 avril, 2009].

Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, et al. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. Centers for Disease Control and Prevention Needlestick Surveillance Group. *N Engl J Med*. 1997;337(21):1485-90.

Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. Management of possible sexual, injecting drug use or other nonoccupational exposure to HIV, including considerations related to antiretroviral therapy public health service statement. *MMWR*. 1998;47[RR17];1-14.

Davey H, Challacombe L and Wilton J. La prophylaxie post-exposition (PPE) : Peut-on empêcher l'infection du VIH après une exposition? Août 2010, Numéro 2. Disponible à : <http://www2.catie.ca/fr/pdm/ete-2010/prophylaxie-post-exposition-ppe-peut-empêcher-infection-vih-apres-exposition>

Tan D. PEP Talk: Antiretrovirals as HIV Prevention Tools. Presentation made to Canadian AIDS Treatment Information Exchange [CATIE]. 2008.

Young TN, Arens FJ, Kennedy GE, et al. Antiretroviral post-exposure prophylaxis (PEP) for occupational HIV exposure. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007; 1: CD002835.

5.3.5.6.3 La prophylaxie pré-exposition (PPrE)

Cohen M. Antiretroviral Therapy for Prevention of Transmission of HIV. 46th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. 2006; San Francisco, California. Abstract No. 315d.

Grant RM, Wainberg MA. Chemoprophylaxis of HIV Infection: Moving Forward with Caution. *Journal of Infectious Diseases*. 2006;194:874-876.

Grohskopf L, Gvetadze R, Pathak S, et al. Preliminary analysis of biomedical data from the phase II clinical safety trial of tenofovir disoproxil fumarate (TDF) for HIV-1 pre-exposure prophylaxis (PrEP) among U.S. men who have sex with men (MSM). IAC 2010; Abstract FRLBC102.

Karim QA, Karim SS, Frohlich JA, et al. Effectiveness and Safety of Tenofovir Gel, an Antiretroviral Microbicide, for the Prevention of HIV Infection in Women. *Science*. 2010 Jul 19.

Liu AY, Grant RM, Buchbinder SP. Preexposure Prophylaxis for HIV: Unproven Promise and Potential Pitfalls. *Journal of the American Medical Association*. 2006;296(7):963-865.

Martin F. Preexposure prophylaxis for HIV infection: it's not as easy as ABC. *Infectious Diseases*. 2007;20:1-2.

Montaner JS, Hogg R, Wood E, et al. The case for expanding access to highly active antiretroviral therapy to curb the growth of the HIV epidemic. *Lancet*. 2006;368:531-6.

Padian NS, Buve A, Balkus J, et al. Biomedical Interventions to Prevent HIV Infection: Evidence, Challenges and Way Forward. *Lancet*. 2008;372:585-599.

Peterson L, Taylor D, Clarke EEK, et al. Findings from a double-blind, randomized, placebo-controlled trial of tenofovir disoproxil fumarate (TDF) for prevention of HIV infection in women. XVI International AIDS Conference; 2006; Toronto, Canada. Abstract THLB0103.

PrEP Watch. Disponible à : <http://prepwatch.org/index.htm>. [Accédé le April 1, 2009]

Subbarao S, Otten R, Ramos A, et al. Chemoprophylaxis with tenofovir disoproxil fumarate provided partial protection against infections with simian human immunodeficiency virus in macaques given multiple virus challenges. *Journal of Infectious Diseases*. 2006;194:904-911.

5.3.5.7 La prévention de la transmission d'une mère à son enfant

Alimenti A, Forbes J, Samson L, et al. The Canadian Pediatric AIDS Research Group. Perinatal HIV Transmission and Demographics in Canada, 2007: Data from the Canadian

Perinatal HIV Surveillance Project (CPHSP). *Canadian Journal of Infectious Diseases*. 2008;19(A):32A.

Burdge DR, Money DM, Forbes JC, et al. Canadian Consensus Guidelines for the management of pregnancy, labour and delivery and for postpartum care in HIV-positive pregnant women and their offspring (summary of 2002 guidelines). *Canadian Medical Association Journal*. 2003;168(13):1683-1688.

Réseau canadien d'info-traitements sida [CATIE]. VIH et grossesse : généralités. 2001. Disponible à : http://catie.ca/ACASfs_f.nsf/LS/408A24FC5BF8EE2085256E93006B48A7?OpenDocument. [Accédé le 1 avril, 2009].

Canadian AIDS Treatment Information Exchange [CATIE]. Treatment Guidelines for Pregnant Women with HIV. 2001. http://catie.ca/acasfs_e.nsf/599d197e04be7e4a85256f0900685d3b/310963871f2afeb6852571b400638a3e!OpenDocument. [Accédé le April 1, 2009]

Samson L, Forbes J, Alimenti A, Ayers D, Singer J, Bitnun A, Money D, Lapointe N. Perinatal HIV transmission and Demographics in Canada: data from the Canadian Perinatal HIV Surveillance Program (CPHSP). 19th Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research. 2010. Abstract0085.

Steel O'Conner K, MacDonald SE. Aiming for zero: preventing mother-to-child transmission of HIV. Canadian Medical Association Journal. 2002;166(7):909-910.

5.4 Le dépistage du VIH et le counseling

Brenner BG, Roger M, Routy JP, et al. High Rates of Forward Transmission Event after Acute/Early HIV-1 Infection. Journal of Infectious Diseases. 2007;195:951-926.

Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses (CCNMI). Examen des prevues: Dépistage régulier du VIH (avec droit de refus). Disponible à : http://nccid.ca/fr/files/Routine_HIV_Screening_Fr.pdf. [Accédé le 1 avril, 2009].

Choudhri Y, Cule S. Factors associated with testing for HIV among females and males in Canada. Can J Infect Dis Med Microbiol 2006;17(Suppl A):42A [Abstract 304].

Hays RB, Paul J, Ekstrand M, et al. Actual versus perceived HIV status, sexual behavioral and predictors of unprotected sex among young gay and bisexual men who identify as HIV-negative, HIV-positive and untested. AIDS. 1997;11:1495-1502.

Hertz-Picciotto I, Lee LW, Hoyo C. HIV test-seeking before and after the restriction of anonymous testing in North Carolina. Am J Public Health 1996;86(10):1446-50.

Higgins DL, Galavotti C, O'Reilly KR, et al. Evidence of the effects of HIV antibody counseling and testing on risk behaviour. JAMA. 1991;266:2419-2429.

Hoxworth T, Hoffman R, Cohn D et al. Anonymous HIV testing: Does it attract clients who would not seek confidential testing? AIDS Public Policy J 1994;9(4):182-88.

Johnston BL, Conly JM. Point of Care Testing for HIV: HIV Counseling and Testing. Canadian Journal of Infectious Diseases. 2002;13(2):85-88.

Keagles SM, Catania JA, Coates TJ et al. Many people who seek anonymous HIV-antibody testing would avoid it under other circumstances. AIDS 1990;4(6):585-88.

Kilmarx PH, Hamers FF, Peterman TA. Living with HIV: experiences and perspectives of HIV-infected sexually transmitted disease clinic patients after post-test counseling. Sexually Transmitted Diseases. 1998;25:28-37.

Ontario Ministry of Health. Anonymous HIV testing evaluation: January 1992 to June 1993. Toronto: AIDS Bureau, Ontario Ministry of Health, November 1994.

Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. Backgrounder: Point of Care Testing. 2007. Disponible à : http://health.gov.on.ca/english/media/news_releases/archives/nr_07/jun/hivtesting_bg_05_20070622.pdf. [Accédé le April 1, 2009]

Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. Guidelines for HIV Counseling and Testing. 2008. Disponible à : http://health.gov.on.ca/english/providers/pub/aids/comm_materials/hiv_guidelines.pdf. [Accédé le April 1, 2009]

Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, juillet 2010, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2010.

Wenger NS, Kusseling FS, Beck K, et al. Sexual behaviour of individuals infected with the human immunodeficiency virus: the need for intervention. *Archives of Internal Medicine*. 1994;154:1849-1854

5.5 Le traitement, les soins et le soutien pour les personnes vivant avec le VIH

5.5.1 Le traitement du VIH

Department of Health and Human Services. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents. 2009. Disponible à : <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/AdultandAdolescentGL.pdf>. [Accédé le October 1, 2010]

European AIDS Clinical Society. Guidelines Clinical Management and Treatment of HIV Infected Adults in Europe. Version 5-2. Disponible à : http://europeanaidscinicalsociety.org/guidelinespdf/1_Treatment_of_HIV_Infected_Adults.pdf. [Accédé le October 1, 2010]

Thompson MA, Aberg JA, Cahn P, et al. Antiretroviral Treatment of Adult HIV Infection: 2010 Recommendations of the International AIDS Society USA panel. *JAMA*. 2010 Oct 1;304(3):321-333. Disponible à : <http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/304/3/321.pdf>. [Accédé le October 1, 2010]

5.5.2 L'observance thérapeutique

Réseau canadien d'info-traitements sida [CATIE]. L'observance thérapeutique. 2005. Disponible à : http://catie.ca/ACASfs_f.nsf/LS/6AC424E6AE586285256FF8005499A2?OpenDocument. [Accédé le 1 avril, 2009].

Conway B, Prasad J, Reynolds R, et al. Nevirapine (NVP) and protease inhibitor (PI)-based regimens in a directly observed therapy (DOT) program for intravenous drug users (IDUs). 9th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. 2002; Seattle, Washington. Abstract 545.

Kensett S, McKillip B, Sauer J, et al. Maximally Assisted Therapy (MAT): An HIV care program to improve adherence to antiretroviral medications (ARVs) for residents of the Downtown Eastside (DTES) of Vancouver. CANAC Conference. 2005; Banff, AB, Canada.

Mitty JA, Stone VE, Sands M, et al. Directly observed therapy for the treatment of people with human immunodeficiency virus infection: a work in progress. *Clinical Infectious Diseases*. 2002;34:984-990.

Mitty JA, Macalino GE, McKenzie M, et al. Directly observed therapy (DOT) among HIV-seropositive substance users: a pilot study. 39th Annual Meeting of the Infectious Diseases Society of America; October 25-28, 2001; San Francisco, California. Abstract 707.

Shuter J. Forgiveness of non-adherence to HIV-1 antiretroviral therapy. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. 2008;61(4):769-73.

Organisation mondiale de la Santé [OMS]. Rapport sur la santé dans le monde, 2004 – changer le cours de l'histoire. 2004. Disponible à : <http://who.int/whr/2004/fr/index.html>. [Accédé le 1 avril, 2009].

Stone VE, Adelson-Mitty J, Arnsten JH, et al. What strategies do providers use to enhance adherence to multithérapie antirétrovirale? XIII International AIDS Conference. 2000; Durban, South Africa. Abstract ThPeB5027.

Turner BJ. Adherence to antiretroviral therapy by HIV-infected patients. *Journal of Infectious Diseases*. 2002;185(suppl 2):S143-S151.

Wood E, Hogg RS, Yip B, et al. Effect of medication adherence on survival of HIV-infected adults who start highly active antiretroviral therapy when the CD4+ cell count is 0.200 to 0.350 x 10⁹ cells/L. *Annals of Internal Medicine*. 2003;139(10):810-816.

5.5.3 La pharmacorésistance

Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, juillet 2010, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2010.

The Body. HIV Drug Resistance. Disponible à : <http://thebody.com/index/treat/resistance.html>. [Accédé le April 1, 2009]

Réseau canadien d'info-traitements sida [CATIE]. Feuillet d'information: Tests de résistance au VIH. 2001. Disponible à : http://catie.ca/ACASfs_f.nsf/LS/3D45B784E407CCEA85256E93006D4E12?OpenDocument. [Accédé le 1 avril, 2009].

5.5.4 Les effets secondaires

Réseau canadien d'info-traitements sida [CATIE]. Un guide pratique des effets secondaires des médicaments anti-VIH. 2006. Disponible à : http://catie.ca/pdf/PG_SideEffects_f/SIDEEFF_FR.pdf. [Accédé le 1 avril, 2009].

5.5.5 Le VIH et les co-infections

MacCarthy S. Will the HPV Vaccine Guard You? The Positive Side. Spring/Summer 2009, Volume 11 Issue 1. Disponible à : http://positiveside.ca/e/V1111/Hpv_e.htm. [Accédé le September 27, 2010]

Réseau canadien d'info-traitements sida [CATIE]. Vous et votre santé : un guide à l'intention des personnes vivant avec le VIH. 2009. Disponible à : <http://catie.ca/fre/VVS/tdm.shtml>. [Accédé le 27 septembre, 2010].

Réseau canadien d'info-traitements sida [CATIE]. Nouvelles-CATIE : Bulletins de nouvelles concis sur le VIH/sida. Vaccins contre le VPH – résultats chez les hommes. 2009. Disponible à : <http://catie.ca/nouvellescatie.nsf/nouvelles/5DF605ADB4AD7BB385257727004D8080?OpenDocument> [Accédé le 27 septembre, 2010].

5.5.6 Le VIH et le vieillissement

Levy L. Vision Positive. 2005. Bien vieillir avec le VIH? Oui, c'est possible mais... Disponible à : http://positiveside.ca/f/V911/Vieillir_f.htm. [Accédé le 1 avril, 2009].

Special Issue on HIV and Ageing. Journal of AIDS. June 2003;33(2).

Special Issue on HIV and Ageing. AIDS. January 2004;18(supplement 1).

The Body. Is it AIDS or Aging? 2004. Disponible à : <http://thebody.com/index/whatis/older.html>. [Accédé le April 1, 2009]

5.5.7 L'approche holistique au traitement

Réseau canadien d'info-traitements sida [CATIE]. Un guide pratique des thérapies complémentaires pour les personnes vivant avec le VIH. 2004. Disponible à : http://catie.ca/pdf/PG_CAM_f/CAM_rvsd_05_FRE_web.pdf. [Accédé le 1 avril, 2009].

5.5.8 Les interactions médicamenteuses

AIDS Infonet. Fact Sheet 407. 2008. Disponible à : http://aidsinfonet.org/fact_sheets/view/407. [Accédé le April 1, 2009].

Furler M, Einarson T, Walmsley S, et al. Use of Complementary and Alternative Medicine by HIV-Infected Outpatients in Ontario, Canada. AIDS Patient Care and STDs. 2003;17(4):155-168.

5.5.9 L'accès aux soins de santé

Andersen R, Bozzette S, Shapiro M, et al. Access of vulnerable groups to antiretroviral therapy among persons in care for HIV disease in the United States. HCSUS Consortium. HIV Cost and Services Utilization Study. Health Services Research. 2000;35:389-416.

Anderson KH, Mitchell JM. Differential access in the receipt of antiretroviral drugs for the treatment of AIDS and its implications for survival. Archives of Internal Medicine. 2000;160:3114-3120.

- Bayoumi A, Frescura L, Rachlis A, et al. Ethnic and Geographic Differences in Access to Free, Universally Accessible Genotypic Resistance Testing in Ontario, Canada [abstract]. International Conference on Urban Health. 2006; Amsterdam.
- Bindman AB, Osmond D, Hecht FM, et al. Multistate evaluation of anonymous HIV testing and access to medical care. Multistate Evaluation of Surveillance of HIV (MESH) Study Group. *JAMA*. 1998;280:1416-1420.
- Bing EG, Kilbourne AM, Brooks RA, et al. Protease inhibitor use among a community sample of people with HIV disease. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome Human Retrovirology*. 1999;20:474-480.
- Carrieri MP, Moatti JP, Vlahov D, et al. Access to antiretroviral treatment among French HIV infected injection drug users: the influence of continued drug use. MANIF 2000 Study Group. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1999;53:4-8.
- Cronquist A, Edwards V, Galea S, et al. Health care utilization among young adult injection drug users in Harlem, New York. *Journal of Substance Abuse*. 2001;13:17-27.
- Cunningham WE, Hays RD, Ettl [OK?] MK, et al. The prospective effect of access to medical care on health-related quality-of-life outcomes in patients with symptomatic HIV disease. *Medical Care*. 1998;36:295-306.
- Cunningham WE, Hays RD, Williams KW, et al. Access to medical care and health-related quality of life for low-income persons with symptomatic human immunodeficiency virus. *Medical Care*. 1995;33:739-754.
- Davis WR, Deren S, Beardsley M, et al. Gender differences and other factors associated with HIV testing in a national sample of active drug injectors. *AIDS Education and Prevention*. 1997;9:342-358.
- Ebrahim SH, Anderson JE, Weidle P, et al. Race/ethnic disparities in HIV testing and knowledge about treatment for HIV/AIDS: United States, 2001. *AIDS Patient Care & STDS*. 2004;18:27-33.
- Knowlton AR, Hua W, Latkin C. Social support networks and medical service use among HIV-positive injection drug users: implications to intervention. *AIDS Care*. 2005;17:479-492.
- Kokkevi A, Stefanis C. Drug abuse and psychiatric comorbidity. *Compr Psychiatry*. 1995;36:329-337.
- Magura S, Kang SY, Rosenblum A, et al. Gender differences in psychiatric comorbidity among cocaine-using opiate addicts. *Journal of Addictive Diseases*. 1998;17:49-61.
- McKinney MM, Marconi KM, Cleary PD, et al. Delivering HIV services to vulnerable populations: an evaluation and research agenda. *Public Health Reports*. 2002;117:114-122.
- McKinney MM, Marconi KM. Delivering HIV services to vulnerable populations: a review of CARE Act-funded research. *Public Health Reports*. 2002;117:99-113.
- McLaughlin TJ, Soumerai SB, Weinrib D, et al. The association between primary source of ambulatory care and access to and outcomes of treatment among AIDS patients. *International Journal of Qualitative Health Care*. 1999;11:293-300.
- Montgomery JP, Gillespie BW, Gentry AC, et al. Does access to health care impact survival time after diagnosis of AIDS? *AIDS Patient Care & STDS*. 2002;16:223-231.
- Mosen DM, Wenger NS, Shapiro MF, et al. Is access to medical care associated with receipt of HIV testing and coun-selling? *AIDS Care*. 1998;10:617-628.

Najavits LM, Weiss RD, Shaw SR. The link between substance abuse and post-traumatic stress disorder in women. A research review. *American Journal of Addiction*. 1997;6:273-283.

Raboud JM, Abdurrahman ZB, Major C, et al. Nonfinancial factors associated with decreased plasma viral load testing in Ontario, Canada. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*. 2005;39:327-332.

Strathdee SA, Palepu A, Cornelisse PG, et al. Barriers to use of free antiretroviral therapy in injection drug users. *JAMA*. 1998;280:547-549.

Strike C, Leonard L, Millson M, et al. Best practice recommendations for needle exchange programs in Ontario. Toronto: Needle Exchange Coordinating Committee; 2006.

Sullivan PS, Lansky A, Drake A, HITS-2000 Investigators. Failure to return for HIV test results among persons at high risk for HIV infection: results from a multistate interview project. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*. 2004;35:511-518.

Wood E, Montaner JS, Bangsberg DR, et al. Expanding access to HIV antiretroviral therapy among marginalized populations in the developed world. *AIDS*. 2003;17:2419-2427.

Wood E, Montaner JS, Tyndall MW, et al. Prevalence and Correlates of Untreated Human Immunodeficiency Virus Type 1 Infection among Persons who have died in the Era of Modern Antiretroviral Therapy. *Journal of Infectious Diseases*. 2003;188:1164-1170.

5.5.10 Le VIH en tant que maladie épisodique

Groupe de travail canadien sur le VIH et la réinsertion sociale (GTCVRS). Disponible à : <http://hivandrehab.ca/FR/index.php>. [Accédé le 1 avril, 2009].

Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). Stratégies ergothérapeutiques pour les personnes atteintes du VIH/sida. Disponible à : <http://caot.ca/otnow/march07/Strat%C3%A9gies%20ergoth%C3%A9rapiques%20du%20VIH.pdf>. [Accédé le 1 avril, 2009].

The Canadian HIV/AIDS Legal Network. HIV/AIDS and Income Security. Disponible à : <http://aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=107>. [Accédé le April 1, 2009]

5.6 L'intégration des programmes de prévention, de traitement, de soins et de soutien pour les personnes vivant avec le VIH

Veinot, TC. The Case for an Integrated Approach to HIV/AIDS Prevention, Support and Treatment Services in Canada. *Journal of HIV/AIDS and Social Services*. 2006;5(3/4):181-199.