



LE VIH AU CANADA

TENDANCES ET ENJEUX POUR FAIRE PROGRESSER LA
PRÉVENTION, LES SOINS, LE TRAITEMENT ET LE SOUTIEN
GRÂCE À L'ÉCHANGE DES CONNAISSANCE

ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT



La production du document *Le VIH au Canada : Tendances et enjeux pour faire progresser la prévention, les soins, le traitement et le soutien grâce à l'échange des connaissances* 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 la loi sur le droit d'auteur. Il peut être réimprimé et distribué dans son intégralité à des fins non commerciales sans permission préalable, mais une permission doit être obtenue pour modifier ou changer de quelque façon que ce soit son contenu. La mention *Ces renseignements ont été fournis par CATIE (le Réseau canadien d'info-traitements sida)*. Pour de plus amples renseignements. Communiquer avec CATIE au 1-800-263-1638, ou www.catie.ca doit apparaître sur toute réimpression.

CATIE (le Réseau canadien d'info-traitements sida)

Communiquer avec **CATIE**

En téléphonant au

1-800-263-1638
416-203-7122

Par télécopieur

416-203-8284

Par courriel

info@catie.ca

En visitant le site Web

www.catie.ca

Par la poste

555, rue Richmond Ouest
Suite 505, casier 1104
Toronto, Ontario
M5V 3B1 Canada



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 LES PERSONNES À RISQUE.....	9
	3.2 LES HOMMES GAIS ET LES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC D'AUTRES HOMMES (HRSH).....	10
	3.3 LES UTILISATEURS DE DROGUES INJECTABLES (UDI).....	11
	3.4 LES HOMMES GAIS ET LES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC D'AUTRES HOMMES ET QUI UTILISENT DES DROGUES INJECTABLES (HRSH-UDI).....	12
	3.5 LES PERSONNES ORIGINAIRES DE PAYS OÙ LE VIH EST ENDÉMIQUE (TRANSMISSION HÉTÉROSEXUELLE SEULEMENT).....	12
	3.6 LES PERSONNES AYANT DES RAPPORTS HÉTÉROSEXUELS (ORIGINAIRES DE PAYS OÙ LE VIH N'EST PAS ENDÉMIQUE).....	13
	3.7 LES AUTOCHTONES.....	14
	3.8 LES FEMMES.....	15
	3.9 LES JEUNES.....	16
	3.10 LES CANADIENS PLUS ÂGÉS.....	17
	3.11 LE VIH/SIDA DANS LES PRISONS CANADIENNES.....	18
4	TENDANCES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DE L'HÉPATITE C, DE LA TUBERCULOSE ET DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT AU CANADA.....	19
	4.1 LE VIRUS DE L'HÉPATITE C (VHC).....	19
	4.2 LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT (ITS).....	21
	4.3 LA TUBERCULOSE.....	22
5	NOUVELLES TENDANCES ET NOUVEAUX ENJEUX DU VIH/SIDA.....	24
	5.1 STIGMATISATION ET DISCRIMINATION.....	24
	5.2 LA CRIMINALISATION DE LA NON-DIVULGATION DE LA SÉROPOSITIVITÉ.....	25
	5.3 INTERVENTIONS POUR LA PRÉVENTION CONTRE LE VIH.....	27
	5.3.1 Prévention combinatoire contre le VIH.....	27
	5.3.2 Les données probantes dans l'élaboration de programmes de prévention contre le VIH.....	28
	5.3.3 Les facteurs sociaux déterminants des interventions sanitaires et structurelles contre le VIH.....	29
	5.3.4 Les interventions comportementales pour la prévention contre le VIH.....	33
	5.3.5 Les interventions biomédicales pour la prévention contre le VIH.....	40
	5.4 LE DÉPISTAGE DU VIH ET LE COUNSELING.....	54
	5.5 LE TRAITEMENT, LES SOINS ET LE SOUTIEN POUR LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH.....	56
	5.5.1 Le traitement du VIH.....	56
	5.5.2 Fidélité au traitement.....	57
	5.5.3 Pharmacorésistance.....	58
	5.5.4 Les effets secondaires.....	60
	5.5.5 Le VIH et la vieillesse.....	60
	5.5.6 L'approche holistique au traitement.....	62
	5.5.7 Interactions médicamenteuses.....	63

5.5.8 L'accès aux soins de santé	64
5.5.9 Le VIH en tant que maladie épisodique.....	65
5.6 L'INTÉGRATION DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION, DE TRAITEMENT, DE SOINS ET DE SOUTIEN POUR LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH	66
5.7 L'INTÉGRATION DES SERVICES POUR LES INFECTIONS ACQUISES DANS LA COLLECTIVITÉ	67
REMERCIEMENTS.....	69
6 SOURCES PAR SECTION	70

1 INTRODUCTION

Dans notre 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 quant aux soins, au traitement et au soutien offerts aux personnes vivant avec le VIH ainsi qu'en ce qui a trait à 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, les autres personnes et les organismes pour développer, synthétiser, transmettre et appliquer 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.

Au cours des vingt-cinq dernières années, il y a eu une croissance explosive de nos connaissances collectives concernant la prévention contre le 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 de plusieurs communautés, disciplines et domaines de spécialisation différents. Par conséquent, la compréhension de la prévention contre le 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 au sein des différents intervenants afin de poursuivre de façon stratégique des opportunités coordonnées pour faire progresser la réponse à l'épidémie de VIH au Canada.

Cette analyse de l'environnement a été conçue pour aider à aborder le besoin d'une approche plus intégrée pour l'échange des connaissances sur le VIH. Elle offre une vue d'ensemble du portrait du VIH au Canada, y compris de l'épidémiologie du VIH, des tendances en termes de maladies liées au VIH et des 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 cette analyse de l'environnement est de fournir quelques points de départ pour entamer le 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. Cette analyse constitue un document à caractère évolutif qui sera régulièrement révisé pour refléter les connaissances actuelles sur le VIH au Canada.

Cette analyse de l'environnement vise à compléter d'autres initiatives afin de fournir un portrait approfondi de l'épidémie de VIH au Canada, y compris :

- De rapports de la situation du VIH chez des populations spécifiques, en cours de mise au point par l'Agence de la santé publique du Canada;
- Des rapports épidémiologiques sur le VIH et les infections contractées dans les communautés, publiés par l'Agence de la santé publique du Canada; et

- Des évaluations des besoins en ce qui a trait à l'information sur le VIH de la part des travailleurs de première ligne, publiées par CATIE.

Nous espérons que cette analyse de l'environnement 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

- ▶ 33,2 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 suivre 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 STI calcule les estimations du nombre de personnes vivant avec le VIH (prévalence) et du nombre de nouveaux cas d'infection au VIH en une année (incidence).

En 2007, il y avait à l'échelle mondiale environ 33,2 millions de personnes vivant avec une infection au VIH (y compris le sida). En 2007, le taux de prévalence du VIH chez les adultes était de 0,8 %. Regroupant 67 % de toutes les personnes vivant avec le VIH à travers le monde, l'Afrique du Sud du Sahara était, en 2007, la région la plus touchée par le sida; la prévalence du VIH chez les adultes était de 5,0 %. Le pays ayant le plus haut taux de prévalence de cette région était le Swaziland avec un taux de 33,4 %. Les deux autres régions où le taux de prévalence du VIH chez les adultes figurait au-dessus de la moyenne mondiale étaient les Antilles (1,0 %) et l'Europe orientale/l'Asie Centrale (0,9 %). Le taux de prévalence des autres régions se chiffrait sous la moyenne mondiale avec des pourcentages de 0,6 % pour l'Amérique du Nord, 0,5 % pour l'Amérique latine, 0,4 % pour l'Océanie, 0,4 % pour l'Europe occidentale et l'Europe centrale, 0,3 % pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord, 0,3 % pour l'Asie du Sud et l'Asie du Sud-Est et 0,1 % pour l'Extrême-Orient.

En 2007, on estimait qu'à chaque jour, plus de 6 800 personnes deviendraient infectées par le VIH. Ce qui signifie environ 2,5 millions nouveaux cas d'infection au VIH en 2007; 68 % de ces infections se sont manifestées en Afrique du Sud du Sahara. En 2007, on estimait que plus de 5 700 personnes sont mortes du sida. Ce qui signifie qu'environ 2,1 millions de personnes sont décédées en raison du sida; 76 % de ces décès se sont produits en Afrique du Sud du Sahara.

Il existe deux types différents d'épidémies du VIH à travers le monde. Les épidémies sont "concentrées" si 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 chez les personnes utilisant des drogues injectables. Inversement, les épidémies sont "généralisées" si la transmission est maintenue par des comportements sexuels de la population générale et elle persisterait malgré les programmes efficaces destinés aux groupes vulnérables. L'Amérique du Nord possède une épidémie concentrée comparé à l'Afrique du Sud du Sahara, qui présente une épidémie 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 votre épidémie, connaître votre réaction" — traduit l'importance de reconnaître que

les épidémies de VIH à travers le monde ne sont pas les mêmes et qu'aucune approche à elle seule n'enrayera l'épidémie de VIH. Les épidémies concentrées exigent des interventions ciblées aux groupes à risque de cette région. Les épidémies généralisées nécessitent des interventions intensifiées pour la population générale (p. ex. : des interventions visant la réduction des partenaires, la circoncision des hommes).

3 L'ÉPIDÉMIOLOGIE CANADIENNE DU VIH

L'épidémiologie du VIH aide à développer des programmes de prévention et de surveillance fondés sur des preuves ainsi qu'à promouvoir l'utilisation des ressources en santé de la façon la plus efficace. Le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI) de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) suit 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 quant 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 minimisent cependant l'ampleur de l'épidémie de VIH, car de telles données sont sujettes aux délais de signalement, à l'omission des signalements ainsi qu'aux profils changeants des comportements face au dépistage du VIH (qui se fait tester). De plus, les données de la surveillance ne comprennent pas le nombre de personnes n'ayant pas subi de dépistage et donc, n'ayant aucun diagnostic. Les données de surveillance les plus récentes de cas signalés datent de 2007.

Les estimations quant à la prévalence et à l'incidence du VIH sont produites 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 parmi les Canadiens ayant été diagnostiqués que ceux ne l'ayant pas été. Les estimations essaient également de surmonter les problèmes d'omissions et de délais des signalements des données de surveillance. Les estimations les plus récentes datent de 2005. Dans cette analyse, les estimations ont été utilisées si elles étaient disponibles, par contre, veuillez également prendre note que les estimations ne sont pas disponibles pour toutes les populations. En de tels cas, les cas signalés ont été utilisés.

L'ASPC soutient aussi une nouvelle initiative fédérale impliquant 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 (A/C Track); et les personnes vivant avec le VIH/sida (P-Track). Les cinq systèmes de surveillance se trouvent à différents stades; du développement à la mise en œuvre. Les méthodes mettent en cause des enquêtes périodiques transversales et peuvent comprendre la collection 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 quant aux comportements à risque pour le VIH;
- La prévalence et les tendances quant au dépistage du VIH;
- L'utilisation des services de prévention contre le VIH; et
- Les tendances dans la prévalence du VIH et des autres infections.

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

POINTS CLÉS

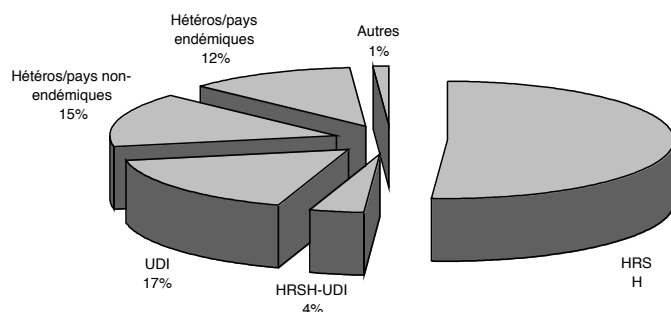
- ▶ En 2005, il y avait environ 58 000 Canadiens vivant avec le VIH (prévalence).
- ▶ En 2005, la prévalence du VIH chez la population adulte du Canada était de 0,3 %.
- ▶ Environ 15 800 personnes vivant avec le VIH/sida ne savaient pas qu'elles étaient atteintes.
- ▶ En 2005, il y a eu environ 2 300 à 4 500 nouveaux cas d'infection au VIH (incidence).
- ▶ En 2005, l'incidence du VIH n'a pas diminué et il se peut qu'elle ait légèrement augmenté depuis 2002.

En 2005, environ 2 300 à 4 500 nouveaux cas d'infection au VIH se sont déclarés au Canada comparé à environ 2 100 à 4 000 en 2002. En 2005, le taux de prévalence du VIH chez les Canadiens d'âge adulte était estimé à 0,3 %. À la fin de 2005, quelque 58 000 (48,000 - 68,000) personnes au Canada étaient infectées par le VIH (certaines avaient le sida). Cela représente une augmentation d'environ 8,000 infections (16%) depuis 2002.

En 2005, on estimait que des 58 000 personnes vivant avec le VIH au Canada, 27 % (soit 15 800 personnes) n'avaient pas été testées pour le VIH et qu'elles ne savaient donc pas qu'elles étaient atteintes. Les études ciblées offrent une mesure directe des individus qui n'ont pas reçus le diagnostic du VIH chez des populations spécifiques. Chez les utilisateurs de drogues injectables (UDI) et chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HRSH), on estime qu'environ 23 % des séropositifs ne savent pas qu'ils en sont atteints. Ce faible taux de personnes qui ignorent qu'elles sont atteintes du VIH peut être causé par la sensibilisation aux risques d'infection au VIH dans ces groupes, résultant en des taux plus élevés de dépistage.

Avec un pourcentage de 51 %, la catégorie d'exposition des HRSH continuait de représenter la majorité des personnes vivant avec le VIH au Canada en 2005. En comparaison, la catégorie des utilisateurs de drogues injectables représentait 17 %, la catégorie des hétérosexuels/de pays non-endémiques représentait 15 % et la catégorie d'exposition des hétérosexuels/de pays endémiques représentait 12 % (Figure 1). Les transmissions par transfusion sanguine étaient presque inexistantes et les transmissions de mère à enfant sont maintenant extrêmement rares (40 cas entre 2000 et 2006).

FIGURE 1. Distribution du pourcentage estimé de personnes vivant avec une infection au VIH (y compris le sida) au Canada en 2005 par catégorie d'exposition



Les sections suivantes du rapport résument l'épidémiologie du VIH disponible par le biais de l'ASPC pour des populations spécifiques au Canada. Veuillez prendre note que les populations se chevauchent (p. ex. : les HRSH chevauchent la population des jeunes). Chaque section comprendra les toutes dernières estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH ainsi que les tout derniers résultats des systèmes I-Track et M-Track (étant donné qu'ils sont actuellement 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.

Si disponibles, les statistiques suivantes sont fournies pour les sections 3.2 à 3.11:

- La prévalence du VIH dans la population (i.e. la proportion des personnes séropositives de chaque population);
- La comparaison de la prévalence du HIV 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 2002; et
- Tout autre facteur ou chiffre qui pourrait améliorer notre compréhension des questions liées à la population.

3.2 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 chiffrent entre 12 % et 23 % chez les HRSH dans trois villes canadiennes.
- ▶ Le taux de prévalence du VIH chez les HRSH était de 40 à 77 fois plus élevé dans trois villes canadiennes par rapport à la population canadienne d'âge adulte.
- ▶ Les HRSH représentaient 51 % de toutes les personnes vivant avec le VIH/sida en 2005.
- ▶ Environ 45 % des nouveaux cas d'infection au VIH étaient chez les HRSH en 2005.
- ▶ L'incidence du VIH a légèrement augmenté chez les HRSH depuis 2002.
- ▶ 34 % des HRSH ont continué à présenter des comportements sexuels qui les plaçaient à risque de contracter le VIH.

Les estimations de 2005 quant à la prévalence et l'incidence du VIH indiquent que les HRSH continuent d'être le groupe le plus touché au Canada. À la fin de 2005, 29 600 HRSH vivaient avec le VIH/sida au Canada, ce qui représente 51 % des 58 000 Canadiens estimés vivant avec le VIH/sida. Les HRSH représentaient le plus grand nombre de nouveaux cas d'infection en 2005, avec 1 100 à 2 000 (45 % des nouveaux cas d'infection) comparé aux 900 à 1 700 nouveaux cas estimés d'infection au VIH en 2002.

Le système de surveillance fédérale des HRSH (M-Track) a été lancé dans trois villes canadiennes (Montréal, Ottawa et Toronto) et a déterminé que le taux de prévalence chez les HRSH se situait entre 12 % et 23 %. Comparé au taux de prévalence du VIH au sein de la population canadienne d'âge adulte (0,3 %), le taux de prévalence chez les HRSH de ces villes est de 40 à 77 fois plus élevé. Les données sur les comportements à risque recueillies grâce au système M-Track suggèrent que les HRSH continuent d'être beaucoup plus à risque de contracter une infection au VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement (ITS). Par exemple, les estimations de la ville de Montréal concernant les comportements sexuels à risque indiquent que 34 % des HRSH ont eu des rapports sexuels anaux non-protégés au moins une fois au cours des six derniers mois.

3.3 LES UTILISATEURS DE DROGUES INJECTABLES (UDI)

POINTS CLÉS

- ▶ Les taux de prévalence du VIH allaient de 3 % à 24 % chez les UDI à l'échelle nationale (une moyenne de 13 %).
- ▶ La moyenne du taux de prévalence du VIH chez les UDI au Canada était 44 fois plus élevée par rapport au reste de la population canadienne d'âge adulte.
- ▶ Les UDI représentaient 17 % de toutes les personnes vivant avec le VIH/sida en 2005.
- ▶ Environ 14 % des nouveaux cas d'infection au VIH étaient chez les UDI en 2005.
- ▶ L'incidence a légèrement diminuée depuis 2002.
- ▶ Entre 9 % et 27 % des UDI ont emprunté des seringues usagées et entre 24 % et 41 % des UDI ont emprunté du matériel d'injection usagé.

À la fin de 2005, environ 9 860 personnes ayant été exposées au VIH par le biais de leur usage de drogues injectables vivaient avec le VIH/sida; ce qui représente 17 % des 58 000 Canadiens estimés vivant avec le VIH/sida. Les UDI représentaient environ 350 à 650 (14 %) des nouveaux cas d'infection au VIH en 2005 comparé à environ 400 à 700 cas en 2002.

Le système I-Track a démontré que de 2003 à 2005, il y avait un taux de prévalence du VIH de 13 % à l'échelle nationale chez les UDI. Les estimations spécifiques à chaque ville allaient de 3 % à 24 % et étaient réparties de la façon suivante : Edmonton 24 %, Québec (y compris Ottawa) 17 %, Regina 3 %, Toronto 8 %, Sudbury 12 %, Victoria 15 % et Winnipeg 13 %. Comparé au taux de prévalence de la population canadienne d'âge adulte (0,3 %), la moyenne du taux de prévalence chez les UDI était 44 fois plus élevée.

À l'échelle du pays, entre 9 % et 27 % (une moyenne de 15 %) des UDI ont signalé avoir emprunté des seringues usagées au cours des six derniers mois, et entre 24 % et 41 % (une moyenne de 31 %) ont signalé avoir emprunté du matériel d'injection usagé, selon le système I-Track. Ces chiffres suggèrent qu'il existe un potentiel considérable de transmission du VIH et du VHC (voir section 4.1) au sein de cette population.

3.4 LES HOMMES GAIS ET LES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC D'AUTRES HOMMES ET QUI UTILISENT DES DROGUES INJECTABLES (HRSH-UDI)

POINTS CLÉS

- ▶ Les HRSH-UDI représentaient 4 % de toutes les personnes vivant avec le VIH/sida en 2005.
- ▶ Environ 3 % de tous les nouveaux cas d'infection au VIH étaient chez les HRSH-UDI en 2005.
- ▶ L'incidence est stable depuis 2002.

À la fin de 2005, environ 2 250 hommes gais et hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et utilisant aussi des drogues injectables (HRSH-UDI) vivaient avec le VIH. Ce qui représente 4 % de toutes les personnes vivant avec le VIH au Canada. Les HRSH-UDI représentaient environ 70 à 150 nouveaux cas d'infection au VIH en 2005 (3 % de tous les nouveaux cas d'infection) comparé à environ 60 à 120 nouveaux cas d'infection au VIH en 2002. L'incidence demeure stable chez les HRSH-UDI depuis 2002.

3.5 LES PERSONNES ORIGINAIRES DE PAYS OÙ LE VIH EST ENDÉMIQUE (TRANSMISSION HÉTÉROSEXUELLE SEULEMENT)

POINTS CLÉS

- ▶ Le taux de prévalence du VIH était de 3 % chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique (transmission hétérosexuelle seulement).
- ▶ Le taux d'incidence du VIH était environ 12,6 fois plus élevé qu'au sein de la population canadienne d'âge adulte.
- ▶ Les personnes originaires de pays où le VIH est endémique représentaient 12 % de toutes les personnes estimées vivant avec le VIH/sida en 2005.
- ▶ Environ 16 % des nouveaux cas d'infection au VIH en 2005 étaient attribués aux personnes originaires de pays où le VIH est endémique et qui avaient contracté le VIH par le biais de rapports hétérosexuels.
- ▶ L'incidence du VIH a légèrement augmenté depuis 2002.

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 plus élevée ou égale à 2 % chez les femmes recevant des soins prénataux.

Parmi les exemples de régions où le VIH est considéré endémique, nous retrouvons l'Afrique

du Sud du Sahara et les Antilles.

Au Canada, on estimait que 7 050 (ou 12 %) personnes vivant avec le VIH/sida en 2005 avaient été exposées au VIH par le biais de rapports hétérosexuels et étaient originaires de pays où le VIH est endémique. On estimait que le taux d'infection au VIH était 12,6 fois plus élevé chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique et qui avaient été exposées par le biais de rapports hétérosexuels comparé à la population canadienne d'âge adulte (0,3 %), résultant en un taux de prévalence du VIH de 3 % au sein de cette population. Environ 400 à 700 (environ 16 %) des nouveaux cas d'infection étaient attribuables à ce groupe en 2005 comparé à environ 300 à 600 cas en 2002.

Lorsque les données de surveillance du VIH/sida attribuées à la catégorie d'exposition des pays où le VIH est endémique sont divisées par sexe et par âge, d'importants résultats en ressortent. Les femmes représentent 54 % des rapports de séropositivité et les personnes de moins de 40 ans représentent 78 % des rapports de séropositivité. Ces taux sont beaucoup plus élevés que ceux de leurs homologues aussi exposés par le biais de rapports hétérosexuels, mais qui sont originaires de pays où le VIH n'est pas endémique.

Nous devrions cependant user de circonspection lorsque vient le temps de faire des conclusions en se basant sur les chiffres présentés pour cette population. Les rapports de séropositivité reçus par l'ASPC provenant des provinces contiennent des cases remplies à divers degrés quant à la catégorie d'exposition et le pays de naissance. De plus, cette catégorie d'exposition comprend seulement la transmission par le biais de rapports hétérosexuels et ne comprend pas les personnes ayant été exposées au VIH par le biais des UDI ou des HRSH originaires de pays où le VIH est endémique en raison de la manière dont sont assignés les risques de propagation du VIH. Par conséquent, les données de surveillance ne représentent 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 diversifiées, reflétant des variations quant aux antécédents historiques, à la langue et aux traditions culturelles. Ces communautés 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.

3.6 LES PERSONNES AYANT DES RAPPORTS HÉTÉROSEXUELS (ORIGINAIRES DE PAYS OÙ LE VIH N'EST PAS ENDÉMIQUE)

POINTS CLÉS

- ▶ Les rapports hétérosexuels (chez les personnes originaires de pays où le VIH n'est pas endémique) représentaient 15 % de toutes les personnes vivant avec le VIH/sida en 2005.

- ▶ Environ 21 % de tous les nouveaux cas d'infection au VIH ont été attribués aux rapports hétérosexuels (chez les personnes originaires de pays où le VIH n'est pas endémique) en 2005.
- ▶ L'incidence est à la hausse depuis 2002.

En 2005, environ 8 620 personnes ayant contracté le VIH par le biais de rapports hétérosexuels et qui n'étaient PAS originaires de pays où le VIH est endémique vivaient avec le VIH. Ce qui représente 15 % de toutes les personnes vivant avec le VIH/sida au Canada en 2005. En 2005, il y avait environ 550 à 950 nouveaux cas d'infection dus à des rapports hétérosexuels chez des personnes originaires de pays où le VIH n'est pas endémique comparé à environ 450 à 850 cas en 2002. En 2005, ceci représentait 21 % de tous les nouveaux cas estimés d'infection au Canada.

3.7 LES AUTOCHTONES

POINTS CLÉS

- ▶ Le taux de prévalence du VIH était d'environ 0,6 % chez les Autochtones.
- ▶ Le taux de prévalence du VIH chez les Autochtones était 2,8 fois plus élevé par rapport à la population canadienne non-autochtone.
- ▶ Les Autochtones représentaient environ 7,5 % de toutes les personnes vivant avec le VIH/sida en 2005.
- ▶ Environ 9 % des nouveaux cas d'infection au VIH étaient chez les Autochtones en 2005.
- ▶ L'incidence demeure stable depuis 2002.
- ▶ L'usage de drogues injectables constitue un facteur de risque important pour la transmission du VIH chez les Autochtones.

À la fin de 2005, environ 3 600 à 5 100 Autochtones vivant avec le VIH, représentant 7,5 % des cas d'infection prévalente au VIH au Canada. En 2005 et en 2002, il y a eu environ 200 à 400 nouveaux cas d'infection au VIH chez les Autochtones au Canada.

Le taux estimé d'infection chez les Autochtones était d'environ 2,8 fois plus élevé qu'au sein de la population non-autochtone en 2005. Le taux de prévalence du VIH était d'environ 0,6 % chez les Autochtones.

L'usage de drogues injectables constitue un facteur de risque important pour la transmission du VIH au sein de la communauté Autochtone. Cinquante-trois pour cent des rapports de séropositivité chez les Autochtones étaient attribuables à l'usage de drogues injectables comparé à seulement 14 % de tous les rapports de séropositivité. Les rapports hétérosexuels représentaient 29 % de la transmission du VIH chez les Autochtones.

Les femmes représentent une proportion comparativement importante de l'épidémie de VIH chez les Autochtones avec un pourcentage de 48 % de tous les rapports de séropositivité

comparé à 21 % chez les personnes non-autochtones (entre 1998 et 2006). Les Autochtones séropositifs ont tendance à être plus jeunes que les personnes non-autochtones; presque un tiers (32 %) des rapports de séropositivité chez les Autochtones provenaient de personnes de moins de 30 ans comparé à 21 % chez les non-autochtones.

Nous devrions cependant user de circonspection lorsque vient le temps de faire 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 1998 à la fin de 2006, les données ethniques étaient signalées dans seulement 29,2 % des cas et n'étaient pas disponibles pour toutes les provinces et territoires. Par conséquent, seules les données de certaines provinces et territoires (tous, sauf l'Ontario et le Québec) sont utilisées lorsqu'on examine les données des rapports de séropositivité pour les Autochtones.

Au Canada, les populations autochtones sont très diversifiées, avec des communautés reflétant des variations quant aux antécédents historiques, à la langue et aux 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.

3.8 LES FEMMES

POINTS CLÉS

- ▶ Les femmes représentaient environ 20 % de toutes les personnes vivant avec le VIH/sida en 2005.
- ▶ Environ 27 % des nouveaux cas d'infection au VIH étaient chez les femmes en 2005.
- ▶ L'incidence du VIH a légèrement augmenté depuis 2002.
- ▶ Les rapports hétérosexuels et l'usage de drogues injectables étaient les principaux modes de transmission.

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 d'autres groupes, y compris les UDI et les personnes hétérosexuelles. Par conséquent, le fardeau du VIH chez les femmes est à la hausse. À la fin de 2005, il y avait environ 11 800 femmes vivant avec le VIH; ce qui représentait 20 % de toutes les personnes vivant avec le VIH/sida. En 2005, les femmes représentaient 27 % des nouveaux cas d'infection, ou environ 620 à 1 240 nouveaux cas d'infection comparé à environ 490 à 1 240 cas d'infection en 2002.

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 de femmes face à l'infection au VIH.

3.9 LES JEUNES

POINTS CLÉS

- ▶ Les jeunes (âgés entre 15 et 19 ans) représentaient environ 1,4 % de toutes les personnes diagnostiquées du VIH/sida jusqu'en 2007.
- ▶ Les jeunes adultes (âgés entre 20 et 29 ans) représentaient environ 24 % de toutes les personnes diagnostiquées avec le VIH/sida jusqu'en 2007.
- ▶ L'incidence du VIH chez les jeunes et les jeunes adultes demeure stable depuis 2002.
- ▶ 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 précoce 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 âgés entre 15 et 19 ans représentaient 1,4 % (908 cas signalés) de toutes les infections au VIH diagnostiquées et ceux âgés entre 20 et 29 ans représentaient 24 % de plus (15 379 cas signalés) jusqu'en 2007. Il faut cependant prendre note que le développement des symptômes du VIH peuvent prendre de nombreuses années, parfois même plus de 10 ans, alors, les personnes infectées dans leur jeunesse seront vraisemblablement diagnostiquées à l'âge adulte, lorsque les symptômes apparaîtront. C'est pourquoi, plusieurs personnes ayant été infectées dans leur jeunesse ne feront pas partie de ces statistiques.

L'incidence du VIH chez les jeunes et les jeunes adultes demeure stable depuis 2002. En 2007, il y a eu 39 cas signalés de VIH chez les jeunes comparé à 34 en 2002. En 2007, il y a eu 479 cas signalés de VIH chez les jeunes adultes comparé à 483 en 2002.

Dans une étude menée à travers le Canada, environ un demi-million d'adolescents âgés entre 14 et 17 ans ont signalé être sexuellement actifs. En moyenne, les adolescents canadiens ont signalé avoir eu trois partenaires sexuels et 24 % des adolescents sexuellement actifs ont signalé 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. Les femmes âgées entre 15 et 24 ans et les hommes âgés entre 20 et 24 ans sont le groupe le plus touché par les infections de chlamydia et de gonorrhée. Ces taux indiquent que cette population possède un comportement sexuel à risque qui pourrait mener à une épidémie de VIH dans ce groupe d'âge.

Certains groupes de jeunes sont particulièrement plus à risque de contracter le VIH, notamment les jeunes de la rue. À l'échelle nationale du Canada, on estime qu'il y a environ 150 000 jeunes vivant tous les jours dans la rue. On observe une très forte participation à des comportements qui les mettent à risque de contracter le VIH et d'autres ITS. Au Canada, quatre-vingt-quinze pour cent des jeunes de la rue ayant signalé qu'ils étaient sexuellement

actifs avaient eu en moyenne plus de 17 partenaires dans leur vie. Ces données se comparent à un échantillonnage national dans lequel seulement 24 % des jeunes ayant signalé qu'ils étaient sexuellement actifs avaient eu en moyenne que trois partenaires. Vingt pour cent des jeunes de la rue ont signalé avoir participé dans le commerce sexuel au cours de la dernière année. Environ 50 % des jeunes de la rue ont signalé avoir utilisé un condom lors de leur dernier rapport sexuel. Quatre-vingt-quinze pour cent des jeunes de la rue ont signalé avoir utilisé des drogues au cours de leur vie, et 20 % ont signalé s'être déjà injectés des drogues. De ceux s'étant injecté des drogues, 31 % ont signalé 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.

3.10 LES CANADIENS PLUS ÂGÉS

POINTS CLÉS

- ▶ Les Canadiens plus âgés représentaient environ 9 % de toutes les personnes diagnostiquées du VIH/sida jusqu'en 2007.
- ▶ L'incidence du VIH a augmenté depuis 2002.
- ▶ Les rapports sexuels étaient le mode de transmission principal.

En 2007, les Canadiens âgés de 50 ans et plus représentaient 5 640 cas signalés d'infection au VIH au Canada, ce qui représentait 9 % de tous les cas diagnostiqués d'infection au VIH. La proportion de rapports de séropositivité au VIH par année pour ce groupe d'âge est passée de 11 % en 2002 (282 cas signalés) à 15 % en 2007 (379 cas signalés).

Parmi les Canadiens plus âgés, au sein desquels une catégorie d'exposition pourrait être attribuée, les rapports sexuels étaient le principal facteur de risque pour l'infection au VIH. En 2007, parmi les Canadiens âgés de plus de 50 ans, la catégorie d'exposition des HRSH représentait 36 % et la catégorie d'exposition de ceux ayant eu des rapports hétérosexuels représentait 45 % des rapports de séropositivité au VIH. L'usage de drogues injectables représentait 18 % des rapports de séropositivité au VIH. Les transfusions sanguines et les HRSH ayant aussi utilisé des drogues injectables représentaient tous les deux moins de 1 % des rapports de séropositivité au VIH.

Avec la venue de 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 mener à une croissance continue de ce groupe de personnes vivant avec le VIH/sida.

3.11 LE VIH/SIDA DANS LES PRISONS CANADIENNES

POINTS CLÉS

- ▶ La prévalence du VIH était d'environ 2 % chez les détenus de prisons fédérales en 2005.
- ▶ Le taux de prévalence du VIH était sept fois plus élevé chez les détenus qu'au sein de la population canadienne d'âge adulte.
- ▶ Le VIH chez les détenus est fortement associé à l'usage de drogues injectables.

Le taux de prévalence estimé dans les prisons fédérales canadiennes était de 2 % entre 2000 et 2005. Ce qui est environ sept fois plus que le taux de prévalence chez les adultes au Canada. Le taux de prévalence du VIH chez les détenus masculins était légèrement plus bas que celui chez les détenues féminines (1,6 % vs 2,8 %).

L'infection au VIH parmi la population des pénitenciers peut se produire avant l'entrée ou après l'entrée en institution. L'infection au VIH dans les prisons canadiennes est fortement associée à l'usage de drogues injectables; environ un tiers des détenus ont signalé des antécédents d'usage de 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 mettent aussi les personnes à risque d'être infectées; environ 13 % ont signalé avoir été tatouées 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 au sein des systèmes pénitenciers comparé à l'usage de drogues injectables, elle se produit et devrait être considérée.

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

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

4.1 LE VIRUS DE L'HÉPATITE C (VHC)

POINTS CLÉS

- ▶ Près de 1 % des Canadiens sont infectés par le VHC (un pourcentage plus de trois fois plus élevé que le taux de prévalence du VIH au sein de la population canadienne d'âge adulte).
- ▶ Environ 250 000 Canadiens vivent avec le VHC.
- ▶ Environ 20 % des personnes séropositives sont co-infectées avec le VHC.
- ▶ Le mode de transmission principal du VHC est l'usage de drogues injectables.
- ▶ Le VHC est 10 fois plus transmissible que le VIH par le biais de contacts avec le sang.
- ▶ Le dépistage du VHC chez les personnes séropositives au VIH et le dépistage du VIH chez les personnes infectées du VHC est essentiel.
- ▶ La gestion du traitement chez les personnes co-infectées par le VIH et le VHC est plus complexe que le traitement des personnes atteintes d'une seule infection.

L'hépatite C est une maladie du foie causée par le virus de l'hépatite C (VHC) et transmise principalement par le biais de contacts sang à sang. Le virus peut être spontanément éradiqué chez environ 15 % à 25 % des personnes infectées. Par contre, jusqu'à 85 % des personnes ne se débarrassent pas du virus; la maladie progresse et se transforme en infection chronique et, avec le temps, cause l'inflammation du foie et des cicatrices s'y développent, ce qui pourrait résulter en une cirrhose et le cancer du foie.

Le taux de prévalence de l'hépatite C au Canada est près de 1 %, un pourcentage plus de trois fois plus élevé que le taux de prévalence du VIH de la population canadienne d'âge adulte. Environ 250 000 personnes vivent avec l'hépatite C au Canada et environ 5 000 nouveaux cas d'infection se déclarent chaque année. Des taux élevés d'hépatite C ont été consignés au sein de plusieurs populations, dont les populations d'UDI et de détenus. Les données du système national I-Track indiquent une prévalence uniforme de l'hépatite C chez les UDI à travers le Canada allant de 60 % à 70 %. Les enquêtes nationales menées chez les détenus consignent un taux de prévalence allant de 19 % à 40 %, bien au-dessus du taux national.

Le VHC peut être contracté par le biais :

- Du 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;
- De procédures médicales, durant lesquelles des procédures imparfaites de la prévention des infections permettent la réutilisation de matériel ayant été en contact avec du sang contaminé;
 - De certaines activités sexuelles (par exemple, lors de rapports sexuels non-protégés avec une femme ayant ses menstruations, de rapports sexuels anaux non-protégés ou lorsque des traumas de tissus mous ou des lésions sont présentes);
 - De blessures causées par des seringues;
 - De 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
 - De transfusions sanguines avant des tests de dépistage efficaces, ou dans les pays où un tel dépistage n'est pas offert.

Le VHC est 10 fois plus transmissible que le VIH par le biais de contacts avec le sang. Cependant, le VIH est plus transmissible que le VHC par le biais de rapports sexuels.

En raison des modes de transmission communs du VIH et du VHC et de leur plus grande vulnérabilité, les personnes infectées par le VIH sont à risque de devenir co-infectées par l'hépatite C. Au Canada, environ 10 000 personnes sont co-infectées par le VIH et le VHC. Les personnes co-infectées sont plus susceptibles d'être des Autochtones, des UDI actuels ou anciens, des détenus actuels ou anciens et/ou des personnes ayant reçu du sang ou des produits sanguins contaminés au cours de leurs soins de santé.

Étant donné que de nombreuses personnes n'ont peu ou aucun symptôme de cette infection, on estime qu'il y a environ un tiers des personnes vivant avec le VHC qui ne savent pas qu'elles en sont atteintes. Tel que mentionné précédemment, environ 27 % 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 du VIH ou du 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 qui réduiraient la transmission aux autres et permettraient 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 le VHC 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 contre le VIH sont plus complexes en raison des interactions médicamenteuses entre le multithérapie antirétrovirale et le traitement contre le VHC et les 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 semblables, les personnes diagnostiquées d'une ITS devraient subir un dépistage pour le VIH et le VHC.

Les tendances en ce qui a trait aux ITS peuvent offrir un aperçu non négligeable quant à l'endroit où l'épidémie de VIH pourrait se propager, rendant la surveillance de données des ITS un élément essentiel pour comprendre les possibilités de l'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 plus de 70 % depuis 1997. La gonorrhée, la deuxième ITS bactérienne la plus courante au Canada, a augmenté de 100 % au cours des 10 dernières années et a démontré une tendance à la hausse constante dans tous les groupes d'âges, avec une augmentation considérable chez les hommes âgés entre 30 et 39 ans. Enfin, on a observé une augmentation considérable et préoccupante au cours des cinq dernières années de la syphilis infectieuse, la ITS la moins courante, avec des taux ayant augmenté de plus de 400 %.

Des études internationales et quelques études canadiennes indiquent qu'à la suite d'un déclin de la prévalence des ITS à déclaration obligatoire chez les HRSH au début des années 80, 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 a augmenté chez les HRSH depuis le milieu des années 90.

Les personnes infectées par soit le VIH soit une ITS sont plus vulnérables d'être co-infectées en raison des modes de transmission communs (rapports sexuels). De plus, la présence d'une ITS, comme un chancre syphilitique, peut accroître les risques de transmettre ou de contracter le VIH par le biais de rapports sexuels. Par conséquent, les personnes atteintes d'une ITS présentent plus de risques de devenir 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 par du counseling au sujet de la prévention et du dépistage du VIH et du VHC.

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 accroître la difficulté à maîtriser ces infections et leurs complications.

4.3 LA TUBERCULOSE

POINTS CLÉS

- ▶ Les personnes vivant avec le VIH/sida ont plus de risques 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 ont plus de risques de passer de la tuberculose latente à la tuberculose évolutive.
- ▶ Les personnes vivant avec le VIH/sida ont plus de risques de développer une tuberculose extrapulmonaire.
- ▶ Les Autochtones et les immigrants du Canada originaires de pays dans lesquels les taux de tuberculose et de VIH sont plus élevés ont plus de risques d'être co-infectés.

Le *mycobacterium tuberculosis* est la bactérie qui se propage d'une personne atteinte de la tuberculose évolutive et infectieuse des poumons ou des voies respiratoires à une autre personne par le biais de l'air. 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, résultant en une infection latente à la tuberculose. Une infection latente à la tuberculose ne présente aucun symptôme et la personne n'est pas nécessairement contagieuse. Une infection latente à la tuberculose peut cependant se développer en tuberculose évolutive lorsque le système immunitaire est compromis ou affaibli. Si tel est le cas, les symptômes se développent et la personne devient contagieuse. La tuberculose peut se propager à l'extérieur des poumons via le sang 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 à l'extérieur des poumons 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 est seulement offert aux bébés des communautés des Premières Nations et Inuits présentant des taux élevés de tuberculose.

Le diagnostic de la tuberculose évolutive comprend les antécédents médicaux, une radiographie pulmonaire et un prélèvement d'expectoration. La tuberculose à l'extérieur des poumons peut être plus difficile à diagnostiquer parce la radiographie pulmonaire et la culture d'expectoration seront négatifs. La tuberculose latente est diagnostiquée par un test de sensibilité cutané à la tuberculine. Des résultats positifs devraient entraîner des radiographies pulmonaires et des prélèvements d'expectoration afin d'exclure le diagnostic de tuberculose évolutive. Des résultats faux positifs de tests de sensibilité cutané à la tuberculine peuvent survenir 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 sont étudiées comme méthodes de rechange pour diagnostiquer la tuberculose latente.

La tuberculose latente et la tuberculose évolutive peuvent être soignées grâce à des antibiotiques pris durant au moins six mois. Si la personne atteinte n'adhère pas entièrement à son régime posologique, la tuberculose peut devenir résistante aux antibiotiques, rendant les soins plus complexes et augmentant les chances de transmettre ce type de tuberculose résistante aux antibiotiques à d'autres. La tuberculose multirésistante aux antibiotiques engendre des complications accrues quant au traitement et aux soins. La tuberculose ultrarésistante est presque toujours mortelle.

Les personnes vivant avec le VIH/sida ont plus de risques de contracter la tuberculose en raison de leur système immunitaire affaibli. Les personnes vivant avec le VIH risquent davantage de développer la tuberculose évolutive. Chaque année, les personnes vivant avec le VIH ont 10 % des chances de développer la tuberculose évolutive comparé à la population générale, au sein de laquelle environ 10 % des personnes développent dans leur vie la tuberculose évolutive. Les personnes vivant avec le VIH/sida ont aussi plus de risques d'être atteintes de la tuberculose évolutive à l'extérieur des poumons. Le niveau de co-infection au Canada est incertain. Les estimations du pourcentage de personnes vivant avec le VIH et qui sont aussi atteintes de la tuberculose évolutive vont de 1,6 % à 5,8 %. Deux études estiment que le pourcentage de personnes atteintes de la tuberculose et qui sont aussi séropositives vont de 3,8 % à 13,8 %. Des études ont démontré que les Autochtones et les immigrants du Canada 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 conseille le dépistage du VIH pour toutes les personnes infectées par la tuberculose et le dépistage de la tuberculose pour toutes les personnes séropositives. On estime que seulement 21 % des personnes séropositives ont subi un test de dépistage pour 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 démontrent que les personnes vivant avec le VIH au Canada sont encore touchées par la stigmatisation et la discrimination.

La stigmatisation est une forme de préjugé qui discrédite ou rejette une personne ou un groupe parce qu'elle ou qu'il semble être différent(e) de nous-mêmes ou du courant dominant. Lorsqu'une personne obéit à ses préjugés, la stigmatisation devient de la discrimination. La stigmatisation liée au VIH provient en général de la peur et de l'ignorance face à la maladie et/ou l'hostilité et les préjugés existants au sujet des groupes qui en sont le plus touchés (p. ex. : les hommes gais). La discrimination liée au VIH est le traitement injuste des personnes basé sur leur séropositivité réelle ou présumée. La discrimination des personnes vivant avec le VIH/sida s'étend aussi aux populations à risques de contracter le VIH (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 risques 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 qui en sont touchées relègue l'épidémie à la clandestinité, engendrant ainsi des conditions idéales pour la propagation du VIH.

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

- 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 par le

- biais de rapports sexuels ou 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 à dévoiler son état sérologique relativement au VIH (si elle est séropositive pour le VIH) avant d'adopter un comportement à risques avec une autre personne.
- ▶ Des 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, nous retrouvons le fait que cette loi pourrait servir à dissuader les personnes à avoir des comportements pouvant transmettre le VIH ainsi qu'à les punir d'avoir usé de tels comportements.
- ▶ La criminalisation de la non-divulgence de la séropositivité pourrait dissuader certaines personnes à se faire tester.

Le droit criminel canadien oblige les personnes vivant avec le VIH à dévoiler leur état sérologique relativement au VIH avant d'avoir des comportements ayant des "risques importants" de transmettre le virus, dont les rapports sexuels anaux et vaginaux non-protégés. On ne sait pas encore 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 sur cet enjeu. 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 le matériel d'injection; cependant, étant donné que cela représente un risque significatif 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 de véritables risques ou des risques perçus de transmettre le VIH, et lorsque la séropositivité d'une personne est considérée comme un facteur empirant la gravité d'autres accusations. Par conséquent, certaines personnes avec le VIH ont été déclarées coupables de graves infractions criminelles et condamnées à d'importantes incarcérations pour avoir manqué de divulguer leur séropositivité avant d'avoir des comportements à risques. 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 serve à dissuader les personnes d'avoir des comportements représentant un risque de transmettre le VIH aux autres. Il n'y a par contre aucune preuve valable que la criminalisation est un élément dissuasif efficace. L'autre principal argument en faveur de la poursuite criminelle est qu'elle serve à punir les personnes pour leurs comportements.

Cependant, la criminalisation de la non-divulgence de la séropositivité pourrait avoir des conséquences négatives qui doivent être prises en considération :

- Incarcérer les délinquants ne les empêchera pas nécessairement de faire du tort aux autres. En fait, les prisons constituent des environnements au sein desquels les comportements à risques élevés sont courants et où les mesures de prévention contre le VIH sont limitées. Ce qui pourrait mener à la transmission du VIH au sein de l'institution, puis à l'extérieur, dans la communauté au moment où la personne est libérée.
- Le comportement sexuel et la consommation de drogues sont des comportements humains de nature complexe qui peuvent être plus facilement influençables lorsque d'autres interventions sont utilisées, comme l'éducation et le counseling pour la réduction des risques.
- La peur d'être poursuivi au criminel pourrait dissuader les personnes à se faire tester.
- Le nombre élevé de poursuites criminelles pourrait donner au public une perception erronée des risques de transmission. Ce qui est particulièrement pertinent lorsqu'on impose des peines sévères dans les cas où il y a des comportements ayant des risques 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 protégera les personnes 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 créer de la stigmatisation et de la discrimination.
- L'inégalité des sexes et du pouvoir peuvent également rendre la situation plus complexe. Par exemple, il se peut que certaines femmes séropositives n'aient pas la capacité d'insister sur l'utilisation du condom en raison de leur situation sociale ou pourraient craindre la violence si elles dévoilent leur séropositivité.

5.3 INTERVENTIONS POUR LA PRÉVENTION CONTRE LE VIH

5.3.1 Prévention combinatoire contre le VIH

POINTS CLÉS

- ▶ Il existe des approches structurelles, comportementales et biomédicales à la prévention contre le VIH.
- ▶ La prévention contre le VIH doit recourir à une combinaison stratégique de ses 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 contre le VIH basées sur des données probantes et selon les contextes.

En 2006, le Sommet mondial des Nations-Unies a embrassé l'objectif d'offrir dès 2010 un accès universel à la prévention contre le VIH, au traitement, aux soins et au soutien pour les personnes vivant avec le VIH. Cet objectif reflète donc un engagement pour accélérer la mise à l'échelle mondiale de mesures fondées sur des données probantes. L'élaboration de programmes et des stratégies efficaces de prévention nécessitent 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 risques. Une réponse efficace à la prévention contre le VIH nécessite également le leadership gouvernemental et l'activisme de la communauté, qui sont importants pour renouveler et maintenir la réponse à la prévention contre le 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 selon la connaissance de l'épidémie spécifique au contexte, selon les preuves d'efficacité et 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 à de la mise en œuvre. Cette approche stratégique implique qu'il faudra déterminer un effectif approprié de stratégies de prévention contre le VIH fondées sur des données probantes avec une couverture, une intensité et une durée suffisantes afin de bénéficier des meilleurs bienfaits pour la santé publique. L'élaboration de programmes de prévention sera inefficace si elle ne rejoint pas les personnes à risques de contracter le VIH et si la disponibilité des programmes n'est pas soutenue afin que soit maintenue la réduction des comportements à risques.

L'étude d'évaluation doit continuer à développer les preuves fondées sur l'élaboration de programmes efficaces de prévention contre le VIH dans le but de mieux nous guider dans la sélection des interventions comportementales, biomédicales et structurelles disponibles selon

les contextes et les populations spécifiques (se référer à la section suivante). Peu d'études de prévention ont cependant 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 contre-courant de la façon dont les personnes vivent leur vie et prennent des décisions. Il est donc difficile d'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 contre le VIH

POINTS CLÉS

- ▶ L'essai clinique comparatif gagne de l'appui en tant que meilleure façon d'évaluer les programmes de prévention contre le VIH; elle possède toutefois des désavantages.
- ▶ Les questions de recherche doivent guider le choix de méthodologie pour l'évaluation du programme.
- ▶ La définition des données probantes doit comprendre un éventail de données probantes de recherche par rapport à l'expérience vécue.

Aux États-Unis, on observe que de plus en plus d'efforts sont faits pour adopter une approche fondée sur les données probantes de la santé publique en ce qui a trait à la science pour la prévention contre le 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 qui est comparée. Cette étude permet un haut niveau de contrôle, ce qui réduit les risques de conclusions biaisées 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 contre le VIH. La démonstration de l'efficacité sous les conditions déterminées d'un essai clinique comparatif ne garantit pas que les mêmes interventions soient en réalité efficaces — surtout pour les interventions comportementales qui peuvent être très sensibles à l'environnement social et à la population examinée.

Compliquant davantage les efforts menés pour adopter des méthodologies de recherche rigoureuses, comme les essais cliniques comparatifs, est l'incapacité des organismes de première ligne à trouver des ressources pour se servir de ces approches afin d'évaluer leur influence sur leurs programmes. 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 contrecarrer 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 traiter la question plutôt que d'adapter la question de recherche à la méthodologie désirée.

Il existe également des enjeux face à la capacité d'appliquer le concept des essais cliniques comparatifs dans le but d'évaluer des interventions sociales et des interventions en matière 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 de déterminer leur influence. D'autres types de recherche, telles des études par observation, des analyses ethnographiques et des analyses de politiques, pourraient être plus aptes à évaluer les changements sociaux et fondamentaux pour la prévention contre le VIH.

Les données probantes peuvent être étroitement définies afin d'inclure exclusivement les conclusions rigoureuses provenant de recherches biologiques, comportementales et en sciences sociales, qui, cependant, excluent d'autres formes de connaissances, comme les connaissances acquises de l'expérience vécues des personnes et des communautés touchées par le VIH/sida. Ces types de connaissances ne sont peut-être pas aussi tangibles que celles recueillies par le biais d'une recherche scientifique, mais elles ne devraient pas être ignorées.

On éprouve aussi des problèmes à démontrer scientifiquement les données probantes provenant des convictions politiques ou des croyances idéologiques. Au Canada, les preuves accablantes appuyant l'influence positive d'un site d'injection supervisé, situé au centre-ville est de Vancouver, est un bon exemple de ce problème. Malgré une importante épidémie de VIH et l'influence positive confirmée d'un site d'injection supervisé, le gouvernement fédéral fait appel de la décision du tribunal provincial qui réclame que ce site demeure ouvert.

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 l'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 atteinte du VIH à chercher des traitements, des soins et du soutien.
- ▶ Les approches structurelles à la prévention contre le VIH visent à modifier les facteurs sociaux, économiques, politiques et environnementaux qui jouent sur la vulnérabilité face 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. Parmi les facteurs déterminants de la santé tels que définis par l'Agence de la santé publique du Canada, notons : le revenu et le statut social, les réseaux sociaux de soutien, l'éducation et le degré d'alphabétisation, les conditions d'emploi / de travail, l'environnement social et physique, l'hygiène de vie 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, l'abus physique et sexuel, 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 au sein des relations, ce qui peut avoir un effet négatif sur l'estime de soi et diminuer le sentiment d'appartenance à la communauté d'une personne. Tous ces facteurs peuvent influencer le jugement d'une personne ou peuvent diminuer la capacité d'une personne à se protéger contre le VIH.

Que nous ayons compris que les facteurs physiques, sociaux, culturels, organisationnels, communautaires, économiques, juridiques ou politiques au sein de nos environnements puissent entraver ou faciliter les efforts de prévention contre le VIH, nous a amenés à nous intéresser davantage aux approches structurelles de la prévention contre le 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 versus les approches comportementales qui tentent de modifier le comportement. Les approches structurelles à la prévention contre le 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 le logement stable des utilisateurs de drogues injectables; et
- Des encouragements et du financement pour la participation active des communautés touchées afin qu'elles conçoivent et fassent la promotion d'interventions pour la prévention contre le VIH.

Lorsqu'on évalue les interventions structurelles au sein d'un contexte communautaire, on doit effectuer 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 pour lutter contre ces facteurs débute par un examen des programmes existants qui ont été conçus ailleurs et, ensuite, de les adopter et de les adapter 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 un développement économique et social plus général. Les défis lors de l'évaluation de leur efficacité ont engendré des données probantes restreintes quant à l'efficacité des approches structurelles pour la prévention contre le VIH. La plupart des interventions structurelles impliquent des éléments d'envergure qui ne peuvent être aisément maîtrisés par des concepts de recherches expérimentales ou quasi-expérimentales. De nouvelles stratégies pour recueillir des preuves de l'influence de ces types de programmes sont nécessaires afin de créer une base de connaissances quant à ces types d'interventions.

5.3.4 Les interventions comportementales pour la prévention contre le VIH

POINTS CLÉS

- ▶ Les interventions comportementales pour la prévention contre le 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 causée par le comportement social de l'humain. Les interventions comportementales pour la prévention contre le VIH visent à influencer les connaissances, les attitudes et les comportements qui mettent une personne à risques de contracter le VIH, ce qui comprend les comportements sexuels et de consommation de drogues. Parmi les stratégies comportementales utilisées, nous retrouvons 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, d'importantes modifications à ce dernier posent

un défi et il existe des écarts considérables dans nos connaissances au sujet de l'efficacité des stratégies comportementales de prévention contre le VIH. Malgré tout, il a été démontré que de nombreuses interventions comportementales réduisaient la transmission du VIH. Une diffusion plus vaste de stratégies efficaces pour modifier les comportements joue un rôle essentiel pour aborder l'épidémie de VIH.

Les stratégies comportementales utilisées pour parvenir à la prévention contre le VIH peuvent se concentrer sur des personnes, des couples, des familles, des groupes de pairs ou de réseaux, des institutions et des communautés en entier. 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 ainsi que des approches pour développer les compétences. Les programmes font la promotion des connaissances précises et de la perception des risques de la personne tout en motivant davantage la personne à éviter les comportements à risques. Les programmes de prévention développent également les compétences individuelles nécessaires pour évaluer adéquatement les initiatives de prévention et éviter les situations à risques, ou à les négocier efficacement. Au sein des ménages, 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 l'importance de 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 à protéger les personnes contre l'infection, mais on s'efforce de plus en plus d'aider les personnes vivant avec le VIH à éviter de transmettre le VIH aux autres (prévention positive). Afin que ces programmes soient efficaces, les efforts de prévention doivent être alliés 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 (se référer à la section 5.3.4.6).

Pour que les stratégies comportementales de prévention fonctionnent, elles doivent rejoindre un grand nombre de personnes, elles doivent susciter des modifications de comportements et doivent maintenir les modifications durant longtemps. Une combinaison de voies de communication doit être utilisée pour transmettre des messages clairs et simples quant aux options pour réduire les risques et favoriser la santé. Il est essentiel de fournir aux personnes des options sur les façons de réduire les risques, car il n'existe aucune approche universelle, tout comme la participation des communautés dans le développement et la distribution de messages. Un juste équilibre d'approches comportementales dépend de notre compréhension de la population ciblée et de la capacité d'adapter les programmes existants pour qu'ils répondent 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 élevé d'infection ont miné le soutien pour ces programmes. De plus, les efforts pour mettre en œuvre certains programmes ont fait face

à des disputes sociales et idéologiques. Il existe différents comportements sexuels et de consommation de drogues et ces derniers sont habituellement adoptés en privé, ce qui nous empêche de bien les comprendre et d'inciter les personnes à modifier ces comportements. Enfin, le manque de compréhension du contexte social ainsi que d'autres facteurs jouant un rôle dans le fait qu'une personne s'efforce ou non d'adopter des comportements réduisant les risques, gênent les efforts pour concevoir des programmes efficaces afin de pousser les personnes à modifier leurs comportements.

Malgré ces défis, l'efficacité des efforts de prévention contre le VIH touchant au comportement a été éprouvée par le biais d'essais cliniques comparatifs et de recherches par observation. À défaut de mettre en œuvre ces initiatives sur une plus grande échelle, l'épidémie se propagera au Canada.

Les modèles actuels d'interventions comportementales se fondent souvent sur des théories cognitivo-comportementales assumant que les personnes prendront des mesures pour éviter les risques si elles sont bien informées et suffisamment motivées, ce qui signifie qu'elles pourront elles-mêmes servir d'intermédiaire lorsqu'elles feront face 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 risques 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 risques qui pourrait se produire lors de l'apparition des nouveaux outils biomédicaux, on doit se servir des interventions comportementales minimisant les comportements à risques dans ces nouvelles situations.

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

POINTS CLÉS

- ▶ La distribution et l'adoption de stratégies pour modifier le comportement sexuel, y compris 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.
- ▶ De fructueuses stratégies comportementales pour la prévention contre le 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 ainsi que des approches pour développer les compétences. Les stratégies comportementales pour réduire la transmission du VIH par voie sexuelle comprennent des tentatives pour retarder les premières relations sexuelles, pour diminuer le nombre de partenaires sexuels et pour accroître le nombre d'actes sexuels protégés.

De nouvelles données probantes suggèrent que les modifications favorables au comportement observées chez des personnes 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 au comportement ne durent pas, car ces changements demandent un certain zèle. Par exemple, l'utilisation régulière du condom est souvent difficile à maintenir dans la vie quotidienne des personnes et au sein de leur contexte social. Ce qui soutient le besoin de transmettre le message de façon continu afin que les modifications positives au comportement soient maintenues.

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

POINTS CLÉS

- ▶ La réduction des méfaits se réfèrent à des politiques, des programmes et des 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 réfèrent à des politiques, des programmes et des projets visant à réduire les méfaits liés à la consommation de drogues pour la santé, la société et l'économie. La réduction des méfaits n'exclue pas l'abstinence comme objectif pour les personnes, mais offre plutôt aux personnes des choix plus concrets, tel que de restreindre leur consommation de substances. La réduction des méfaits aide les personnes à s'engager et les incite à entrer en contact avec des fournisseurs de traitements au moment qui leur est opportun. Parmi des exemples de réduction des méfaits, notons : la distribution de seringues, les traitements d'entretien à la méthadone, la prise de contact avec les communautés, 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.

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. La réduction des méfaits basée sur des données probantes, 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 enravant la propagation du VIH, du VHC et des autres maladies infectieuses. De plus, ces programmes développent la confiance nécessaire aux utilisateurs pour s'engager dans des programmes de traitement des dépendances et de récupération.

Le pilier manquant symbolise bien le virage de l'idéologie politique vers une approche plus conservatrice en ce qui a trait 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 les 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.

Pour fonctionner 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.

Un rapport récent soumis par un groupe d'experts-conseils attiré par le gouvernement a consigné 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, qu'il est généralement soutenu par le public et qu'il a augmenté la fréquentation des services de désintoxication et de traitements. Malgré les preuves scientifiques et le besoin d'évaluation régulière de cette intervention, le gouvernement fédéral continue de retarder sa décision d'accorder une dérogation à Insite au-delà de la période pilote, ce qui lui permettrait de continuer à fonctionner.

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. Le gouvernement fédéral est allé en appel contre ce jugement.

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 le VIH, le traitement ne doit pas nécessairement être basé sur l'abstinence.
- ▶ Suffisamment de places de traitement doivent être disponibles et utilisables facilement.
- ▶ 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 personnes 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 pour l'abus des drogues réduisaient la consommation de drogues, diminuaient les comportements de partage de seringues et réduisaient les comportements sexuels à risques. 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 contre le VIH, il est essentiel d'offrir une gamme variée de services de traitement. De plus, les places de traitement doivent être disponibles et utilisables facilement 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 constituer 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 face au VIH/sida dans les écoles à travers le Canada.
- ▶ Des données probantes démontrent que des programmes complets en milieu scolaire peuvent réduire les comportements mettant les jeunes à risques de contracter le VIH.
- ▶ 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 âgés entre 14 et 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 des taux d'ITS à la hausse indiquent une tendance inquiétante. Les femmes âgées de 15 à 24 ans et les hommes âgés de 20 à 24 sont le groupe le plus touché pour l'infection à la chlamydia et à la gonorrhée. Ces taux indiquent un comportement sexuel à risques dans cette population et pourraient engendrer une éclosion de VIH au sein de ce groupe d'âge.

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. Entretemps, les tissus protecteurs du col de l'utérus sont plus minces, accroissant par conséquent 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 précise sur la santé sexuelle et le VIH et aux méthodes de prévention contre le VIH.

L'éducation sexuelle et l'éducation sur la prévention contre le VIH offertes en milieu scolaire peuvent rejoindre un vaste éventail de jeunes potentiellement à risques. Des données probantes démontrent 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. Des données probantes démontrent également que l'élaboration de programmes complets de prévention contre le VIH n'accélère pas l'initiation au sexe ou 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. Parmi ces dernières, nous retrouvons : une base en théorie de l'apprentissage social, une faible 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 paires

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 une éducation accrue sur le VIH dans les écoles. Les parents (96 %), le personnel scolaire (99 %) et les étudiants (94 %) croient en très grande majorité que l'éducation sur le VIH devrait être offerte au sein du système scolaire. Par contre, presque un tiers des étudiants ont signalé qu'ils n'avaient reçu aucune éducation sur le VIH au cours de la dernière année. Parallèlement, le personnel scolaire (77 %) et les étudiants (59 %) ont évalué la qualité de l'éducation sur le VIH/sida offerte de passable ou médiocre. Près de 30 % du personnel scolaire a signalé qu'il n'avait aucune expérience à donner de l'éducation sur le VIH et 64 % n'avait reçu aucune formation.

La SCS a conclu qu'il y avait un besoin d'offrir davantage de soutien et de ressources sur le VIH aux enseignants canadiens et elle indique qu'elle s'efforcera de solidifier les partenariats avec les décideurs et le personnel scolaire afin de fournir aux jeunes une éducation approfondie sur le VIH et afin de créer des normes nationales quant à 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 à leur incarcération sont seulement disponibles dans les prisons fédérales et dans un système provincial.
- ▶ 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 ont été offerts aux détenus des prisons fédérales du Canada en janvier 1992 dans le but d'empêcher la transmission par voie sexuelle du VIH dans les prisons. Selon les Services correctionnels du Canada (CX), 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. Notons cependant que la disponibilité des condoms varie dans les prisons provin-

ciales et territoriales. De plus, quelques provinces ont offerts des condoms, mais seulement par le biais des services de santé de la prison; ce qui peut rendre un prisonnier réticent à aller chercher ou à demander des condoms par peur d'être identifié comme quelqu'un prenant part à des activités homosexuelles et d'être ainsi discriminé.

En 1996, l'eau de Javel a été introduite dans le système carcéral fédéral dans le but de prévenir la transmission du VIH chez les détenus qui s'injectent des drogues. L'eau de Javel est disponible dans certains systèmes carcéraux provinciaux, mais pas dans tous. Malgré que cette méthode constitue une importante initiative de prévention, notons que 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 est faible." Il a été conclu que de nouvelles aiguilles/seringues étaient plus sécuritaires que des aiguilles/seringues ayant été stérilisées à l'eau de Javel, car les personnes ne connaissent pas ou n'utilisent pas de façon régulière la méthode appropriée pour désinfecter les seringues à l'eau de Javel.

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 enseigne aux détenus le tatouage sécuritaire tout en formant des détenus sélectionnés sur les maladies infectieuses et la prévention de l'infection. Les prisonniers sélectionnés ont 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. Les programmes à la méthadone ne sont offerts que dans les prisons fédérales et dans un système provincial pour amener les toxicomanes utilisant des opiacés à bénéficier du traitement d'entretien à la méthadone en prison. Dans les autres provinces et territoires, le traitement d'entretien à la méthadone est seulement disponible si la personne suivait déjà un traitement d'entretien à la méthadone avant son incarcération.

5.3.4.6 Le rôle de la prévention positive

POINTS CLÉS

- ▶ On croit de plus en plus que les initiatives de prévention devraient inclure les personnes vivant avec le VIH/sida.
- ▶ Si on met davantage l'accent sur la prévention positive, on craint que seules les personnes avec le VIH se sentent responsables d'enrayer la transmission du 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 habiliter les personnes séropositives, à faire la promotion de saines relations sexuelles 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 de devenir infectées par le VIH en tentant de réduire les comportements de prise de risques. Maintenant, les personnes vivant avec le VIH deviennent de plus en plus une population prioritaire pour les initiatives de prévention contre le VIH dans le but d'améliorer davantage l'efficacité de la prévention contre le VIH. La prévention positive se fonde sur le principe de la promotion de la santé. La prévention positive 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 appropriés dont elles ont besoin pour améliorer leur santé. Ces initiatives habiliter les personnes vivant avec le VIH à participer de façon active à la prévention.

L'intégration de messages sur la prévention contre le VIH dans le milieu clinique constitue une façon de mettre en œuvre la prévention positive au Canada. Le milieu clinique offre un accès unique aux personnes vivant avec le VIH pour distribuer des messages sur la prévention par le biais de divers moyens. Il a été démontré que de telles interventions étaient efficaces pour des comportements comme le tabagisme et la consommation d'alcool.

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 face à la prévention.

5.3.5 Les interventions biomédicales pour la prévention contre le VIH

POINTS CLÉS

- ▶ **Les interventions biomédicales enraient l'infection au VIH ou réduisent l'infectiosité.**
- ▶ **Les interventions biomédicales doivent faire partie d'un ensemble complet de programmes de prévention.**

Les interventions biomédicales enraient l'infection au VIH ou réduisent l'infectiosité. Voici quelques exemples d'interventions biomédicales : les condoms, les vaccins, les microbicides, la circoncision masculine, le traitement des ITS et l'usage d'antirétroviraux. Les efforts de recherche ont démontré l'efficacité de quelques-unes de ces interventions tandis que d'autres

sont encore en train d'être élaborées et cela pourrait prendre plusieurs années avant qu'elles ne soient mises en œuvre. La recherche continue (y compris, la science fondamentale, la recherche en préclinique et la recherche en phase précoce) est essentielle pour accroître le nombre disponible d'interventions biomédicales potentielles pour la prévention contre le VIH afin d'enrayer la propagation du VIH.

Les initiatives biomédicales pour la prévention contre le VIH ont par le passé été étroitement liées aux initiatives de prévention associées au comportement (p. ex. : counseling pour des rapports sexuels plus sécuritaires avec distribution de condoms). On craint qu'avec les nouvelles interventions biomédicales pour la prévention contre le VIH, les personnes ne maintiennent pas ou n'adoptent pas les comportements nécessaires pour se protéger, car elles pourraient penser qu'elles sont "immunisées" contre l'infection par le VIH ou il pourrait y avoir une pression accrue de la part des partenaires sexuels pour ne pas utiliser d'autres comportements pour se protéger. Afin d'éviter cela, les méthodes biomédicales doivent être liées à des interventions comportementales efficaces. De plus, la plupart des interventions biomédicales nécessitent de consulter la communauté médicale. Ce contact doit être exploité pour fournir des programmes comportementaux efficaces pour la prévention contre le VIH.

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 disponible pour se protéger contre le VIH pouvant être uniquement mis en place par les femmes.

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 et est fait de latex ou de polyuréthane. Le condom pour femmes est inséré dans le vagin de la femme et est fait de polyuréthane. Ces deux types de condoms fournissent une protection contre le VIH en servant de barrière contre l'exposition aux fluides des parties génitales, étant donné que le virus ne peut pas pénétrer ni le latex ni le polyuréthane.

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 vu que les organismes sont trop imposants pour pénétrer 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 le biais de contacts cutané-muqueux avec les parties génitales. Ce contact peut se produire à des endroits n'étant pas protégés

par le condom. On suppose 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 évalué que l'efficacité des condoms en latex pour hommes dans la prévention de la transmission du VIH se chiffrait à 85 %. Leur efficacité peut s'élever à 95 % lorsqu'ils sont utilisés régulièrement 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 régulièrement, il faut donc en avoir une réserve à portée de main.

L'utilisation du condom pour hommes dépend de la bonne volonté de l'homme, ce qui a mené à la conception de l'unique méthode initiée par la femme pour la prévention contre le VIH : le condom pour femmes. Des essais en laboratoire ont démontré que le condom pour femmes fournit une barrière physique efficace contre le VIH, mais son efficacité en situation réelle n'a pas été directement évaluée.

Le condom pour femmes présente cependant quelques désavantages. L'anneau externe du condom pour femmes est visible à l'extérieur du vagin et émet 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, est dispendieux et mal commercialisé. Son influence sur le plaisir sexuel est variable. Dans une étude de recherche menée à Toronto, quelques femmes ont identifié 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, 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.

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.
- ▶ On ne s'attend pas à ce qu'un vaccin efficace contre le VIH soit conçu dans un avenir proche.
- ▶ 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 (connus sous le nom de vaccins préventifs). Par conséquent, un vaccin préventif contre le VIH empêcherait les personnes de contracter le VIH. Par contre, 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 établir entièrement les changements complexes que provoque le VIH dans ces tissus. Troisièmement, le virus subit une mutation, modifiant constamment sa couche extérieure, ce qui ne facilite pas la tâche au système immunitaire pour suivre ces modifications. 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.

Jusqu'à ce jour, il y a eu plus de 100 essais cliniques avec au moins 30 différents vaccins éventuels contre le VIH. Aucun n'a réussi à fournir une protection contre ce virus. On ne s'attend pas à ce qu'un vaccin efficace contre le VIH soit conçu dans un avenir proche, du moins pas dans les prochains dix ans. Cependant, en se basant sur des recherches menées avec 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 demeurent confiants 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 risques de contracter l'infection au VIH. Étant donné les résultats décevants avec les essais de vaccins jusqu'à maintenant, un vaccin qui offre un peu d'immunité (i.e. qui n'est pas entièrement efficace) pourrait avoir des avantages sur la santé publique. Un tel vaccin ne remplacerait pas le besoin d'utiliser d'autres formes de prévention contre le VIH (p. ex. : des pratiques plus sécuritaires lors des rapports sexuels et l'injection de drogues). 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 risques, et donc possiblement, à une augmentation des taux d'infection au VIH.

Les vaccins thérapeutiques n'empêchent pas l'infection, mais 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 puisse renforcer la réaction du système immunitaire des personnes vivant avec le VIH, ce dernier pourrait 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 effectués sur des vaccins pour déterminer s'ils sont sécuritaires et efficaces pour traiter les personnes vivant avec le VIH.

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

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.
- ▶ Jusqu'à ce jour, seulement un candidat microbicide a fait preuve d'un certain succès lors d'un essai clinique.
- ▶ Lorsqu'ils seront disponibles, les microbicides devront faire partie d'une stratégie complète de programmes de prévention.

Les microbicides sont des produits ayant la capacité d'empêcher la transmission par voie sexuelle du VIH et d'autres ITS lorsqu'ils sont appliqués topiquement. On est à évaluer différentes microbicides qui pourraient être offerts sous diverses formes, à savoir des gels, des crèmes, des suppositoires, des films, des éponges ou des anneaux. Ces produits seraient appliqués topiquement dans le vagin et le rectum ou insérés comme un suppositoire dans le vagin ou le rectum pour prévenir l'infection par le VIH et les ITS. Actuellement, il existe plus de 50 produits confirmés en développement préclinique et 12 candidats microbicides à divers stages du développement clinique. Le candidat microbicide PRO 2000 a récemment obtenu un certain succès lors d'un essai clinique. En effet, on a observé une réduction des infections au VIH de 30 % chez les femmes utilisant le PRO 2000; ces résultats n'étaient toutefois pas assez significatifs statistiquement (c.-à-d. les chercheurs ne sont pas certains si une réduction s'est vraiment produite ou si cette réduction est survenue par hasard). Un deuxième essai est en cours pour évaluer l'efficacité du PRO 2000 à réduire l'infection au VIH. On prévoit que l'essai se terminera en 2009.

Les microbicides pourraient servir à empêcher l'infection de différentes façons. Certains microbicides pourraient offrir une barrière physique qui empêcherait le VIH et les autres agents causant des maladies (les pathogènes) d'atteindre les cellules ciblées. D'autres microbicides pourraient agir en maintenant dans le vagin un environnement protecteur (pH acide), tandis que d'autres pourraient supprimer ou endommager les pathogènes.

Les microbicides pourraient fournir aux femmes une méthode 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 procréer de façon plus sécuritaire avec moins de risques de contracter ou de transmettre le VIH.

Les microbicides ne sont peut-être pas entièrement efficaces et une analyse coûts-avantages a démontré qu'un microbicide réduisant les risques d'infection de 40 % en couvrant 30 % d'une population pourrait prévenir environ trois millions de cas d'infection au VIH en trois ans. Un tel microbicide n'offrirait toutefois pas une immunité complète, et ne remplacerait donc pas le besoin d'utiliser d'autres formes de prévention contre le VIH (p. ex. : des pratiques plus sécuritaires lors des rapports sexuels et l'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 risques. 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

- ▶ Chez les hommes, la circoncision masculine peut réduire de 58 % les risques d'infection au VIH par le biais de rapports hétérosexuels.
- ▶ Au Canada, on ne conseille pas que la circoncision masculine constitue 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 réduit de 58 % les risques de contracter le VIH pour 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 :

- Grâce à l'excision du prépuce, la circoncision réduit la capacité du VIH à pénétrer le

prépuce à cause des cicatrices ou du durcissement de l'aspect interne du reste du prépuce.

- 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 de l'inflammation 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 enquêtant les effets de la circoncision masculine sur les populations d'HRSH ont obtenu 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.

L'ensemble de la preuve examinée a amené l'Organisation mondiale de la Santé et 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 de part et d'autre de la population et où il y a une faible prévalence de la circoncision. Cette stratégie présente de nombreux enjeux. Il se peut que certaines populations l'acceptent difficilement et, par conséquent, l'intérêt pour la procédure pourrait être faible, ce qui restreindrait ses effets. 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 risques élevés (p. ex. : le refus de porter des condoms). La modélisation statistique propose qu'une augmentation des comportements sexuels à risques après la circoncision annule 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, où on fait 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 donnée probante convaincante que la circoncision mascu-

line 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 preuves biologiques soutiennent qu'une ITS peut accroître les risques de contracter et de transmettre le VIH. En termes de vulnérabilité accrue, les ulcères génitaux causent des ruptures des membranes muqueuses génitales, ce qui permet au VIH de pénétrer. De plus, l'inflammation qui peut résulter des ITS augmente la concentration de cellules dans les sécrétions génitales 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 également séropositive peut augmenter la quantité du VIH dans les sécrétions génitales, ce qui augmente les risques de transmettre le VIH aux autres.

Quatre essais cliniques comparatifs ont été effectués en Afrique afin d'évaluer les effets qu'auraient sur le VIH 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 risques pour le VIH et des taux plus faibles d'ITS. Ce qui 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 de recherche concluantes quant au 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 dans les endroits 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 toujours travailler en collaboration dans un 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 développement de l'accès au traitement antirétroviral hautement actif (multithérapie antirétrovirale) peut réduire l'incidence du VIH.**

L'utilisation du multithérapie antirétrovirale en tant que forme de prévention contre le VIH est assez simple. Si le multithérapie antirétrovirale réduit le VIH dans les voies génitales, le sperme et/ou le liquide rectal, alors il réduira l'infectiosité sexuelle de la personne et, ainsi, les risques que son ou sa partenaire soit infecté(e). Des études de recherche ont démontré que le multithérapie antirétrovirale peut prévenir la transmission du VIH de la mère à son enfant, diminuer les risques de transmission du VIH par le biais de l'exposition professionnelle, réduire l'infection au VIH chez les couples sérodifférents et réduire l'incidence du VIH au plan de la population (dans certains pays).

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

- Améliorer l'accès au multithérapie antirétrovirale des populations difficiles à rejoindre;
- Augmenter le niveau du compte des CD4+ à partir duquel une personne pourrait commencer la thérapie; et
- Accroître le nombre de personnes séropositives qui savent qu'elles sont infectées.

Le fait d'améliorer l'adhésion à la multithérapie antirétrovirale des personnes actuellement en thérapie peut aussi avoir une influence en veillant à ce qu'il y ait une diminution de la charge virale résultant en un niveau d'infectiosité plus faible de la personne.

Une couverture et une adhésion accrues impliqueraient des approches approfondies, exigeant beaucoup de main-d'œuvre et d'innovations afin d'amener les populations mal desservies et dissimulées à fréquenter le système de soins de santé et à améliorer les chances que

les personnes prennent correctement leurs médicaments, améliorant ainsi l'efficacité du multithérapie antirétrovirale. Outre cela, le développement de traitements améliorés ayant moins d'effets secondaires et le développement de mécanismes simplifiés d'administration (p. ex. : les timbres) sont nécessaires.

Parmi les questions les plus controversées, il y a celle d'initier la thérapie avant qu'elle ne soit justifiée médicalement, uniquement pour le bienfait de protéger la population contre le VIH. Les personnes qui débutent leur traitement avant qu'il ne soit médicalement nécessaire peuvent potentiellement accroître les risques qu'elles manquent de l'observer, qu'elles souffrent de troubles virologiques, qu'elles décèdent, qu'elles souffrent d'effets secondaires et de résistance aux médicaments. Néanmoins, le débat perdure concernant l'initiation d'une thérapie antirétrovirale relativement tôt ou plus tard dans la progression de la maladie du VIH. Les lignes directrices en matière de traitement en Europe et aux États-Unis ont récemment changé, suggérant désormais d'amorcer le traitement dès que le compte de CD4+ d'un individu se situe à 350 cellules/mm³ au lieu d'attendre à ce qu'il ait atteint 200 cellules/mm³. Les nouvelles lignes directrices de l'IAS-USA propose d'ailleurs un traitement encore plus précoce, soit lorsque le compte CD4+ est plus de 350 cellules.

Au Canada, les campagnes faisant la promotion de la sensibilisation au VIH et du dépistage du VIH pourraient engendrer une diminution du nombre de personnes qui ne savent pas qu'elles sont infectées par le VIH. Le fait de réduire l'épidémie dissimulée au Canada accroîtra le nombre de personnes en thérapie, réduisant ainsi leur infectiosité. Les personnes qui savent qu'elles sont séropositives ont tendance à prendre les mesures nécessaires pour ne pas infecter les autres.

Toutes les études n'ont pas démontré des résultats cohérents concernant la capacité du multithérapie antirétrovirale à réduire les concentrations de VIH dans les voies génitales, le sperme et le liquide rectal. Un test de charge virale mesure le VIH dans le sang, mais ne reflète pas nécessairement la quantité de VIH dans les autres liquides. De plus, le VIH peut augmenter de façon discontinue dans les voies génitales (c'est ce qu'on appelle l'écrétion du virus). Ces périodes où le virus est éliminé par les voies génitales ne sont peut-être pas connues, étant donné qu'elles peuvent survenir entre les tests de charge virale. Cette augmentation du VIH dans les voies génitales peut accroître les risques de transmission au partenaire de la personne infectée.

Des preuves contradictoires entourent aussi l'ampleur des effets potentiels des traitements sur la prévention contre le VIH. Certaines études ont suggéré que tout gain possible dérivé du développement de la couverture du multithérapie antirétrovirale sur la transmission du VIH pourrait être dominé par une augmentation des comportements à risques élevés, une réduction de l'adhésion au multithérapie antirétrovirale et, par conséquent, l'augmentation des cas de virus pharmacorésistant.

En raison du fait que cet enjeu est tout nouveau, il existe actuellement beaucoup de confusion dans la communauté au sujet des effets du multithérapie antirétrovirale sur la transmission

du VIH. Davantage de recherches et de dialogues sont nécessaires afin de bien comprendre les complexités de l'utilisation du multithérapie antirétrovirale à titre de traitement préventif.

En février 2008, la Swiss National AIDS Commission a publié un article au sujet des pratiques sexuelles plus sécuritaires. En particulier, la commission a indiqué que les personnes séropositives ne risquent pas de transmettre le VIH à leurs partenaires si elles répondent à toutes les exigences suivantes :

- Elles adhèrent au multithérapie antirétrovirale;
- Leur charge virale dans le sang est sous le niveau de détection de façon constante (habituellement 50 copies au Canada et 40 copies en Suisse);
- Ils sont dans une "relation stable"; et
- Ils ne souffrent d'aucune infection transmissible sexuellement (ITS).

Cependant, les déclarations de la commission suisse concernant les rapports sexuels non-protégés sont fondés sur des opinions et non sur des faits. De nombreux organismes, y compris CATIE, ASPC, CDC, OMS et ONUSIDA, continuent de conseiller vivement à toutes les personnes sexuellement actives de maintenir leurs pratiques sexuelles sécuritaires, de prendre d'autres mesures de précaution pour ne pas contracter ou transmettre le VIH à leurs partenaires et de se protéger contre les autres ITS.

5.3.5.6.2 La prophylaxie post-exposition (PPE)

POINTS CLÉS

- ▶ La 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.
- ▶ La PPE doit être administrée dans les 72 heures après l'exposition présumée au VIH.
- ▶ La PPE est un régime de quatre semaines de polythérapie antirétrovirale.
- ▶ 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 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 devienne généralisé dans tout le corps, où 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 au VIH ne devienne chronique.

Pour des raisons d'ordre moral, les futurs essais cliniques comparatifs conçus pour

examiner si la prophylaxie post-exposition fonctionne chez les personnes exposées au VIH n'ont pas encore été menés. Cependant, une étude cas-témoin a fourni des preuves quant aux effets protecteurs de l'utilisation de la zidovudine (AZT) pour les cas après exposition professionnelle (une blessure avec une seringue dans un environnement de soins de santé) à savoir qu'elle réduisait les risques d'infection par le VIH. Il n'existe aucune preuve directe venant appuyer l'utilisation de la polythérapie antirétrovirale, mais en raison du succès des polythérapies dans le traitement de l'infection au VIH, les polythérapies sont généralement utilisées pour la PPE. Lors d'expériences sur des singes, la PPE avait plus d'effets lorsqu'elle était prise dans les 24 heures après l'exposition, mais les infections étaient parfois enrayerées lorsque la PPE était prise jusqu'à 72 heures après l'exposition. En raison de cette preuve, les lignes directrices suggèrent que la PPE doit idéalement être commencée dans les 24 heures après l'exposition, mais peut être prescrite jusqu'à 72 heures après et doit être prise durant quatre semaines.

La PPE n'est pas entièrement efficace. 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.

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.

Les Lignes directrices canadiennes pour les infections transmissibles sexuellement fournissent de l'information détaillée quant aux recommandations pour l'utilisation de la PPE au Canada. Par contre, on doit prendre note que 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 au sujet de la PPE à titre de traitement préventif. Par conséquent, seules les personnes qui connaissent la PPE et qui savent comment y avoir accès pourraient bénéficier de cette intervention de prévention.

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 une dose quotidienne de médicaments antirétroviraux débutés avant l'exposition au VIH et continués tout au long des périodes à risques possibles.
- ▶ L'utilisation de la PPrE n'est pas autorisée nulle part dans le monde. Par contre, des essais sont en cours.

La prophylaxie pré-exposition (PPrE) est une dose quotidienne de médicaments antirétro-

viraux débutés avant l'exposition au VIH et continués tout au long des périodes à risques possibles. Elle vise à réduire les risques d'infection en cas d'exposition au VIH. 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 nombre de médicaments nécessaires 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. Cependant, une recherche sur le médicament ténofovir (Viread) comme PPrE chez des singes a démontré qu'il offrait une faible protection; il n'empêchait pas l'infection, mais la retardait. Tous les singes traités avec la PPrE étaient séropositifs dès la 14e semaine. La polythérapie, plutôt que l'utilisation d'un seul médicament, pourrait s'avérer plus efficace.

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 n'a pas besoin d'être initiée à l'intérieur d'une période 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 de la PPrE ayant eu lieu dans la communauté en dehors des essais cliniques.

En date de juillet 2008, il y avait sept essais cliniques chez les humains en cours ou prévus pour la PPrE. Les deux stratégies de PPrE sous observation sont (1) un seul médicament appelé le fumarate de ténofovir disoproxil (FTD), et (2) une association de médicaments appelée Truvada, qui combine le FTD au médicament appelé l'emtricitabine. 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 dans la circulation sanguine durant des périodes prolongées, nécessitent une posologie quotidienne d'une seule dose et possèdent des profils uniques de résistance—ce qui veut dire que si une personne développe une pharmacorésistance au FTD ou au Truvada, elle pourrait quand même utiliser plusieurs autres types d'antirétroviraux. Les essais cliniques effectués avec la monothérapie et la polythérapie 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.

Les essais expérimentent l'utilisation de la PPrE dans six différents groupes de population dans 10 pays; les populations incluent des UDI, des hommes et des femmes hétérosexuels, des HRSH et des couples hétérosexuels sérodifférents. Un essai de ténofovir effectué au Ghana a démontré que le ténofovir était sécuritaire pour être utilisé à titre de PPrE. Même si cette étude n'était pas assez vaste ou assez longue pour évaluer l'efficacité, moins de sujets traités au ténofovir (n=2) ont contracté le VIH par rapport au groupe placebo (n=6). On s'attend à obtenir davantage de données sur des essais additionnels dès 2009.

De nombreux enjeux doivent être traités avant d'initier la PPrE comme stratégie de prévention. L'utilisation d'antirétroviraux pourrait mener au développement et à la transmission d'une souche de VIH pharmacorésistante. De nombreux antirétroviraux ont des effets secondaires, dont certains sont passablement toxiques, par conséquent, les bienfaits de l'utilisation

de la PPrE doit l'emporter sur les coûts éventuels. L'utilisation de la PPrE peut aussi engendrer une hausse des comportements à risques à cause du faux sentiment que la PPrE offrira une protection complète. Ce faux sentiment 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 présentant de plus grands risques de contracter le VIH.

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

POINTS CLÉS

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

Entre 1984 et 2006, 2 358 bébés nés au Canada avaient été exposés périnatalement au VIH (avant ou juste après la naissance); de ces nouveaux-nés, 492 ont été diagnostiqués séropositifs. Depuis 2000, seulement 40 nouveau-nés sont nés avec le VIH au Canada. Les enfants nés de personnes autochtones et d'immigrantes sont surreprésentés dans ces statistiques. 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 deviendront infectés par le VIH durant la grossesse et l'accouchement; de 5 % à 20 % de plus deviendront infectés par le lait maternel.

La thérapie antirétrovirale est efficace pour empêcher la transmission du VIH si elle est utilisée tout au cours de la grossesse. Toutefois, ceci est seulement possible si la mère a été diagnostiquée avant ou durant les soins prénataux. Une série plus courte de traitements antirétroviraux avant l'accouchement peut également aider à réduire les risques de transmission, même si ce ne sera pas autant efficace. Dans les deux cas, la thérapie antirétrovirale est aussi administrée au bébé après sa naissance. On recommande aux femmes de ne pas allaiter, mais d'utiliser plutôt du lait maternisé. Enfin, si une femme reçoit une thérapie antirétrovirale optimale engendrant la suppression totale de sa charge virale, elle pourrait avoir un accouchement vaginal (avec la césarienne comme solution de remplacement). Pour les femmes ne recevant pas de thérapie antirétrovirale optimale, on propose une césarienne en option. Prenez note que 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 consulter concernant le dépistage du VIH. Par contre, il se peut que les groupes comme les UDI, les femmes immigrantes et les réfugiées ne reçoivent les 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, notons : 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 thérapie sous-optimale au cours de la grossesse (p. ex. : manque d'adhésion à la thérapie, commencement tardif des antirétroviraux).

5.4 LE DÉPISTAGE DU VIH ET LE COUNSELING

POINTS CLÉS

- ▶ Au Canada, environ 27 % 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 de contracter le 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 pouvoir mieux reconnaître les symptômes de la séroconversion du VIH se fait sentir.

Le test pour le VIH a été offert en 1985 au Canada. Les Canadiens et les Canadiennes ont accès aux services de dépistage du VIH dans les bureaux des médecins, dans les cliniques ou encore grâce à des sites de dépistage anonyme. La politique de dépistage du VIH (2007) de l'Association médicale canadienne recommande du counseling avant et après le dépistage avec un consentement éclairé par écrit (participant) en raison des possibles conséquences psychologiques, sociales et économiques que causerait un résultat positif pour le VIH.

Depuis 2005, on estime que 15 800, ou 27 % des personnes vivant avec le VIH/sida au Canada

ne savaient pas qu'elles étaient infectées. Le diagnostic précoce du VIH peut accorder des bienfaits médicaux à la personne infectée. Les bienfaits médicaux peuvent venir de la prophylaxie (traitement préventif) pour les infections opportunistes liées au sida, du traitement des ITS, du traitement pour la consommation et des troubles de santé mentale, de l'accès aux services sociaux et, au besoin, de l'utilisation du multithérapie antirétrovirale. Le diagnostic précoce peut aussi avoir des bienfaits pour la santé publique. Des recherches ont démontré que lorsque les personnes savent qu'elles sont infectées par le VIH, elles ont plus tendance à prendre des mesures pour protéger leurs partenaires que lorsqu'elles ne le savent pas.

Plusieurs études suggèrent que les stades précoces de l'infection par le VIH (infection primaire par le VIH) peuvent contribuer de manière disproportionnée à la propagation du VIH. L'infection primaire est associée à une charge virale élevée dans le sang et dans le sperme, ce qui accroît les risques de transmission du VIH. Une étude canadienne estime que ce stade précoce d'infection pourrait représenter jusqu'à 50 % des nouvelles transmissions. Même si l'identification et le traitement précoces des infections par le VIH posent de grands défis, ce sont d'importantes stratégies de prévention qui touchent à la fois la personne et la population. Parmi les stratégies, notons : faire la promotion du dépistage précoce, faciliter l'accès à des méthodes de dépistage optimales et plus rapides et s'assurer que les personnes et les fournisseurs de soins de santé peuvent mieux reconnaître les symptômes de la séroconversion (infection primaire ou aiguë au VIH) pour qu'ils sachent quand administrer le test.

L'analyse hors laboratoire est un exemple d'une initiative pour améliorer l'accès au dépistage. À l'automne 2007, le gouvernement ontarien a entamé le dépistage rapide du VIH par analyse hors laboratoire 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 se fait sous le couvert de l'anonymat, 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.

Le counseling est un élément important dans le dépistage du VIH. L'Agence de santé publique du Canada est actuellement à réviser les "Lignes directrices aux consultants sur le sérodiagnostic du virus de l'immunodéficience humaine", publiées en 1995. Elle est aussi à concevoir un cadre d'action pour le dépistage et le counseling du VIH au Canada.

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

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

Lorsque les nouvelles pharmacothérapies (la multithérapie antirétrovirale) sont devenues disponibles au milieu des années 90, ces dernières ont révolutionné le traitement du VIH, car on a observé une réduction drastique du nombre de maladies dont souffraient les personnes vivant avec le VIH/sida et une augmentation de leur survie. Le multithérapie antirétrovirale a permis à plusieurs personnes de retourner au travail et de mener une vie bien remplie. La thérapie antirétrovirale n'est cependant pas une cure pour le VIH.

Depuis l'avènement de la multithérapie antirétrovirale efficace qui comporte un minimum de trois médicaments provenant d'au moins deux catégories (groupes), 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 du virus dans une plus grande mesure. 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 le multithérapie antirétrovirale au cours de l'infection par le VIH. Après l'introduction du multithérapie antirétrovirale, certains spécialistes croient 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 que du fait que l'on pense que l'irradication complète du VIH est peu probable avec les médicaments actuellement disponibles, on se concentre plutôt à 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 qu'utilisent les personnes qui débutent leur traitement se tolèrent bien mieux que ceux du passé et semblent avoir moins tendance à causer des complications à long-terme. Par conséquent, les lignes directrices du traitement en Europe et aux États-Unis ont changé et recommandent dorénavant de débiter le traitement lorsque le compte des CD4+ d'une personne a chuté à 350 cellules/mm³ plutôt que d'attendre qu'il chute à 200 cellules/mm³. Les plus récentes lignes directrices de traitement de la Société internationale sur le sida aux États-Unis suggèrent que la thérapie doit même être envisagée lorsque le compte des CD4+ est plus élevée que 350 cellules.

L'initiation précoce du traitement amène cependant son lot de désagréments et de coûts, la possibilité d'une qualité de vie moindre en raison des effets secondaires s'étalant sur une plus longue période de temps 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 que débiter un traitement précoce donnera des bienfaits 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 Fidélité au traitement

POINTS CLÉS

- ▶ Un traitement efficace avec les médicaments antirétroviraux nécessite l'adhésion à long terme.
- ▶ Les interruptions dans la prise des médicaments peuvent mener à des résultats néfastes pour la santé.
- ▶ Le manque de fidélité peut mener à la pharmacorésistance et à l'échec de la pharmacothérapie.

Un traitement efficace avec les médicaments antirétroviraux nécessite une fidélité à long terme. La fidélité est la mesure dans laquelle un patient prend ses médicaments conformément à l'horaire prescrit. La multithérapie antirétrovirale donne une réponse optimale lorsque le patient respecte entièrement le traitement. Les taux de fidélité sous la barre des 95 % ont été associés à une suppression médiocre de la charge virale du VIH et à une piètre réduction du compte des CD4+.

Des données démontrent que les variables ayant les meilleurs effets sur la fidélité du traitement incluent la complexité du régime posologique, les effets secondaires, la "lutte contre la fatigue" résultant de l'utilisation à long terme et les tentatives des patients pour remédier à ses 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 membres de la famille. Parmi les variables sociales influençant l'adhésion au traitement, notons la stigmatisation et la peur du dévoilement qui ont les effets les plus puissants.

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

L'idée générale est qu'afin que le traitement soit efficace, les interventions pour améliorer l'adhésion au multithérapie antirétrovirale doivent être personnalisées, comporter de multiples facettes et être répétitives. Parmi les interventions fréquemment utilisées, nous retrouvons 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'adhésion données par des membres de l'équipe de soins (infirmières, pharmaciens, travailleurs sociaux, intervenants en santé communautaire ou éducateurs de pairs). Au sein de certaines populations, comme les consommateurs actifs de substances, l'utilisation du traitement directement observé (TDO) pour le multithérapie antirétrovirale a démontré de considérables améliorations quant à l'adhésion au traitement et quant à la suppression virale. Le TDO implique que l'administration des médicaments est observée par une autorité nommée. Semblable au TDO, la thérapie maximale assistée (TMA) est utilisée pour favoriser l'adhésion des patients du centre-ville est de Vancouver. Le programme de la TMA offre de l'aide de façon continue lors de la prise du multithérapie antirétrovirale et d'autres médicaments. L'objectif du programme est d'améliorer l'adhésion au traitement aux antirétroviraux en adoptant une attitude se fondant sur l'acceptation, l'encouragement, le counseling, l'éducation sur le VIH et la santé et le service d'approche des clients à la maison, au besoin.

5.5.3 Pharmacorésistance

POINTS CLÉS

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

Les risques élevés pour le développement de la 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-adhésion au traitement, les médicaments ne peuvent réprimer adéquatement le VIH. Il se peut que certains médicaments fonctionnent contre la souche originale, ou "sauvage", mais ils ne sont pas efficaces contre la souche du VIH ayant émergé par le processus de mutation. Avec le temps, la souche du VIH ayant muté devient de 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. Pour la pharmacorésistance partielle, le médicament peut encore fonctionner, mais il ne sera pas aussi efficace qu'il l'était. Différents types de tests de résistance sont disponibles pour déterminer si le virus que porte une personne a développé une pharmacorésistance; les tests du génotype et du phénotype virtuel sont couramment utilisés.

Lorsque le virus d'une personne a développé de la résistance à un médicament en particulier ou à un groupe de médicaments, ces médicaments ne doivent plus être utilisés pour traiter cette personne afin d'éviter une pharmacorésistance plus grave et parce que le médicament n'est plus efficace à 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'Emtriva (FTC). En raison du fait que cette mutation retarde en fait 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 d'une personne deviennent de plus en plus limités à mesure que leur virus développe de la résistance aux différents médicaments, soulignant ainsi l'importance de l'adhésion au traitement 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. Quand même, la puissance de ces nouveaux médicaments est parfois décalée 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 possèdent généralement un seuil bas (avec une seule exception) et les inhibiteurs de protéase possèdent généralement 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 peut se produire 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 ayant des conséquences mineures à dangereuses pour la vie.
- ▶ Bien que certains effets secondaires puissent être gérés avec succès, d'autres peuvent nécessiter un changement de traitement.

Comme pour toute médication, la thérapie antirétrovirale peut causer des effets secondaires à court et à long terme ayant des conséquences mineures à dangereuses pour la vie (cas rares). Les effets secondaires peuvent être à court terme, se dissipant après une certaine période de temps, ou à long terme, comme pour 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; ces derniers se dissipent ou diminuent habituellement un à deux mois après avoir commencé la thérapie. Différentes stratégies peuvent être utilisées pour gérer ces symptômes et améliorer la qualité de vie, allant des solutions pharmaceutiques à la phytothérapie. 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 à l'utilisation des médicaments. D'autres effets secondaires à long terme, tel que la lipodystrophie, ne possèdent pas toujours de solutions immédiatement ou facilement accessibles.

Les effets secondaires jouent un rôle important lorsque vient le temps 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 fonctionne pour une personne ne fonctionne pas nécessairement pour une autre. Les effets secondaires qui sont intolérables doivent être sérieusement pris en considération, étant donné qu'ils peuvent mener à la non-adhésion au traitement et peuvent nécessiter un changement de traitement, en supposant que d'autres options de traitement sont disponibles.

5.5.5 Le VIH et la vieillesse

POINTS CLÉS

- ▶ Les personnes vivant avec le VIH/sida vivent plus longtemps grâce aux progrès apportés au traitement du VIH.
- ▶ La gestion de l'infection par le 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 des personnes vivant avec le VIH/sida 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 résultat du multithérapie antirétrovirale.

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 études ont démontré que le VIH progresse plus rapidement chez les personnes plus âgées que chez les plus jeunes. Pourtant les études ont conclu que lorsque les personnes plus âgées sont en traitement, elles semblent mieux réagir à la thérapie que les personnes plus jeunes (ce qui peut être causé par une meilleure adhésion au traitement).

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 important que les personnes vivant avec le VIH soient au courant des stratégies pour gérer ou prévenir la perte de densité osseuse, telles les suppléments de calcium et de vitamine D et les exercices de port de poids.

Les risques de développer à la fois 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, nous retrouvons : 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'emphase sur le maintien à un niveau élevé des comptes de cellules CD4+ et sur la réduction des facteurs de risque des autres cancers connus.

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 sévères 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 découlant du traitement contre le VIH ne semblent pas être plus courants, mais être 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 fonctionnement plus lent de leurs reins et de leur foie qui vient avec l'âge. La posologie des médicaments anti-VIH peut devenir un problème, surtout à cause du fait que les personnes plus âgées perdent du poids ou que leurs niveaux d'hormones et leur métabolisme changent. Les effets secondaires peuvent aussi être influencés par des médicaments autres que ceux pour le VIH à cause des interactions médicamenteuses.

5.5.6 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. À la suite de l'introduction du multithérapie antirétrovirale comme façon efficace de gérer l'infection au VIH, les thérapies complémentaires sont maintenant utilisées pour améliorer le bien-être général, réduire les symptômes et gérer les effets secondaires du multithérapie antirétrovirale. Non seulement sont-elles attirantes en raison de leurs bienfaits possibles, mais aussi car elles peuvent jouer un rôle dans une approche plus holistique qui favorise l'âme et l'esprit aussi bien que le corps.

Les personnes vivant avec le VIH utilisent toute une gamme de types différents 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'une gamme de phytothérapies. 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 du multithérapie antirétrovirale, menant possiblement à la pharmacorésistance et à l'échec du traitement.

5.5.7 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 prend un patient afin d'éviter toute interaction.

Parmi les types de médicaments plus susceptibles de causer des interactions avec le multithérapie antirétrovirale, notons : certains médicaments antifongiques, certains antibiotiques, les agents anti-acides et certains médicaments pour prévenir les convulsions. Outre ces derniers, d'autres médicaments peuvent causer des interactions : les médicaments pour traiter la dépression, certains antihistaminiques, les médicaments pour maîtriser le rythme cardiaque, certains analgésiques dérivés de l'opium, certains sédatifs, les médicaments 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 nuire aux contraceptifs oraux et ce type d'interaction médicamenteuse pourrait 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 au 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—que les personnes vivant avec le VIH utilisent, ainsi que les produits à base d’herbes médicinales et les suppléments, 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 de l’usage de médecine complémentaire et parallèle, 53 % des participants n’ont pas signalé à leur médecin traitant qu’ils utilisaient une forme de médecine complémentaire et parallèle. Dans plus de 90 % des cas où le médecin traitant n’était pas au courant de l’usage de médecine complémentaire et parallèle, les patients ont signalé que le médecin ne s’était pas informé de cet usage possible. Étant donné les risques de réactions indésirables et les 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 essentiel que le médecin traitant et le patient prennent des mesures pour améliorer la communication quant au dévoilement de la médecine complémentaire et parallèle et la consommation de drogues dans le cadre hospitalier conventionnel. L’intégration de routine de questions non critiques par le médecin concernant les divers types de médecine complémentaire et parallèle et la consommation de drogues (illicites et licites) lors de la consultation du patient pourrait être une méthode simple pour encourager la communication.

5.5.8 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 la transmission croissante du VIH.

Il existe de nombreux obstacles pour accéder 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 accès au système de soins de santé universels 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 de l'endroit où vous habitez au Canada. Chaque province possède un programme différent de remboursement des médicaments, ce qui peut influencer le type de médicaments administrés. De plus, il y a également des différences quant à la capacité des populations rurales à accéder aux soins par rapport aux populations urbaines.

Il a aussi été démontré que l'accès à certains services était sous-suboptimal pour certaines populations, malgré le fait qu'elles aient déjà accès à des soins pour le VIH. Une étude menée en Ontario a démontré qu'il est moins probable que les UDI et les personnes ayant moins d'éducation fassent 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 les décès chez les personnes séropositives entre 1995 et 2001. Selon les résultats, lors de cette période, 1 239 décès se sont produits en raison de complications liées au sida; 33 % de ces personnes n'avaient jamais utilisé de médicaments anti-VIH. Il est fort probable que ces cas soient survenus parmi les Autochtones, les femmes et les personnes à faible revenu.

Les soins et le traitement pour les personnes vivant avec le VIH ont connu des progrès cliniques considérables, résultant une amélioration de la qualité de vie et de l'espérance de vie. Accroître la capacité de certaines populations à accéder 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 peut également servir d'intervention pour la prévention du VIH, car les personnes qui connaissent leur statut sont plus susceptibles de réduire leurs comportements à risques et les personnes en traitement efficace pourraient être moins infectieuses que les autres.

5.5.9 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 du 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 quotidi-

enne 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 encourage les personnes vivant avec le VIH à gérer leurs problèmes de santé et fournit du soutien pour leur permettre de continuer à vivre de la façon la plus indépendante que 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 important pour la santé générale des personnes vivant avec le VIH :

- Soutien du revenu et emploi;
- Le rôle de l'autogestion à l'aide des concepts et stratégies de réadaptation;
- Vivre avec le VIH et les 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 contre le 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 qu'il y a un soutien croissant pour envisager la prévention contre le 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 contre le VIH, de programmes 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 divisés. L'intégration aide à faire en sorte que tous les aspects des besoins d'une personne puissent 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 intégrer les services offerts aux personnes vivant avec l'hépatite C.
- ▶ Il se peut que des inconvénients existent à l'intégration de ces services.

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 cohérentes et plus fiables 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 services liés au sida), davantage de financement et de ressources à cette infrastructure pourraient permettre la mise en œuvre de nouvelles connaissances et de nouveaux services par ces organismes afin de répondre aux besoins des personnes vivant avec le VHC et des personnes co-infectées par le VIH/VHC. Pour de nombreuses raisons, les organismes de services liés au VIH occupent une position unique pour accepter ce rôle :

- Des facteurs de risque 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 est plus active et rapide 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 pour les personnes mono-infectées par le VHC ou le VIH et qui ont accès aux services garantira que toutes les co-infections sont diagnostiquées.

L'intégration des services liés au VIH et au VHC pourraient comporter plusieurs inconvénients :

- Des sentiments contradictoires concernant la pertinence des services intégrés;
- La stigmatisation envers le VIH pourrait nuire à la l'implantation des services liés au VHC dans les organismes de services pour 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 services pour le sida; et
- Le grand nombre de personnes vivant avec le VHC et leur état de santé souvent complexe pourraient éprouver la capacité des organismes de services pour le sida à offrir les 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 la toute population d'âge adulte. On craint que l'intégration des services pour le VIH et les ITS atténue les interventions ciblées aux populations spécifiques qui sont nécessaires pour une réaction efficace à 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 occasionner de faibles résultats pour la santé chez les personnes vivant avec le VIH.

REMERCIEMENTS

AUTEURS

Laurel Challacombe

Annika Ollner

Tim Rogers

Darien Taylor

ÉQUIPE D'EXAMEN COMPOSÉE D'EXPERTS

Dr. Chris Archibald, MDCM MHSc FRCPC

Dr. Ahmed Bayoumi MD MSc FRCPC

Mr. David Boulos, MSc

Dr. Mark Gilbert, MD, MHSc FRCPC

Ms. Kimberly Gray, MSc PhD(C)

Dr. Peggy Millson, MD MHSc FRCPC

RÉDACTION

RonniLyn Pustil – Révisseure

Greg Tabor - Conception et mise en page

Ideal Translation - Traduction

6 SOURCES PAR SECTION

2 L'ÉPIDÉMIOLOGIE MONDIALE DU VIH

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], World Health Organization [WHO]. AIDS epidemic update, December 2007. 2007. Available at: <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2007/>. [Accessed April 1, 2009]

3 L'ÉPIDÉMIOLOGIE CANADIENNE DU VIH

Boulos D, Yan P, Schanzer D, et al. Estimates of HIV Prevalence and Incidence in Canada, 2005. Canadian Communicable Disease Report. 2006 August 1;32(15):165-74. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/06vol32/dr3215-eng.php>. [Accessed April 1, 2009]

Public Health Agency of Canada [PHAC]. HIV/AIDS Epi Updates. 2007. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/epi2007-eng.php>. [Accessed April 1, 2009]

Public Health Agency of Canada [PHAC]. Key Populations. 2007. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/populations-eng.php>. [Accessed April 1, 2009]

Public Health Agency of Canada [PHAC]. I-Track: Enhanced Surveillance of Risk Behaviours among Injecting Drug Users in Canada. 2006. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/i-track/sr-re-1/index-eng.php>. [Accessed April 1, 2009]

Public Health Agency of Canada [PHAC]. HIV/AIDS: M-Track Survey. 2008. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/about/mtrack-eng.php>. [Accessed April 1, 2009]

3.1 Les personnes vivant avec le VIH/sida et les personnes à risque

Alimenti A, Forbes J, Samson L, et al. Perinatal HIV transmission and demographics in Canada, 2007: Data from the Canadian Perinatal HIV Surveillance Projects (CPHSP). Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology. 2008;19(Supplement A):32A.

Public Health Agency of Canada [PHAC]. HIV/AIDS Epi Updates. 2007. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/epi2007-eng.php>. [Accessed April 1, 2009].

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

Community-Based Research Centre [CBRC]. Sex Now: 2004. Available at: <http://cbr.cbrc.net/files/1126563826/DO%20IT%20AGAIN.pdf>. [Accessed April 1, 2009]

Lambert G, Cox J, Tremblay F, et al. Recent HIV testing behaviour among men having sex with men (MSM) in Montreal, results from the ARGUS 2005 survey. 2006. Available at: <http://www.argusquebec.ca/pdf/testingbehaviour.pdf>. [Accessed April 1, 2009]

Lambert G, Cox J, Tremblay F, et al. ARGUS 2005: Summary of the survey on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted and blood-borne infections (STBI) as well as on the associated risk behaviours among Montreal men who have sex with men (MSM). 2006. Available at: <http://www.argusquebec.ca/resultats/SummaryArgus2005.pdf>. [Accessed April 1, 2009].

Public Health Agency of Canada [PHAC]. HIV/AIDS Epi Updates. 2007. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/epi2007-eng.php>. [Accessed April 1, 2009].

Remis RS, Myers T, Husbands W, et al. Monitoring HIV infection among MSM in Ontario: First report from the Lambda survey. Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology. 2008;19(Supplement A): 26A.

3.3 Les utilisateurs de drogues injectables (UDI)

Public Health Agency of Canada [PHAC]. HIV/AIDS Epi Updates. 2007. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/epi2007-eng.php>. [Accessed April 1, 2009].

Public Health Agency of Canada [PHAC]. I-Track: Enhanced Surveillance of Risk Behaviours among people who Inject Drugs. Phase 1 Report. August 2006. Available at: http://www.phac-aspc.gc.ca/i-track/sr-re-1/pdf/itrack06_e.pdf. [Accessed April 1, 2009].

3.4 Les hommes gais et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et qui utilisent des drogues injectables (HRSH-UDI)

Public Health Agency of Canada [PHAC]. HIV/AIDS Epi Updates. 2007. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/epi2007-eng.php>. [Accessed April 1, 2009].

3.5 Les personnes originaires de pays où le VIH est endémique (transmission hétérosexuelle seulement)

Public Health Agency of Canada [PHAC]. HIV/AIDS Epi Updates. 2007. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/epi2007-eng.php>. [Accessed April 1, 2009].

3.6 Les personnes ayant des rapports hétérosexuels (originaires de pays où le VIH n'est pas endémique)

Public Health Agency of Canada [PHAC]. HIV/AIDS Epi Updates. 2007. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/epi2007-eng.php>. [Accessed April 1, 2009].

3.7 Les Autochtones

Public Health Agency of Canada [PHAC]. HIV/AIDS Epi Updates. 2007. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/epi2007-eng.php>. [Accessed April 1, 2009].

3.8 Les femmes

Public Health Agency of Canada [PHAC]. HIV/AIDS Epi Updates. 2007. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/epi2007-eng.php>. [Accessed April 1, 2009].

3.9 Les Jeunes

Canadian Association for Adolescent Health. Sexual behaviour and lack of knowledge threaten health of Canadian teens. 2006. Available at: <http://www.acsa-caah.ca/ang/pdf/misc/research.pdf>. [Accessed April 1, 2009]

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.

Public Health Agency of Canada [PHAC]. HIV/AIDS Epi Updates. 2007. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/epi2007-eng.php>. [Accessed April 1, 2009].

Public Health Agency of Canada. HIV and AIDS in Canada. Surveillance Report to December 31, 2007. 2008. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/index-eng.php>. [Accessed April 1, 2009].

Public Health Agency of Canada [PHAC]. Street Youth in Canada. Findings from Enhanced Surveillance of Canadian Street Youth, 1999-2003. 2006. Available at: http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/reports_06/youth-eng.php. [Accessed April 1, 2009].

Public Health Agency of Canada [PHAC]. Canadian Street Youth and Substance Use. Findings from Enhanced Surveillance of Canadian Street Youth, 1999-2003. 2007. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/sti-its-surv-epi/report07/index-eng.php>. [Accessed April 1, 2009].

3.10 Les Canadiens plus âgés

Public Health Agency of Canada [PHAC]. HIV/AIDS Epi Updates. 2007. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/epi2007-eng.php>. [Accessed April 1, 2009].

Public Health Agency of Canada. HIV and AIDS in Canada. Surveillance Report to December 31, 2007. 2008. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/index-eng.php>. [Accessed April 1, 2009].

3.11 Le VIH/sida dans les prisons canadiennes

Public Health Agency of Canada [PHAC]. HIV/AIDS Epi Updates. 2007. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/epi2007-eng.php>. [Accessed April 1, 2009].

Robinson D, & Mirabelli L. Summary of Findings of the 1995 CSC National Inmate Survey. 1996;B-14. Available at: <http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/briefs/b14/b14e-eng.shtml>. [Accessed April 1, 2009].

Smith JM. Screening for HIV among new admissions to CSC: Pilot data results. *Focus on Infectious Diseases (News letter of the National Infectious Disease Program, CSC)*. 2006;1(2). Available at: http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/hsbulletin/2007/no1/vol5_no1_4-eng.shtml. [Accessed April 1, 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)

Canadian AIDS Treatment Information Exchange [CATIE]. Hepatitis C: Fact Sheet. 2008. Available at: <http://www.catie.ca/pdf/facts/hepatitis%20c.pdf>. [Accessed April 1, 2009]

Canadian Hepatitis Information Centre [CHCIC]. Responding to the Epidemic: Recommendations for a Canadian Hepatitis C Strategy. 2005. Available at: www.hepc.cpha.ca. [Accessed April 1, 2009]

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, & 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.

Public Health Agency of Canada [PHAC]. Hepatitis C Fact Sheet. 2008. Available at: http://www.phac-aspc.gc.ca/hcai-iamss/bbp-pts/hepatitis/hep_c-eng.php [Accessed April 1, 2009]

Public Health Agency of Canada [PHAC]. About Hepatitis C: Virus Information. 2002. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/quiz-questionnaire/answers-reponse-eng.php>. [Accessed April 1, 2009]

Public Health Agency of Canada [PHAC]. Hepatitis C: Frequently Asked Questions. 2008. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/faq-eng.php>. [Accessed April 1, 2009]

Remis R. Final Report: Estimating the number of persons co-infected with Hepatitis C Virus and Human Immunodeficiency Virus in Canada. 2001. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/pubs/hivhcv-vhcvi/index-eng.php>. [Accessed April 1, 2009]

4.2 Les infections transmissibles sexuellement (ITS)

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

Public Health Agency of Canada [PHAC]. Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections. 2008. Available at: http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti_2006/sti_intro2006-eng.php. [Accessed April 1, 2009].

Public Health Agency of Canada [PHAC]. STI – Epi Update: Infectious Syphilis in Canada. 2002. Available at: http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiu-aepi/std-mts/infsyph_e.html. [Accessed April 1, 2009]

Public Health Agency of Canada [PHAC]. Epi Update: Ciprofloxacin resistance to *Neisseria gonorrhoeae* in Canada, 2006. 2006. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/sti-its-surv-epi/ciprofloxacin-eng.php?option=email>. [Accessed April 1, 2009]

Public Health Agency of Canada [PHAC]. 2004 Canadian Sexually Transmitted Infections Surveillance Report. *Canadian Communicable Disease Report [CCDR]*. 2007 May;33S1:1-69. Available at: http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/07pdf/33s1_e.pdf. [Accessed April 1, 2009]

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) & Canadian AIDS Treatment Information Exchange [CATIE]. Tuberculosis: Fact Sheet. 2001. Available at <http://www.catie.ca/pdf/acasfs/tuberculosis.pdf>. [Accessed April 1, 2009].

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

Public Health Agency of Canada [PHAC]. Tuberculosis Fact Sheets. 2008. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/fa-fi/index-eng.php>. [Accessed April 1, 2009]

5 NOUVELLES TENDANCES ET NOUVEAUX ENJEUX DU VIH/SIDA

5.1 Stigmatisation et discrimination

Canadian Public Health Association [CPHA]. Leading Together: Canada Takes Action on HIV/AIDS (2005-2010). 2005. Available at: <http://www.leadingtogether.ca/>. [Accessed April 1, 2009]

Canadian HIV/AIDS Legal Network. A Plan of Action for Canada to reduce HIV/AIDS related stigma and discrimination. 2004. Available at: <http://aidslaw.ca/publications/publicationsdocEN.php?ref=48>. [Accessed April 1, 2009]
EKOS Research Associates inc. HIV/AIDS—An Attitudinal Survey: Final Report. 2003. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/por/attitud/index-eng.php>. [Accessed April 1, 2009]

Gay Men's Sexual Health Alliance. Stigma Campaign. 2008. Available at: www.hivstigma.com. [Accessed April 1, 2009]

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

5.2 La criminalisation de la non-divulgence de la séropositivité

Canadian HIV Legal Network. Info Sheets: Criminal Law and HIV. 2008. Available at: <http://aidslaw.ca/publications/publicationsdocEN.php?ref=847>. [Accessed April 1, 2009]

5.3 Interventions pour la prévention contre le VIH

5.3.1 Prévention combinatoire contre le VIH

Global HIV Prevention Working Group. Behaviour Change and HIV Prevention: [Re] Considerations for the 21st Century. 2008. Available at: http://www.globalhivprevention.org/pdfs/PWG_behavior%20report_FINAL.pdf. [Accessed 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. Available at: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)60884-3/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)60884-3/abstract). [Accessed April 1, 2009]

5.3.2 Les données probantes dans l'élaboration de programmes de prévention contre le 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. Available at: http://www.sfaf.org/beta/2008_sum/evidence. [Accessed April 1, 2009]

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

San Francisco AIDS Foundation [SFAF]. Confronting the "Evidence" in Evidence-Based HIV Prevention: Summary Report. 2008. Available at: <http://www.sfaf.org/default.aspx?pid=29&language=1®ion=1&q=summary%20report>. [Accessed 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

Canadian Public Health Association [CPHA]. Leading Together: Canada Takes Action on HIV/AIDS (2005-2010). 2005. Available at: <http://www.leadingtogether.ca/>. [Accessed April 1, 2009]

The Global HIV Prevention Working Group. Fact Sheet: Proven HIV Prevention Strategies. 2006. Available at: http://www.kff.org/hivaids/upload/050106_HIVPreventionStrategies.pdf. [Accessed April 1, 2009]

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

Public Health Agency of Canada [PHAC]. What Determines Health? 2003. Available at: <http://phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index.html>. [Accessed April 1, 2009]

5.3.4 Les interventions comportementales pour la prévention contre le 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. Available at: http://www.globalhivprevention.org/pdfs/PWG_behavior%20report_FINAL.pdf. [Accessed April 1, 2009]

San Francisco AIDS Foundation [SFAF]. HIV Evidence Report: Effective Behavioural Interventions for Reducing HIV Risk and Transmission. 2008. Available at: <http://www.sfaf.org/files/site1/asset/sfaf-hiv-evidence-report-may-2008.pdf>. [Accessed 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. Available at: http://www.globalhivprevention.org/pdfs/PWG_behavior%20report_FINAL.pdf. [Accessed 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.

Government of Canada. National Anti-drug Strategy. Available at: <http://www.nationalantidrugstrategy.gc.ca/>. [Accessed April 1, 2009]

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

International Harm Reduction Association. What is Harm Reduction? 2006. Available at: <http://www.ihra.net/Whatis-harmreduction>. [Accessed 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. Available at: <http://www2.canada.com/ottawacitizen/news/story.html?id=06de0d70-cbf4-427f-b13b-3a0501ea31fd>. [Accessed 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. Available at: <http://www.vch.ca/sis/>. [Accessed April 1, 2009]

Health Canada. Vancouver's INSITE service and other supervised injection sites: What has been learned from research? 2008. Available at: http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/_sites-lieux/insite/index-eng.php#ack. [Accessed 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://www.forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html>. [Accessed April 1, 2009].

World Health Organization [WHO]. Effectiveness of Drug Dependence Treatment in Preventing HIV Among Injecting Drug Users. 2005. Available at: <http://www.who.int/hiv/pub/idu/drugdependencefinaldraft.pdf>. [Accessed 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. Available at: <http://www.acsa-caah.ca/ang/pdf/misc/research.pdf>. [Accessed April 1, 2009]

Kirby D. Emerging Answers 2007: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases. 2007. Available at: http://www.thenationalcampaign.org/EA2007/EA2007_Full.pdf. [Accessed 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

Canadian HIV/AIDS Legal Network. HIV and Hepatitis C in Prisons. 2008. Available at: <http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocEN.php?ref=842>. [Accessed April 1, 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

Canadian Public Health Association [CPHA]. Leading Together: Canada Takes Action on HIV/AIDS (2005-2010). 2005. Available at: <http://www.leadingtogether.ca/>. [Accessed April 1, 2009]

Poz Prevention Working Group. Poz Prevention Definition, Values and Principles. Available at: http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/aids/reports/poz_prevention_definition_values_principles_j.pdf. [Accessed April 1, 2009]

International HIV/AIDS Alliance. Positive Prevention: Prevention Strategies for People with HIV/AIDS. 2003. Available at: http://www.aidsalliance.org/custom_asp/publications/view.asp?publication_id=90. [Accessed April 1, 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 contre le 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.

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;82:454-61.

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.

National Institute of Allergy and Infectious Diseases [NIAID]. Workshop summary: scientific evidence on condom effectiveness for sexually transmitted disease (STD) prevention. 2001. Available at: <http://www3.niaid.nih.gov/about/organization/dmid/PDF/condomReport.pdf>. [Accessed 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.

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. Available at: <http://www.thebody.com/content/treat/art5095.html>. [Accessed April 1, 2009]

The Body. Therapeutic HIV Vaccines. 2004. Available at: <http://www.thebody.com/content/treat/art5097.html>. [Accessed April 1, 2009]

Government of Canada. Canadian HIV/AIDS Vaccine Initiative. Available at: <http://www.chvi-icv.gc.ca/index-eng.html>. [Accessed 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.

5.3.5.3 Les microbicides

Alliance for Microbicide Development. Available at: <http://www.microbicide.org/>. [Accessed April 1, 2009]

International Partnership for Microbicides [IPM]. About Microbicides. Available at: http://www.ipm-microbicides.org/about_microbicides/english/index.htm. [Accessed April 1, 2009]

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. Available at: www.mdp.mrc.ac.uk. [Accessed 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. Available at: <http://www.who.int/hiv/topics/microbicides/microbicides/en/print.html>. [Accessed 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. Available at: http://www.canadiancrc.com/Circumcision_Genital_Mutilation_Male-Female_Children.aspx. [Accessed 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. Available at: <http://www.icw.org/node/392>. [Accessed 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. Available at: http://www.malecircumcision.org/advocacy/documents/WHO_UNAIDS_New_Data_MC_recommendations_03_06_07_layout.pdf. [Accessed April 1, 2009]
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS]. Male Circumcision. Available at: <http://www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/Prevention/MaleCircumcision/>. [Accessed April 1, 2009]
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS]. Information Package on Male Circumcision and HIV Prevention: Insert 1. Available at: http://data.unaids.org/pub/InformationNote/2007/mc_briefing_pack1_en.pdf. [Accessed April 1, 2009]
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS]. Information Package on Male Circumcision and HIV Prevention: Insert 2. Available at: http://data.unaids.org/pub/InformationNote/2007/mc_briefing_pack2_en.pdf. [Accessed April 1, 2009]
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS]. Information Package on Male Circumcision and HIV Prevention: Insert 3. Available at: http://data.unaids.org/pub/InformationNote/2007/mc_briefing_pack3_en.pdf. [Accessed April 1, 2009]
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS]. Information Package on Male Circumcision and HIV Prevention: Insert 4. Available at: http://data.unaids.org/pub/InformationNote/2007/mc_briefing_pack4_en.pdf. [Accessed April 1, 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 Circumspection. *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. Available at: <http://www.who.int/hiv/topics/malecircumcision/en/index.html>. [Accessed 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.

Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. CDC Fact Sheet: The Role of STD Prevention and Treatment in HIV Prevention. 2007. Available at: <http://www.cdc.gov/STD/hiv/STDFact-STD&HIV.htm>. [Accessed April 1, 2009]

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.

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.

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.

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.

Hosein SR. Swiss guidelines take a troubling turn. *CATIE News*. 7 March 2008. Available at: <http://www.catie.ca/catieneews.nsf/9d6a0a99ab2787c985256b9c005b053b/a2efd4077bd44fb285257405005ee5ef!OpenDocument>. [Accessed 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.

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)*

Public Health Agency of Canada [PHAC]. Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections. 2008. Available at: http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti_2006/sti_intro2006-eng.php. [Accessed April 1, 2009].

Canadian AIDS Treatment Information Exchange [CATIE]. PEP: Post-Exposure Prophylaxis. 2005. Available at: http://www.catie.ca/acasfs_e.nsf/dfac88ab9edb2ab485256cc2006448f6/b2d401786c9de2b0852571b400638a4b!OpenDocument. [Accessed April 1, 2009]

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.

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)*

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

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.

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.

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. Available at: <http://www.prepwatch.org/index.htm>. [Accessed 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.

Canadian AIDS Treatment Information Exchange [CATIE]. HIV and Pregnancy. 2001. Available at: http://www.catie.ca/ACASfs_e.nsf/564c76f1d3bf622c85256f5800600b66/d8dd76cbf551480d852571b400638a3b!OpenDocument. [Accessed April 1, 2009]

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

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.

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.

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.

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

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.

National Collaborating Centre for Infectious Diseases [NCCID]. Evidence Review: Routine (Opt-out) HIV Screening. Available at: www.nccid.ca. [Accessed April 1, 2009]

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

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

Public Health Agency of Canada [PHAC]. HIV/AIDS Epi Updates. November 2007. Surveillance and Risk Assessment Division, Centre for Infectious Disease Prevention and Control. Public Health Agency of Canada 2007;140p. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/epi2007-eng.php>. [Accessed April 1, 2009]

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. 2008. Available at: <http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf>. [Accessed April 1, 2009]

Hammer SM, Eron JJ, Reiss P, et al. Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2008 recommendations of the International AIDS Society—USA panel. *JAMA*. 2008 Aug 6;300(5):555-70.

5.5.2 Fidélité au traitement

Canadian AIDS Treatment Information Exchange [CATIE]. Adherence to Treatment. 2005. Available at: http://www.catie.ca/ACASfs_e.nsf/dfac88ab9edb2ab485256cc2006448f6/ec8ed84e05316c05852571b400638a48!OpenDocument. [Accessed April 1, 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.

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.

World Health Organization [WHO]. The world health report 2004—changing history. 2004. Available at: <http://www.who.int/whr/2004/en/>. [Accessed April 1, 2009]

5.5.3 Pharmacorésistance

The Body. HIV Drug Resistance. Available at: <http://www.thebody.com/index/treat/resistance.html>. [Accessed April 1, 2009]

Canadian AIDS Treatment Information Exchange [CATIE]. HIV Resistance Testing: Fact Sheet. 2001. Available at: http://www.catie.ca/ACASfs_e.nsf/dfac88ab9edb2ab485256cc2006448f6/3f4f39d896afd818852571b400638a3f!OpenDocument. [Accessed April 1, 2009]

Public Health Agency of Canada [PHAC]. HIV/AIDS Epi Updates. November 2007. Surveillance and Risk Assessment Division, Centre for Infectious Disease Prevention and Control. Public Health Agency of Canada 2007; 140p. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/epi2007-eng.php>. [Accessed April 1, 2009]

5.5.4 Les effets secondaires

Canadian AIDS Treatment Information Exchange [CATIE]. A Practical Guide to HIV Drug Side Effects. 2006. Available at http://www.catie.ca/pdf/Pg_SideEffects/SIDEEFF_EN.pdf. [Accessed April 1, 2009]

5.5.5 Le VIH et la vieillesse

Levy L. Growing Older Gracefully. The Positive Side. 2007. Available at: http://www.positiveside.ca/e/V911/Growingold_e.htm. [Accessed April 1, 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. Available at: <http://www.thebody.com/index/whatis/older.html>. [Accessed April 1, 2009]

5.5.6 L'approche holistique au traitement

Canadian AIDS Treatment Information Exchange [CATIE]. A Practical Guide to Complementary Therapies for People Living with HIV. 2004. Available at: http://www.catie.ca/pdf/Pg_CAM/CAM_rvsd_05_ENG_web.pdf. [Accessed April 1, 2009]

5.5.7 Interactions médicamenteuses

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.

AIDS Infonet. Fact Sheet 407. 2008. Available at: http://www.aidsinfonet.org/fact_sheets/view/407. [Accessed April 1, 2009]

5.5.8 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 counselling? 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.

5.5.9 Le VIH en tant que maladie épisodique

Canadian Working Group for HIV and Rehabilitation [CWGHR]. Available at: <http://www.hivandrehab.ca>. [Accessed April 1, 2009]

The Canadian Association for Occupational Therapy [CAOT]. Occupational therapy strategies for people living with HIV/AIDS. Available at: <http://www.caot.ca/otnow/march07/living%20with%20AIDS.pdf>. [Accessed April 1, 2009]

The Canadian HIV/AIDS Legal Network. HIV/AIDS and Income Security. Available at: <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=107>. [Accessed 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.