

BULLETIN LE CERCLE de l'espoir



Stratégie des
Premières Nations
et des Inuits
du Québec sur
le VIH et le sida



Hiver 2012

Sommaire

**Du 1^{er} au 5 décembre
semaine Autochtone
de sensibilisation
au VIH/sida**

- 2 Le mot de l'agente de programme
- 3 Méritas CSSSPNQL
- 4 Femmes et VIH/sida
- 6 Épidémiologie du VIH/sida au Canada
- 9 Vaccination contre le VPH
- 10 Nouvelle-CATIE – La PPrE réduit la transmission du VIH chez les femmes et les hommes hétérosexuels
- 12 Nouvelle-CATIE – Vers la réalisation du potentiel de la PPE
- 14 Nouvelle-CATIE – Des chercheurs allemands approfondissent l'étude de la transmission sexuelle de l'hépatite C

« Travailler ensemble dans un esprit d'honneur et de respect à établir une stratégie holistique pour les Premières Nations et les Inuits du Québec sur le VIH/sida »

Le mot de l'agente de programme

Bonjour à tous,

Depuis la dernière publication plusieurs activités ont eu lieu dans le dossier du VIH/sida et de la santé sexuelle. En voici un court résumé.

Au printemps 2011, après 3 ans de service, Christine Godbout-Sioui a quitté la CSSSPNQL. Elle occupait le poste d'agente de programme VIH/sida milieu urbain et carcéral. Nous la remercions pour son travail et lui souhaitons bonne chance dans ses projets. Pendant la même période, Louise Tanguay, agente de programme VIH/sida, a accepté un autre poste de façon temporaire, toujours au sein de la CSSSPNQL. Marie-Noël Caron prend donc la relève. Pour toutes demandes concernant le VIH/sida et la santé sexuelle vous pouvez la contacter à marie-noelle.caron@cssspnql.com ou par téléphone au 418 842-1540.

En mars 2011 avait lieu à Montréal une formation de deux jours sur «Le counselling pré et post dépistage du VIH/sida ». Cette formation s'adressait aux infirmières, représentants en santé communautaire et autres intervenants qui sont en contact avec la clientèle et qui dans le cadre de leur travail ont à suggérer les tests de dépistages des ITSS et particulièrement celui du VIH. La formatrice, Marlène Daley, a fourni aux 45 participants les outils nécessaires pour se sentir plus à l'aise de faire

le counselling avant et après le dépistage du VIH. Par des jeux de rôles, les participants ont également pu mettre en pratique les notions apprises. Selon les commentaires reçus après la formation, celle-ci a été fort appréciée et les participants comptent bien mettre en pratique dans leur milieu ce qu'ils ont appris.

Dans le dernier bulletin nous vous annonçons la sortie prochaine de l'étude sur *le comportement sexuel, les attitudes et les connaissances en lien avec les ITSS chez les jeunes et les adultes des communautés des Premières Nations de la région du Québec*. Vous ne l'avez pas encore vu? Ne vous inquiétez pas, il sera diffusé très bientôt. Les étapes de révision, correction et traduction ayant été plus longues que prévues, nous avons retardé la diffusion afin d'avoir un moment plus propice pour que le plus grand nombre de personne en prenne connaissance. Nous avons donc attendu la fin de l'été. Au cours des mois à venir, des visioconférences seront annoncées pour les directeurs santé et services sociaux ainsi que leur personnel, écoles et autres dans les communautés pour présenter les résultats. Gardez l'œil ouvert!

Nous travaillons présentement sur une suite à la campagne de sensibilisation contre l'homophobie que nous avons fait en 2010 en produisant une affiche. Nous en sommes à étudier les possibilités qui s'offrent à nous afin d'utiliser les ressources que nous avons le plus efficacement possible. Nous vous tiendrons informés et solliciterons possiblement votre assistance pour ce nouveau projet. En attendant, vous pouvez encore commander les affiches contre l'homophobie à la CSSSPNQL.

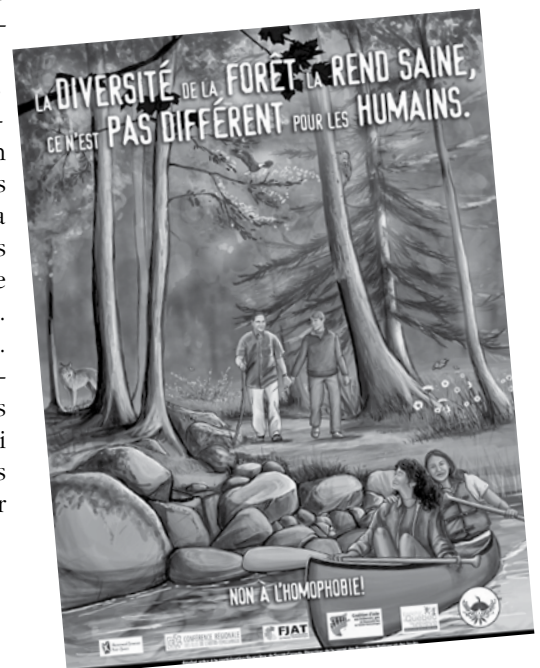
BULLETIN LE CERCLE DE L'ESPOIR

Ce bulletin a pour objectif d'offrir une plate-forme d'information et de communication à l'ensemble des personnes concernées par le VIH et le Sida chez les Premières Nations et les Inuits du Québec. Il vise également à faire connaître l'avancée des projets VIH/SIDA de la CSSSPNQL. Si vous souhaitez vous abonner gratuitement à ce bulletin ou aimeriez y faire publier un texte, témoignage ou lettre ouverte, veuillez contacter la CSSSPNQL au 418 842-1540. Les opinions exprimées dans ce bulletin sont celles des auteurs uniquement et ne reflètent pas nécessairement les positions officielles de la CSSSPNQL.



Recherche de textes et rédaction : Louise Tanguay et Marie-Noëlle Caron, CSSSPNQL.

Infographie : Siamois graphisme



Qui veut devenir millionnaire? Ce jeu interactif sur le VIH/sida a été envoyé dans les centres de santé et postes de soins des communautés. Les centres d'amitiés l'ont aussi reçu et nous espérons qu'il a été partagé avec les infirmières scolaires et autres personnes qui font de la prévention du VIH dans les communautés. Facile d'utilisation, le jeu comporte 2 séries de 15 questions avec des choix de réponses. Les participants peuvent, tout comme à la télé, éliminer 2 choix de réponse, demander à la foule ou faire un appel afin de trouver la bonne réponse et passer à la question suivante. Le CD contient aussi une présentation sur le VIH/sida que les intervenants peuvent utiliser pour transmettre de l'information avant de faire

jouer les groupes. Vous ne l'avez pas reçu? Procurez-vous votre CD gratuitement à la CSSSPNQL.

Du 1^{er} au 5 décembre c'est **la semaine autochtone de prévention du VIH**. C'est l'occasion idéale pour organiser des activités afin de parler du VIH et faire de la prévention. Plusieurs ressources existent pour vous aider dans cette démarche, prenez quelques minutes pour visiter, entre autres, le site Internet de CATIE qui est le centre de distribution d'information sur le VIH/sida. Vous y trouverez des dépliants, affiches, livrets d'information et autres. Les documents sont gratuits ainsi que la livraison. Ils ont même une section pour le matériel autochtone. C'est à voir! www.catie.ca



Mérites CSSSPNQL

En juin dernier le Réseau Canadien Autochtone du Sida (RCAS) tenait son assemblée générale annuelle à Québec. À cette occasion, deux organisations et deux personnes ont été honorées pour leur implication dans la lutte au VIH/sida. La CSSSPNQL était l'une des deux organisations honorées pour son travail de longue date auprès des Premières Nations du Québec. Louise Tanguay, agente de programme VIH/sida (à droite) a reçu au nom de la CSSSPNQL la plaque honorifique. Les autres personnes honorées étaient :



De gauche à droite :

Walter Cavaleri : Directeur du Réseau Canadien de réduction des méfaits à Toronto. Honoré pour son implication personnel auprès des personnes vivant avec le VIH.

Erin Konsmo : Représentante de l'Alberta sur le Conseil National autochtone des jeunes sur le VIH/sida.

Peetanacoot Nenakawekapo : Employé au Nine Circles Community Health Centre de Winnipeg et membre du conseil d'administration du RCAS. Honoré pour son implication personnel dans la lutte au VIH/sida chez les autochtones.

Louise Tanguay : Agente de programme VIH/sida à la CSSSPNQL et membre du conseil d'administration du RCAS.

À l'arrière :

Lorn Fox : Directeur associé, Affaires externes et relation avec les communautés, ViiV Healthcare ULC et Ken Clement : Directeur du Réseau Canadien Autochtone du Sida.

Femmes et VIH/sida

PAR GUYLAINE MORIN, TRAVAILLEUSE SOCIALE
CHU SAINTE-JUSTINE, JUIN 2010

Vous êtes une femme et vous venez d'apprendre que vous êtes infectée par le VIH. Rien ne va plus, rassurez-vous la vie peut continuer.

LA PREMIÈRE ÉTAPE : INFORMEZ-VOUS

Historiquement le sida suscitait des réactions émotives très fortes car on l'associait à une maladie honteuse, à une peur incontrôlable et à un rejet systématique annonçant une mort certaine. Heureusement, beaucoup de changements sont survenus: des tests de dépistage, une bonne connaissance du virus et de son fonctionnement, de nombreux médicaments permettant de bloquer la réplication virale, des traitements pour prévenir et traiter les maladies opportunistes, de nouveaux outils de suivi tels des tests de résistance aux médicaments (antirétroviraux), des dosages plasmatiques permettant de connaître l'efficacité des médicaments prescrits, bref un arsenal de moyens sophistiqués permettant de bien composer avec cette infection et d'améliorer grandement votre espérance de vie en bonne santé.

Il faut bien sûr bien comprendre les modes de transmission pour ainsi éviter de vivre soi-même avec cette peur paralysante d'infecter ses proches. On a souvent pensé que « le VIH s'attrape facilement », il n'en n'est rien. Précisons que le VIH n'est pas contagieux, il est transmissible. Il s'agit d'une infection virale et non d'une maladie. Vous êtes alors porteuse d'un virus indésirable, impossible d'éliminer pour l'instant, mais que vous pouvez contrôler. Sachez que le VIH se transmet dans certaines conditions particulières et vous devez les connaître. Ainsi, le VIH se transmet par des liquides corporels pouvant contenir suffisamment de virus pour infecter une personne. Il s'agit du sang, du sperme, des sécrétions vaginales et du lait maternel¹. Il faut alors que vos liquides contenant le virus soit en contact avec le système sanguin d'une autre personne. Les principales façons dont le VIH se transmet d'une personne à une autre sont : les relations sexuelles non protégées et le partage de seringues. Le VIH peut également se transmettre en utilisant des aiguilles de tatouage, du matériel médical non stérile (trop souvent utilisé dans les pays défavorisés) ou par transmission maternelle, lors de la grossesse, de l'accouchement ou par le lait maternel.

Le VIH a été longuement associé à de vils préjugés tels qu'une sexualité débridée, l'usage de drogues, un mode de vie répréhensible, des comportements homosexuels, etc. Il en résulte que cette infection a été marquée de multiples préjugés. Le diagnostic d'une infection par le VIH a définitivement

un impact non négligeable et occasionne souvent un choc traumatique. Cependant, il faut analyser clairement l'état de ses propres préjugés. Qu'éprouvez-vous réellement face à ce virus ? Vous ressentez probablement de la honte, de la culpabilité, de la peur, de la gêne voire même du dégoût. Il est alors souhaitable que vous apprivoisiez vous-même cette réalité et que vous vous dégagiez de ces préjugés qui réellement contaminent davantage votre existence que le virus lui-même. Sachez que le VIH ne discrimine personne : blancs, noirs, hommes, femmes, enfants, riches, pauvres, etc. À ce jour, près de 40 000 000 d'individus sont infectés dans le monde. Il s'agit d'une épidémie virale touchant tous les genres, toutes les races et toutes les sociétés.

VIH ET ESTIME DE SOI

Avant d'être infectée par le VIH, comment vous sentiez vous face à vous-même ? Le VIH ne changera pas votre personnalité. Vous l'accueillerez avec ce que vous êtes comme personne, vos forces et vos limites. Par contre, cette épreuve peut être une occasion d'être aidée, de mieux vous connaître et d'aller puiser au fond de vous les capacités nécessaires pour bien vivre avec cette nouvelle et dure réalité. Il y a de bonnes chances que vous vous sentiez bien physiquement, mais pour être vraiment bien il ne faut surtout pas négliger votre santé psychologique. Consultez le travailleur social ou le psychologue de votre équipe soignante regroupée dans les UHRESS², ou informez-vous des services disponibles auprès de votre CSSS³ ou d'un organisme communautaire de lutte contre le sida de votre région.

NE RESTEZ PAS ISOLÉE

Il ne faut surtout pas rester seule avec ce secret trop lourd à porter. Il faut le partager ayant comme objectifs d'être comprise, supportée et aidée. Vous devez donc évaluer à qui le dire. Est-ce une personne de confiance? Alors, comment évaluer son ouverture, sa capacité d'empathie et son support éventuel? Le dévoilement est au cœur des préoccupations des personnes vivant avec le VIH. D'autres questions émergeront : Quand le dire? Pourquoi le dire? Trop souvent il y a cette peur d'être rejetée, d'être jugée et d'être incomprise. Mais sachez que vous pouvez être accompagnée pour apprivoiser cette réalité et tenter de briser l'isolement. Mieux vous vous sentirez vous-même lors du dévoilement, meilleures seront vos chances que la personne accueille votre réalité de façon favorable.

De nombreuses femmes vivent avec le VIH et s'adaptent très bien à cette réalité. Plusieurs sont en couple avec un partenaire non infecté car il est possible de vivre harmonieusement une vie de couple avec des statuts sérologiques différents.

Par contre, il ne faut pas demander au partenaire d'accepter quelque chose que vous n'acceptez pas vous-même. Si vous sentez des difficultés à vous adapter à cette réalité, demandez de l'aide. Si vous préférez rencontrer quelqu'un qui partage votre statut sérologique au VIH il y a même des sites de rencontres pour PVVIH. www.rencontre-sero.com

ENCEINTE OU VOUS PENSEZ LE DEVENIR⁴

Le Québec s'est doté depuis 1997 d'un programme de dépistage du VIH auprès des femmes enceintes. Savoir que vous êtes infectée par le VIH lors de votre grossesse vous permet d'avoir accès à un traitement préventif de la transmission du VIH à votre enfant. Vous recevrez des médicaments antirétroviraux durant la grossesse, durant le travail et l'accouchement et votre bébé en recevra durant les six premières semaines de vie. Ce traitement en trois phases permet de réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant et est de moins de 1% (déc 2009 : 422 femmes enceintes traitées; taux de transmission de 0,24%)⁵.

Sachez que si vous êtes déjà sous traitement et que vous souhaitez devenir enceinte, consultez votre médecin afin de vous assurer de la compatibilité de votre traitement avec votre projet de grossesse. De plus, plusieurs méthodes de reproduction peuvent réduire les risques d'infection entre partenaires sérodiscordants : technique d'insémination, lavage de sperme, etc.⁶

VOS DROITS ET VOS RESPONSABILITÉS⁷

À titre de personne infectée par le VIH, vous avez des droits, notamment celui à la confidentialité, l'accès aux services de santé, le droit au respect, à la non discrimination, l'accès au travail, etc. Mais vous devez savoir que vous avez également des responsabilités. Vous ne devez pas transmettre votre virus. A partir du moment où vous savez que vous êtes porteuse du VIH, vous ne pouvez plus vous comporter comme si vous l'ignoriez. Vous devez protéger votre (vos) partenaire (s). La négociation du condom devient alors un élément incontournable et souvent plus difficile lorsque le partenaire n'est pas au courant de votre infection et insiste pour ne pas utiliser de condom. Soyez supportée afin d'éviter de vous retrouver au cœur d'un débat légal qui généralement s'avère complexe et traumatisant.

INFORMEZ VOS PARTENAIRES ANTÉRIEURS

Lorsque le choc du diagnostic sera passé, il serait souhaitable que vous dressiez une liste des partenaires susceptibles d'avoir été exposés au VIH par vos relations sexuelles antérieures non protégées. Il faut les inviter à se faire dépister. Si vous trouvez cette démarche trop difficile où trop lourde en conséquences en raison de la confidentialité, n'hésitez

pas à être accompagné par un professionnel ou à utiliser le service de notification des partenaires de la Santé publique, où quelqu'un se chargera de façon complètement anonyme d'informer vos partenaires antérieurs et de les référer afin qu'ils soient dépistés et soutenus. Ce geste simple est important pour réduire la chaîne de transmission et fait de vous un acteur important dans la prévention de cette épidémie. Toute décision concernant votre traitement doit être prise en collaboration avec un professionnel de la santé spécialisé en VIH/sida.

- 1 Consultez le site de CATIE : www.catie.ca
- 2 UHRESS : unité hospitalière de recherche d'enseignement et de soins pour le sida. Cinq hôpitaux sont constitués en UHRESS et offrent les soins et services au plan médical et psychologique.
- 3 Centre de Santé et de Services Sociaux
- 4 Consultez le site : www.msss.gouv.qc.ca
- 5 Statistiques du Centre Maternel et Infantile sur le sida du CHU Ste-Justine.
- 6 Consultez la brochure « Options en matière de planification familiale, guide à l'intention des couples sérodiscordants » préparé par la Société Canadienne de l'hémophilie ou www.hemophilia.ca
- 7 Consultez www.cocqsida.com pour mieux connaître vos droits / Consultez aussi www.aidslaw.ca pour en connaître davantage sur le VIH et la loi.

Source : PORTAIL VIH / sida du Québec www.pvsq.org

15^e Journées annuelles de santé publique
Du 28 novembre au 1^{er} décembre 2011,
Hôtel Fairmont Le Reine Elizabeth, Montréal
jasp.inspq.qc.ca



21^e Congrès canadien annuel de recherche sur le VIH/sida
(congrès de l'ACRV 2012)
19 au 22 avril 2012
Fairmont Le Reine Elizabeth, Montréal (Québec)
<http://www.cahr-conference-acrv.ca/fr/index.html>



Vous cherchez des repères pour...

Trouver de l'information claire sur les ITSS?
Bonifier vos stratégies de lutte contre les ITSS?
Découvrir les initiatives innovantes de vos confrères?

Voici ESPACE ITSS! espaceitss.ca

Un nouveau site piloté par l'Unité des ITSS de l'Institut national de santé publique du Québec qui vous offre :

- Des outils pratiques
- Des productions récentes
- Des fiches thématiques
- Des capsules de formation
- Des entrevues inspirantes

Visitez le site, vous serez convaincu!

Épidémiologie du VIH/sida au Canada

Points saillants

- Les Autochtones continuent d'être surreprésentés parmi les victimes de l'épidémie de VIH/sida au Canada.
- En 2008, chez les Canadiens autochtones, la proportion estimée de nouveaux cas d'infection à VIH parmi les utilisateurs de drogues par injection (66 %) était beaucoup plus élevée que parmi tous les Canadiens (17 %).
- Le VIH/sida a un impact considérable sur les femmes autochtones en particulier. Pendant la période 1998-2008, les femmes représentaient 48,8 % de toutes les personnes ayant obtenu un résultat positif au test du VIH chez les Autochtones, comparativement à 20,6 % chez les femmes d'autres origines ethniques.
- Le VIH tend à être diagnostiqué à un plus jeune âge chez les Autochtones que chez les membres d'autres origines ethniques. Entre 1998 et la fin de 2008, presque un tiers (32,6 %) des Autochtones ayant obtenu un résultat positif au test du VIH étaient des jeunes âgés de 15 à 29 ans, contre 20,5 % chez ceux d'autres origines ethniques.

Introduction

Le présent résumé met à jour les informations actuellement disponibles sur l'état de l'épidémie de VIH/sida chez les Autochtones au Canada. On y présente des données de surveillance nationale recueillies entre 1978 et 2008.

Dans ce document, l'épidémie du VIH/sida chez les Autochtones a été comparée à celle chez les non-Autochtones. Cette comparaison permet de déterminer les ressemblances et les différences du VIH/sida chez les deux groupes. Plus précisément, cela aide à mieux comprendre la problématique unique aux Autochtones afin d'offrir et de maintenir une prévention, une éducation et des services de soutien adaptés culturellement aux communautés.

Cependant, il est à noter que le présent résumé n'a pas une portée nationale puisque deux des plus grandes provinces du Canada (le Québec et l'Ontario) ne déclarent pas d'information sur l'origine ethnique dans leurs données de surveillance du VIH.

Enfin, il faut être prudent au moment d'examiner les proportions par groupe d'âge, car elles changent considérablement dès que quelques cas sont ajoutés, en particulier si le nombre de cas n'est pas élevé.

Les Autochtones continuent d'être surreprésentés parmi les victimes de l'épidémie de VIH/sida au Canada

Prévalence : **ensemble des cas** de VIH ou de sida dans une population à un moment donné.

Incidence : **nouveaux cas** de VIH ou de sida qui surviennent dans une population pendant une période de temps définie.

Selon le dernier recensement disponible (2006), les Autochtones formaient 3,8 % de la population canadienne. Pourtant, on estime qu'ils représentaient 8,0 % de tous les cas prévalents d'infection à VIH (sida y compris) au Canada en 2008.

L'épidémie d'infection au VIH semble plutôt active au sein des populations autochtones au Canada. En effet, en 2008, le

taux global de nouveaux cas d'infection au VIH était environ 3,6 fois plus élevé chez les Autochtones que chez les autres Canadiens. De plus, on estime que la proportion de nouveaux cas d'infection à VIH chez les Autochtones était plus élevée en 2008 (12,5 % de tous les nouveaux cas d'infection) qu'en 2005 (10,5 % de tous les nouveaux cas d'infection).

L'injection de drogues demeure un mode de transmission important dans les communautés autochtones

On peut contracter le VIH ou le sida de différentes manières, ou voies d'exposition : relations sexuelles entre hommes, injection de drogues, relations hétérosexuelles, transmission périnatale, transfusion sanguine, etc... Le tableau 1 présente les cas de sida et de VIH selon la catégorie d'exposition en comparant les Autochtones et les non-Autochtones.

Tableau 1. Comparaison du nombre de cas de sida déclarés et de déclarations de résultats positifs au test du VIH* chez les Autochtones et les non-Autochtones, selon la catégorie d'exposition

	Autochtones	Non-Autochtones
<i>n = nombre de cas pour lesquels on dispose de renseignements sur les catégories d'exposition et l'origine ethnique</i>		
Cas de sida déclarés 1979-2008	n = 664	n = 15,716
HRSH	27,1 %	68,1 %
HRSH/UDI	7,2 %	4,5 %
UDI	42,2 %	7,5 %
Hétérosexuel	20,5 %	15,8 %
Périnatal	1,2 %	1,0 %
Autres	1,8 %	3,1 %
Déclaration de résultats positifs au test du VIH 1998-2008	n = 1 843	n = 5 838
HRSH	6,5 %	39,9 %
HRSH/UDI	3,3 %	2,8 %
UDI	60,0 %	23,4 %
Hétérosexuel	28,4 %	31,7 %
Périnatal	0,5 %	0,4 %
Autres	1,2 %	1,7 %

HRSH : hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes; HRSH/UDI: HRSH et UDI; UDI : utilisateurs de drogues injectables; Autres : receveurs de sang ou de facteurs de coagulation, exposition professionnelle et autres.

*Pour les déclarations de résultats positifs au test du VIH, les données proviennent des provinces et territoires où l'origine ethnique est déclarée.

Remarque : Les pourcentages ont été arrondis à la décimale près.

À la lecture du tableau 1, on remarque que, comparativement à l'ensemble de la population canadienne, les Autochtones ont une proportion plus élevée de cas déclarés d'infections à VIH et de cas de sida chez les utilisateurs de drogues injectables et une proportion moins importante chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

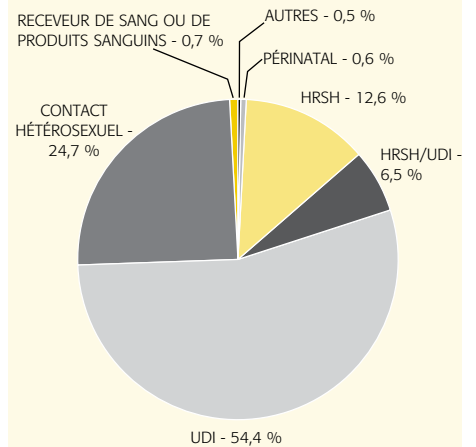
De plus, la proportion de cas de sida chez les Autochtones utilisateurs de drogues par injection a augmenté au fil des ans, passant de 18,0 % avant 1995 à 48,6 % pendant la période 1995-2000 et à plus de 50 % en 2001-2008 (données non montrées).

Par ailleurs, la répartition des cas de sida et de VIH selon la catégorie d'exposition varie selon le sexe et l'âge. On remarque que l'injection de drogues est à l'origine d'un nombre accru d'infections à VIH et de cas de sida chez les femmes autochtones par rapport aux hommes autochtones (Figures 1 et 2).

Lorsqu'on tient compte de l'âge, on remarque que chez les jeunes Autochtones de 15 à 29 ans, 64,7% de ceux porteurs du VIH et 43,8% de ceux atteints du sida rapportent l'usage de drogues intraveineuses. Cette pratique à risque est fortement associée à l'acquisition du VIH et du sida.

Figure 2. Répartition des déclarations de résultats positifs au test du VIH* selon la catégorie d'exposition et le sexe, de janvier 1998 au 31 décembre 2008

Hommes (n = 945)



Femmes (n = 893)

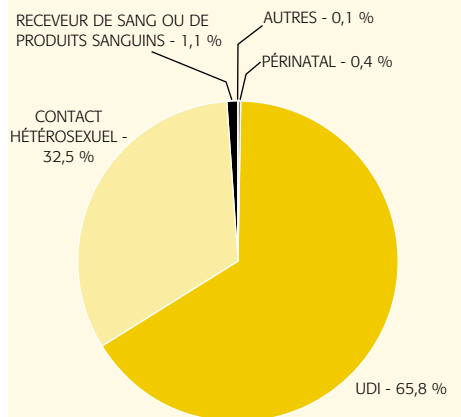
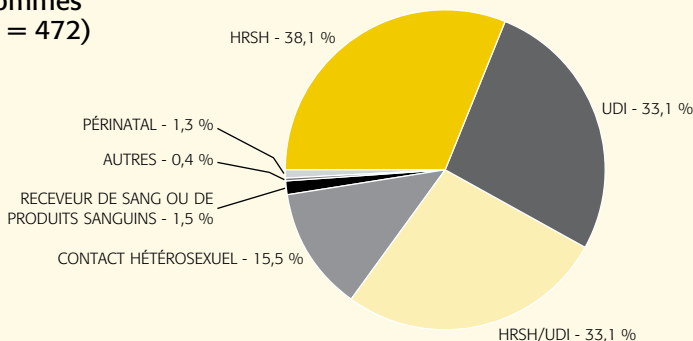
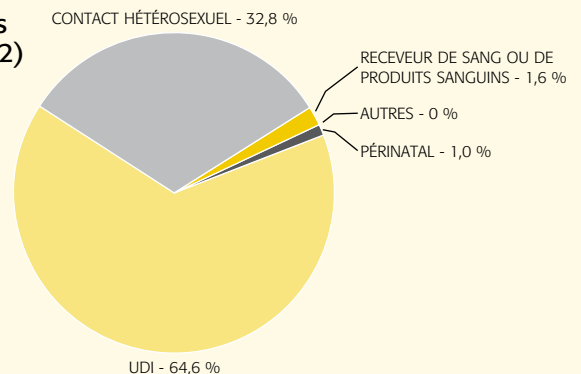


Figure 1. Répartition des cas de sida déclarés selon la catégorie d'exposition et le sexe, de novembre 1979 au 31 décembre 2008

Hommes (n = 472)



Femmes (n = 192)



Le VIH/sida a une répercussion considérable sur les femmes autochtones

Avant 1998, les femmes représentaient 19,2 % des cas de **sida** déclarés chez les Autochtones, lorsque le sexe était indiqué. Leur proportion a oscillé entre 36,5 % de 1998 à 2008 et 50,0 % en 2008. Quant aux résultats positifs au test du **VIH**, la proportion de femmes oscillait entre 43,0 % et 52,8 %, avec un sommet en 2005, à 56,6 % (Tableau 2).

Tableau 2. Comparaison du nombre de cas de sida déclarés et de déclarations de résultats positifs au test du VIH* chez les Autochtones et les non-Autochtones, selon le sexe

	Autochtones	Non-Autochtones
<i>n = nombre de cas pour lesquels on dispose de renseignements sur le sexe et l'origine ethnique</i>		
Cas de sida déclarés 1979-2008	n = 689	n = 16,131
Femmes	29,0 %	9,1 %
Déclarations de résultats positifs au test du VIH 1998-2008	n = 1,886	n = 5,975
Femmes	48,8 %	20,6 %

*Pour les déclarations de résultats positifs au test du VIH, les données proviennent des provinces et territoires où l'origine ethnique est déclarée.

Outre les conséquences de la maladie pour elles-mêmes, les femmes enceintes infectées au VIH risquent de transmettre le virus à l'enfant qu'elles portent. Voici quelques résultats d'études menées au Canada :

- Selon des données recueillies dans l'ouest du Canada, une forte proportion de femmes enceintes séropositives qui accouchent sont Autochtones.
- Les femmes enceintes des Premières nations étaient en moyenne deux fois plus portées à refuser le test du VIH que les femmes enceintes issues d'autres ethnies, surtout lorsqu'elles étaient suivies par des praticiens masculins.
- Le recours tardif au traitement antirétroviral (au troisième trimestre ou intrapartum) serait inégalement réparti selon le statut ethnique ou racial : 38 % chez les femmes autochtones, 27 % chez les femmes noires et 9 % chez les femmes blanches.

Tableau 3. Comparaison du nombre de cas de sida déclarés et de déclarations de résultats positifs au test du VIH* chez les Autochtones et les non-Autochtones, selon l'âge

	Autochtones	Non-Autochtones
<i>n = nombre de cas pour lesquels on dispose de renseignements sur l'âge et l'origine ethnique</i>		
Cas de sida déclarés 1979-31 décembre 2008	n = 690	n = 16 134
Moins de 15 ans	1,2 %	1,2 %
15-19 ans	0,1 %	0,3 %
20-29 ans	19,1 %	14,5 %
30-39 ans	45,2 %	43,4 %
40-49 ans	25,7 %	28,5 %
50-59 ans	6,7 %	8,9 %
60 ans ou plus	2,0 %	3,2 %
Déclarations de résultats positifs au test du VIH 1998-31 décembre 2008	n = 1 891	n = 5 986
Moins de 15 ans	0,8 %	0,6 %
15-19 ans	4,8 %	1,0 %
20-29 ans	27,9 %	19,6 %
30-39 ans	36,0 %	35,8 %
40-49 ans	23,4 %	27,6 %
50-59 ans	7,2 %	15,4 %

*Pour les déclarations de résultats positifs au test du VIH, les données proviennent des provinces et territoires où l'origine ethnique est déclarée.
Remarque : Les pourcentages ont été arrondis à la décimale près.

Ces résultats mettent en lumière des facteurs et attitudes propres aux femmes enceintes autochtones et qui mettent leur bébé à risque de naître avec le VIH.

Les Autochtones sont infectés par le VIH plus tôt dans la vie que les non-Autochtones

Le VIH et le sida chez les jeunes des collectivités autochtones sont une préoccupation croissante. Comprendre l'épidémie dans ce groupe permettra de cibler des stratégies d'intervention à un stade précoce de manière appropriée.

À la lecture du tableau 3, on note qu'entre 1979 et 2008, les personnes âgées de 15 à 29 ans représentaient 19,3 % des cas de **sida** déclarés chez les Autochtones, comparativement à 14,8 % chez les non-Autochtones.

Entre 1998 et 2008, près d'un tiers (32,6 %) des Autochtones ayant reçu un diagnostic d'infection à **VIH** étaient des jeunes âgés de 15 à 29 ans, contre 20,5 % chez les non-Autochtones du même groupe d'âge.

En conclusion...

Les preuves disponibles laissent entendre que l'épidémie de VIH dans les collectivités autochtones ne semble pas ralentir. Les données font ressortir les différentes caractéristiques de l'épidémie de VIH chez les Autochtones dont il faudra tenir compte pour planifier les interventions futures.

Note quant aux estimations

Les cas déclarés de sida et de tests VIH positifs ne concernent que les personnes qui ont subi un test VIH ou qui reçoivent des soins médicaux et dont le résultat positif à ce test a été déclaré aux autorités de santé publique. Par conséquent, ces données ne représentent pas le nombre annuel de personnes qui contractent l'infection à VIH (incidence), ni le nombre total de personnes qui vivent avec le VIH (prévalence). Afin de tenir compte de cette réalité, ces chiffres sont estimés au moyen de diverses sources de données recueillies à l'aide de différentes méthodes.

Plus de renseignements?

Référence : Agence de la santé publique du Canada (2010), VIH/sida *Actualités en épidémiologie*, chapitre 8. www.phac-aspc.gc.ca

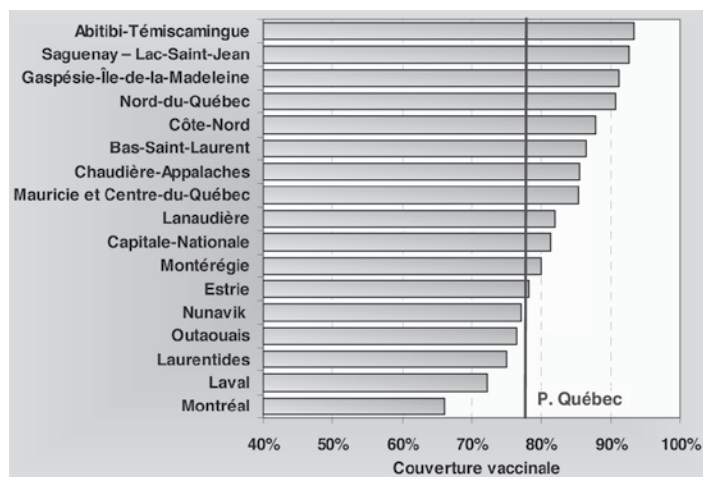
Vaccination contre le VPH

En septembre 2008, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) implantait un programme de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) qui se déroule principalement en milieu scolaire. Ce programme a été implanté dans le but de prévenir le cancer du col de l'utérus, lequel constitue le deuxième cancer le plus fréquent chez les femmes de 20 à 44 ans. Le vaccin utilisé actuellement permet aussi de prévenir la majeure partie des condylomes (verrues anales, génitales et de la cavité buccale) qui touchent près de 20 000 personnes chaque année¹. Il complète les activités de dépistage de cancer du col de l'utérus et s'ajoute aux actions de prévention des infections transmissibles sexuellement et aux activités de promotion de comportements sexuels sains et responsables.

Couverture vaccinale en milieu scolaire

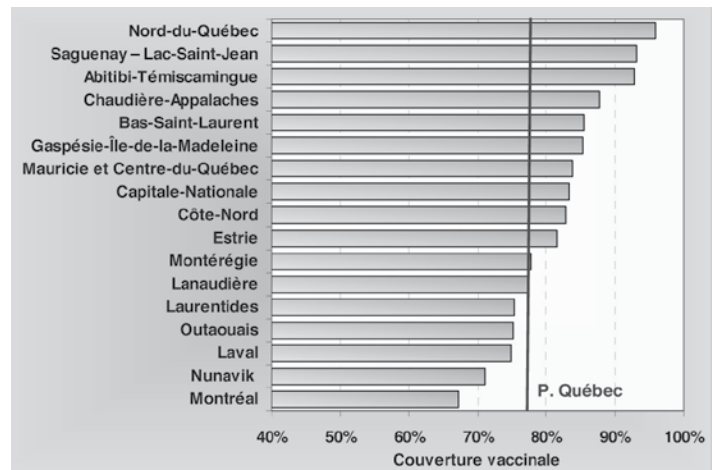
Selon les données colligées et transmises par les directions régionales de santé publique (DSP) du Québec, au moins 165 000 doses de vaccin ont été administrées durant la campagne 2010-2011 menée en milieu scolaire, soit 56 800 en 4^e année du primaire et 108 200 en 3^e secondaire. Compte tenu du nombre d'élèves inscrites, la couverture vaccinale pour l'ensemble du Québec² est estimée à 78 % chez les filles de 4^e année et à 77 % chez les filles de 3^e secondaire. À l'échelle des régions, la couverture vaccinale varie entre 66 % et 93 % au primaire, et entre 67 % et 96 % au secondaire (figures 1 et 2).

Figure 1. Estimation de la couverture vaccinale contre le VPH par région chez les filles de la 4^e année du primaire (classe régulière), campagne 2010-2011



Note : La région Terres-Cries-de-la-Baie-James n'est pas illustrée ici.
Source : BSV à partir des données transmises par les DSP, 22 août 2011.

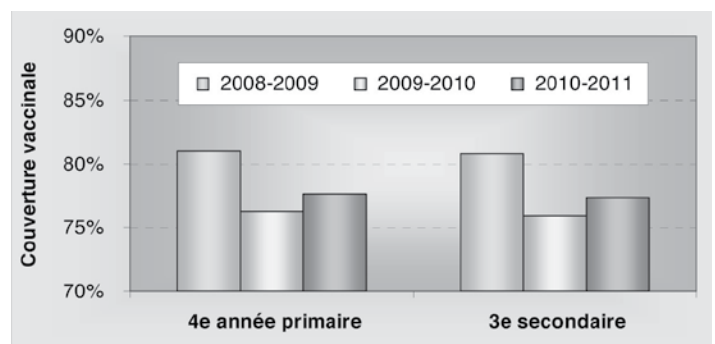
Figure 2. Estimation de la couverture vaccinale contre le VPH par région chez les filles de 3^e secondaire, campagne 2010-2011



Note : La région Terres-Cries-de-la-Baie-James n'est pas illustrée ici.
Source : BSV à partir des données transmises par les DSP, 22 août 2011.

Par rapport à la campagne de 2009-2010, ces estimations dénotent des résultats similaires pour l'ensemble du Québec², et ce, tant au primaire qu'au secondaire. Par contre, les valeurs observées en 2010-2011 demeurent en-deçà des couvertures vaccinales estimées au terme de la première année du programme, lesquelles s'élevaient à 81 % (figure 3).

Figure 3. Estimation de la couverture vaccinale contre le VPH chez les filles inscrites en 4^e année du primaire (classe régulière) et en 3^e secondaire, Québec², campagnes 2008-2009 à 2010-2011



Source : BSV à partir des données transmises par les DSP, 22 août 2011.

Manifestations cliniques inhabituelles. Depuis le début de la mise en place du programme en 2008, plus de 805 000 doses³ de vaccin contre le VPH ont été distribuées au Québec. Environ 250 cas⁴ de manifestations cliniques inhabituelles (MCI) survenant à la suite de la vaccination contre le VPH ont été déclarés au fichier ESPRI en date du 18 juillet 2011. Le taux global de MCI se situe à 32 pour 100 000 doses distribuées et le taux de MCI sérieuses⁵ à 2 pour 100 000.

Le taux de déclaration de MCI pour la campagne 2010-2011 (32 pour 100 000) s'est rapproché du taux observé pendant la première campagne de vaccination en 2008-2009 (36 pour 100 000, données non montrées).

Les MCI le plus souvent déclarées sont les réactions d'allergie (37 %) et les réactions locales (35 %). Plus de 90 % des déclarations de MCI sont des manifestations attendues et de nature bénigne. Environ 6 % des déclarations sont considérées comme MCI sérieuses. Précisons que le fait de déclarer une MCI ne signifie pas que le vaccin en était la cause mais seulement que la MCI est survenue après la vaccination. Faire un lien de causalité entre le vaccin et une MCI est un processus complexe qui dépasse le cadre du programme de surveillance ESPRI.

Le taux moyen de déclaration de MCI au Québec est inférieur ou similaire aux taux rapportés en surveillance passive dans d'autres pays (tableau 1). Les études et la littérature scientifique, basées sur l'utilisation de millions de doses dans plusieurs pays, démontrent que le vaccin contre le VPH est sécuritaire.

Tableau 1. Taux de déclaration de MCI pour 100 000 doses distribuées, 2010-2011, Québec et autres pays

Pays	Total MCI	MCI sérieuses
États-Unis ¹	54	4,3
France ²	43	7,7
Australie ³	26	nd
Québec ⁴	32	2,0

Sources :

1. <http://www.cdc.gov/vaccinesafety/vaccines/hpv/gardasil.html> données en date du 22 juin 2011.
2. http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/dd74df4740e453f1889d56ef5ddf4387.pdf données en date du 12 juillet 2011.
3. <http://www.tga.gov.au/safety/alerts-medicine-gardasil-070624.htm> données en date du 24 juin 2010.
4. Fichier ESPRI au 18 juillet 2011, nombre de doses distribuées au 16 juillet 2011.

Sources :

1. Pour plus d'information, voir le site Web du MSSS à l'adresse <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/vaccination/index.php?aid=292>
2. La couverture vaccinale estimée pour le Québec exclut les données des régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James. Flash Vigie, août 2011, vol. 6 no. 6
3. Au 16 juillet 2011, 805 794 doses de vaccin Gardasil avaient été distribuées.
4. Nombre exact de MCI = 261 cas dont 16 MCI sérieuses.
5. MCI sérieuses : MCI ayant nécessité une hospitalisation (24 heures ou plus), ayant menacé la vie (choc anaphylactique, anaphylaxie) ou ayant été suivie de séquelles ou d'un décès.

Auteurs : France Markowski et Eveline Toth avec la collaboration de Danielle Auger, Monique Landry et Marlène Mercier de la Direction de la protection de la santé publique du MSSS; Groupe Central ESPRI; les responsables en immunisation des directions de santé publiques du Québec.

Nouvelle-CATIE

La PPrE réduit la transmission du VIH chez les femmes et les hommes hétérosexuels

La prophylaxie pré-exposition, ou PPrE, est actuellement à l'étude comme moyen potentiel de réduire le risque de transmission du VIH chez les personnes à risque. Elle consiste en la prise régulière de médicaments anti-VIH.

Plus tôt cette année, une étude dénommée iPrEx a permis de constater que la prise quotidienne d'une pilule anti-VIH (ténofovir + FTC, appelée Truvada) réduisait le risque d'infection au VIH lors de rapports sexuels entre hommes (HRSH). Curieusement, quelques mois plus tard, une étude qui portait le nom de FEM-PrEP a été arrêtée précocement puisque la prise quotidienne de ténofovir + FTC *ne semblait pas* réduire le risque d'infection au VIH chez les femmes hétérosexuelles. À la lumière des données préliminaires de l'étude FEM-PrEP, on a du mal à comprendre pourquoi la PPrE n'a pas donné de bons résultats parmi les participantes de l'étude FEM-PrEP.

Les résultats préliminaires de deux nouvelles études sur la PPrE, les études Partners PrEP et TDF2, ont été annoncés au début de juillet 2011, tandis que des données additionnelles ont été présentées lors de la conférence de l'IAS à Rome. Ces deux études semblent indiquer que la PPrE donne des résultats intéressants chez les femmes et les hommes hétérosexuels séronégatifs.

Étude TDF2

L'étude TDF2 a recruté 1219 femmes et hommes hétérosexuels séronégatifs au Botswana. Près de la moitié des participants (46 %) étaient des femmes. La moitié des participants ont été invités à prendre une pilule par jour (Truvada) contenant deux médicaments anti-VIH : le ténofovir et FTC. L'autre moitié s'est vue remettre un placebo (pilule factice) à prendre chaque jour. Les participants devaient, par ailleurs, se rendre chaque mois au site de l'étude pour y recevoir leurs pilules.

Résultats – efficacité globale et efficacité selon le sexe

Au cours de l'étude, 33 participants sont devenus séropositifs. La répartition des infections au VIH était la suivante :

- Prise quotidienne de ténofovir + FTC – 9 infections (7 infections parmi les femmes, 2 infections parmi les hommes)

- Prise quotidienne du placebo – 24 infections (14 infections parmi les femmes, 10 infections parmi les hommes)
- En se basant sur ces chiffres, les participants sous ténofovir + FTC étaient moins susceptibles de contracter le VIH, dans une proportion de 63 %, comparativement aux participants recevant le placebo. Ce résultat s'est révélé statistiquement significatif.

Une analyse distincte a été réalisée afin de déterminer si le ténofovir + FTC offrait des niveaux similaires de protection chez les personnes des deux sexes. L'analyse a permis d'établir que le ténofovir + FTC a réduit le risque d'infection au VIH de 80 % chez les hommes et de 49 % chez les femmes. Bien que la PPrE semble conférer une moindre protection chez les femmes, l'étude n'était pas suffisamment importante pour permettre de tirer de solides conclusions quant à l'efficacité de Truvada en fonction du sexe des participants.

Résultats – observance thérapeutique et innocuité

L'observance thérapeutique évaluée d'après le critère «respect de la prise quotidienne d'une pilule» s'est avérée très élevée. Par le dénombrement des pilules restantes, les chercheurs ont estimé que le taux d'observance globale était d'environ 84 %. Le traitement avec Truvada une fois par jour a été bien toléré. On a toutefois noté une légère augmentation des cas de nausées, d'étourdissements et de vomissements parmi les participants du groupe Truvada comparativement à ceux sous placebo. Tous les symptômes qui ont été signalés étaient cependant légers.

Seule une personne participante a développé une résistance médicamenteuse durant l'étude. Cette personne accusait une infection aiguë au VIH au moment de son recrutement dans l'étude et, par conséquent, elle était déjà séropositive lorsqu'elle a entrepris la PPrE. Aucun participant séronégatif au début de la PPrE, devenu subséquemment séropositif, n'a développé une résistance médicamenteuse.

Étude Partners PrEP

L'étude Partners PrEP a recruté 4758 couples hétérosexuels en Ouganda et au Kenya. Dans chaque couple, l'un des partenaires était séronégatif et l'autre séropositif. Près de 40 % des partenaires séronégatifs étaient de sexe féminin. Les partenaires séropositifs n'étaient pas tous admissibles à la TAR selon les directives de traitement de leur pays respectif au moment de leur recrutement.

Les partenaires séronégatifs ont été affectés à l'un des trois groupes de l'étude. On a demandé à un premier groupe de prendre une pilule quotidienne de ténofovir (Viread), au deuxième de prendre une pilule contenant du ténofovir + FTC (Truvada) une fois par jour et au troisième une pilule placebo par jour.

Résultats – efficacité globale

Les couples ont été suivis en moyenne pendant 1,7 an. En tout, 78 des partenaires séronégatifs sont devenus séropositifs au cours de cette période. Le nombre d'infections au VIH dans chacun des groupes était comme suit :

- ténofovir – 18 infections (8 infections parmi les femmes, 10 infections parmi les hommes)
- ténofovir + FTC – 13 infections (9 infections parmi les femmes, 4 infections parmi les hommes)
- placebo – 47 infections (25 infections parmi les femmes, 22 infections parmi les hommes)

Dans l'ensemble, le ténofovir en tant qu'agent anti-VIH seul a réduit de 62 % le risque relatif d'infection au VIH tandis que le ténofovir + FTC l'a réduit de 73 %. Ces deux résultats se sont révélés significatifs du point de vue statistique. Bien que le ténofovir + FTC ait semblé procurer une protection supérieure à celle du ténofovir seul, la différence notée dans les taux de protection ne s'est pas avérée significative du point de vue statistique.

Une analyse distincte a été réalisée afin de déterminer si la PPrE donnait lieu à des bienfaits chez les personnes des deux sexes. Effectivement, l'analyse a montré que la PPrE est avantageuse *à la fois* chez les hommes *et* les femmes. Le ténofovir seul a réduit le risque d'infection de 55 % chez les hommes et de 68 % chez les femmes, tandis que l'association ténofovir + FTC a réduit ce risque de 83 % chez les hommes et de 62 % chez les femmes. Contrairement à l'étude TDF2, l'étude Partners PrEP était suffisamment importante pour permettre de tirer de nettes conclusions quant à l'efficacité entre les deux sexes, et tous les résultats obtenus se sont révélés statistiquement significatifs.

Résultats - observance thérapeutique, innocuité et comportements à risque

Le taux d'observance thérapeutique au cours de l'étude était très élevé, aux alentours de 97 %, comme en a fait foi le dénombrement des pilules restantes rapportées par les participants à l'équipe responsable de l'étude. Ce taux d'observance a été plus élevé que celui relevé lors des autres études sur la PPrE, comme les essais iPrEx et TDF2.

À la différence des autres études, l'étude Partners PrEP a recruté seulement des couples sérodiscordants en relation stable. Il se peut que le fait de vivre une relation de couple stable puisse aider le partenaire séronégatif ou la partenaire séronégative à respecter son horaire de prise quotidienne d'une pilule.

Les deux schémas de traitement PPrE ont été bien tolérés et n'ont occasionné aucun effet secondaire majeur. On a noté un taux un peu plus élevé de nausées et de diarrhée légères parmi les participants qui ont pris les médicaments anti-VIH

actifs comparativement à ceux qui ont reçu le placebo. Ces effets secondaires ont été signalés plus fréquemment au cours du premier mois suivant l'instauration de la PPrE, mais ils se sont atténués par la suite. Aucune donnée sur la résistance médicamenteuse n'a été communiquée.

Sommaire

L'étude TDF2 comme l'étude Partners PrEP laissent fortement entendre que la PPrE par voie orale est à la fois sécuritaire et efficace chez les femmes et les hommes hétérosexuels. Contrairement aux conclusions de l'étude FEM-PrEP, ces deux études semblent indiquer que la PPrE donne de *bons résultats* chez les femmes. Une analyse plus approfondie est donc nécessaire pour expliquer les résultats de la FEM-PrEP.

Une étude sur la PPrE en cours, appelée VOICE, permettra de fournir davantage d'informations sur l'efficacité de la PPrE chez les femmes. Cette étude qui compte sur la participation de femmes hétérosexuelles a pour objectif d'étudier trois schémas différents de PPrE : (1) prise quotidienne de ténofovir; (2) prise quotidienne de ténofovir + FTC; et (3) application quotidienne d'un gel vaginal contenant du ténofovir.

Il est important de préciser que tous les participants à ces essais, qu'ils aient été sous PPrE ou sous placebo, se sont vus offrir des services de prévention exhaustifs, à savoir counseling en matière de réduction des risques et d'observance, dépistage et traitement des infections transmises sexuellement, et condoms masculins et féminins gratuits. Par conséquent, ces études démontrent aussi combien d'autres infections sont évitées lorsque la PPrE s'ajoute à une approche globale de prévention du VIH. Il se peut donc que la PPrE soit moins efficace si elle est proposée en l'absence de ces services.

Les études TDF2 et Partners PrEP se poursuivent bien que l'offre de placebo sous forme de pilule ait été arrêtée. Après la publication des résultats préliminaires, on a proposé à tous les participants la possibilité de poursuivre l'étude et l'utilisation de PPrE pour réduire leur risque d'infection. Ces types d'études sont communément appelés « études d'extension afin de recevoir un traitement continu » ou « études ouvertes ». Ces études fourniront des renseignements importants sur l'observance thérapeutique et sur les comportements à risque dans le cas d'hommes et de femmes qui savent que la pilule qu'ils prennent est efficace.

Ressources sur la PPrE :

Article de CATIE sur la PPrE dans *Point de mire sur la prévention*
Feuille d'information sur la PPrE de CATIE
Article de Nouvelles-CATIE sur l'étude iPrEx
Article de Nouvelles-CATIE sur l'étude FEM-PrEP

Références

1. Baeten J. *Antiretroviral Pre-Exposure Prophylaxis for HIV-1 prevention among heterosexual African men and women: the Partners PrEP Study*. Sixth International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Rome, abstract MOAX0106, 2011.
2. Thigpen M et al. *Daily oral antiretroviral use for the prevention of HIV infection in heterosexually active young adults in Botswana: results from the TDF2 study*. Sixth International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Rome, abstract WELBC01.

Source: Nouvelles CATIE: Bulletins de nouvelles concis sur le VIH/sida, 3 août 2011. www.catie.ca

Nouvelle-CATIE

Vers la réalisation du potentiel de la PPE

La prophylaxie post-exposition (PPE) consiste à prendre des médicaments anti-VIH pendant 28 jours à la suite d'une exposition connue ou soupçonnée au VIH, afin de prévenir l'infection. On a recours à la PPE après deux sortes d'exposition : l'exposition professionnelle (piqûre d'aiguille accidentelle en milieu de travail) et l'exposition non professionnelle (relation sexuelle consensuelle, agression sexuelle ou partage d'aiguilles). Au Canada, la PPE constitue la « norme de soins » pour les expositions professionnelles et est largement utilisée à cette fin. Par contre, la PPE n'est pas très utilisée après les expositions non professionnelles (nPPE), et peu de gens y ont recours.

Survol de la situation au Canada :

- Il n'existe pas de lignes directrices nationales sur la nPPE (bien que certaines provinces en aient élaboré).
- On fait rarement la promotion de la nPPE.
- Le coût de la nPPE (environ 1000 \$) est couvert par certains régimes d'assurance provinciaux et privés seulement.
- La nPPE n'est offerte que dans certains services des urgences et cliniques de soins d'urgence.

La nPPE est donc rarement offerte au Canada, alors qu'il existe des programmes nationaux dans plusieurs autres pays développés, dont la France, la Suisse et l'Australie. De plus, la stratégie nationale antisida 2010 des États-Unis prévoit l'extension de l'accès à la nPPE.

Réaliser le potentiel de la nPPE

Il est important d'explorer des moyens de rendre la nPPE plus efficace comme outil de prévention. La recherche indique que, même si la nPPE peut réduire le risque d'infection par le VIH après une seule exposition, son impact à long terme sur la transmission chez les personnes à risque élevé pourrait être faible.

Faciliter l'accès à la PPE permet aussi d'offrir davantage de services de prévention, de soins et de soutien aux personnes qui courent un risque élevé d'infection. Si ces personnes étaient amenées à réduire leurs risques d'infection à la suite d'une nPPE, l'impact de celle-ci serait plus grand.

Des chercheurs de San Francisco ont récemment publié les résultats d'une étude randomisée conçue pour déterminer si le fait d'associer la nPPE à un counseling intensifié sur la réduction des risques pourrait prévenir davantage d'infections par le VIH qu'un programme fondé sur un counseling moins intensif. Les chercheurs ont constaté que l'intensification du counseling réduisait le risque d'infection chez les personnes à risque élevé dans l'année suivant la nPPE.

Détails de l'étude

Entre 2001 et 2002, les chercheurs ont recruté 457 personnes qui avaient eu accès à une nPPE dans les 72 heures suivant une relation sexuelle non protégée ou une autre exposition à haut risque au VIH. En plus de suivre une nPPE pendant 28 jours, les participants ont reçu du counseling en matière d'observance thérapeutique. La nPPE consistait en deux médicaments anti-VIH (soit deux analogues nucléosidiques, ou INTI) qui étaient choisis en fonction des antécédents de traitement anti-VIH de la personne source, lorsqu'ils étaient connus.

En plus de la nPPE, les participants ont été choisis au hasard pour recevoir soit deux sessions (programme standard) soit cinq sessions (programme intensifié) de counseling sur la réduction des risques. Les participants ont été suivis pendant un an après avoir terminé la nPPE et les sessions de counseling. Les comportements à risque et le statut VIH des participants ont été vérifiés pendant cette période.

La majorité des participants étaient des hommes (96 %) et de race blanche (71 %). Dans la plupart des cas, le risque d'infection était attribuable à des relations sexuelles anales non protégées passives (51 %) ou actives (29 %). Dans 40 % des cas, les participants savaient que leur partenaire était séropositif.

Lors de l'admission, on a demandé aux participants de révéler le nombre de fois qu'ils avaient eu des relations sexuelles non protégées (pénétration anale ou vaginale) au cours des six mois précédents. Compte tenu de cette information, le risque que couraient les participants de contracter le VIH a été qualifié d'« élevé » ou de « faible ». On a défini le « risque élevé » comme le fait d'avoir eu des relations sexuelles non protégées plus de quatre fois depuis six mois; le « risque faible » a été défini comme le fait d'avoir eu quatre relations sexuelles non protégées ou moins au cours des six mois précédents.

Résultats

Les chercheurs n'avaient pas l'intention d'évaluer l'efficacité de la nPPE pour la prévention de l'infection par le VIH après une seule exposition. Leur objectif consistait plutôt à déterminer si l'intensification du counseling permettait de réduire les risques d'infection dans l'année *suivant* la fin de la nPPE. L'analyse effectuée à la fin de l'étude a porté sur 392 participants. Sur ces derniers, 305 appartenaient au groupe à « risque faible » et 87 au groupe à « risque élevé ».

L'intensification du counseling sur la réduction des risques n'a pas eu de bienfaits substantiels chez les participants à « risque faible », comparativement au counseling standard. Cependant, les participants à « risque élevé » qui ont reçu un counseling intensifié étaient plus susceptibles de réduire leurs comportements à risque et de ne pas contracter le VIH dans l'année suivant leur nPPE.

Tout comme au début de l'étude, les chercheurs ont demandé aux participants de révéler le nombre d'actes sexuels non protégés auxquels ils avaient pris part au cours des six mois précédents. Chez les participants à « risque élevé », on a constaté

une réduction moyenne des relations sexuelles non protégées comme suit :

- counseling standard - sept actes sexuels non protégés de moins
- counseling intensifié - 13,2 actes sexuels non protégés de moins
- Dans l'année suivant la nPPE, les participants à « risque élevé » ont contracté le VIH dans les proportions suivantes :
- counseling standard - 12,3 % se sont fait infecter
- counseling intensifié - 2,4 % se sont fait infecter

Il s'est donc avéré que la combinaison de la nPPE et d'un counseling intensif permettait de réduire davantage le nombre d'infections par le VIH chez les participants à « risque élevé ». Chez ces derniers, le counseling intensifié a permis de réduire le risque absolu d'infection par le VIH de 9,9 % et le risque relatif de 81 %. Les auteurs n'ont pas précisé si cette différence était significative du point de vue statistique.

Offrir la nPPE et le counseling de façon ciblée

Cette étude porte à croire qu'il faut effectuer une évaluation des risques avant de commencer une nPPE. Les personnes qui ont accès à la nPPE et qui courent un risque élevé d'infection devraient bénéficier d'un counseling intensifié, afin de réduire leur risque de contracter le VIH à la suite d'une nPPE. Toutefois, l'offre d'un counseling intensifié aux personnes à faible risque pourrait ne pas constituer une utilisation efficace des ressources.

Les auteurs de cette étude ont conclu que la nPPE « n'aura probablement d'impact sur la santé publique que si elle est ciblée et utilisée comme un outil pour favoriser la réussite d'interventions additionnelles et que si les leçons apprises lors de cette étude sont adoptées ». Espérons que cette étude servira à orienter l'élaboration de lignes directrices provinciales ou nationales et de programmes sur la nPPE au Canada.

—James Wilton

Lectures additionnelles

Feuille d'information de CATIE sur la prophylaxie post-exposition

Article de CATIE sur la prophylaxie post-exposition dans *Point de mire sur la prévention*

Connectons nos programmes : étude de cas de CATIE sur le programme de PPE de la Clinique médicale l'Actuel de Montréal

Health Initiative for Men (HiM) position paper on nPEP (Déclaration de principe sur la nPPE, en anglais seulement)

Références

1. Poynten IM, Smith DE, Cooper DA et al. The public health impact of widespread availability of nonoccupational postexposure prophylaxis against HIV. *HIV Medicine*. 2007 Sep;8(6):374-81.
2. Rey D, Bendiane MK, Bouhnik A et al. Physicians' and patients' adherence to antiretroviral prophylaxis after sexual exposure to HIV: results from South-Eastern France. *AIDS Care*. 2008 May;20(5):537-41.
3. Tissot F, Erard V, Dang T, Cavassini M. Nonoccupational HIV post-exposure prophylaxis: a 10-year retrospective analysis. *HIV Medicine*. 2010 Oct 1;11(9):584-92.
4. Poynten IM, Jin F, Mao L, Prestage GP et al. Nonoccupational postexposure prophylaxis, subsequent risk behaviour and HIV incidence in a cohort of Australian homosexual men. *AIDS*. 2009 Jun 1;23(9):1119-26.
5. Roland ME, Neilands TB, Krone MR et al. A randomized noninferiority trial of standard versus enhanced risk reduction and adherence counseling for individuals receiving post-exposure prophylaxis following sexual exposures to HIV. *Clinical Infectious Diseases* 2011 Jul;53(1):76-83.

Nouvelle-CATIE

Des chercheurs allemands approfondissent l'étude de la transmission sexuelle de l'hépatite C

Avant que le dépistage systématique des dons de sang soit devenu la norme au Canada et dans les nations de l'Europe occidentale, le virus de l'hépatite C (VHC) se transmettait par les transfusions de sang et de produits dérivés du sang contaminé, tels les facteurs de coagulation.

De nos jours dans les pays et régions à revenu élevé comme le Canada, l'Australie, les États-Unis et l'Europe occidentale, le VHC se transmet principalement par le partage de matériel de consommation de drogues contaminé. Le partage d'instruments de tatouage et de perçage corporel est un mode de transmission moins courant.

On vient aussi de confirmer une autre voie de transmission du VHC. À l'heure actuelle, on assiste dans les pays mentionnés à une épidémie de transmission sexuelle du VHC chez certains hommes gais et bisexuels, notamment les hommes séropositifs qui ne s'injectent pas de substances illicites. Selon une équipe internationale de chercheurs, cette voie de transmission semble avoir émergé au milieu des années 90. Et, selon des chercheurs du Canada, d'Australie et d'Europe occidentale, il semble que la propagation de la co-infection au VHC chez les hommes séropositifs s'accélère depuis l'an 2000.

Des scientifiques œuvrant dans des centres de recherche de Berlin, de Bonn et d'autres villes allemandes ont collaboré à une étude sur la propagation du VHC chez les hommes gais séropositifs de ce pays. Leurs résultats laissent croire que « les pratiques sexuelles causant des saignements rectaux et la prise de drogues par inhalation [chez les personnes affichant des taux élevés d'infection par le VHC] sont des facteurs de risque quant à [la propagation plus large de l'hépatite C]. » Dans de telles circonstances, l'utilisation de condoms et de gants risque de ne pas offrir une protection suffisante « s'ils sont contaminés par du sang », a souligné l'équipe allemande. Les infections transmissibles sexuellement courantes, telles la gonorrhée, la syphilis et les verrues génitales jouent aussi un rôle dans la propagation du VHC (et du VIH).

Détails de l'étude

Entre 2006 et 2008, des chercheurs allemands ont recruté des hommes gais co-infectés (les « cas ») et d'autres hommes qui n'étaient pas co-infectés par le VIH et le VHC (le « groupe témoin ») pour déterminer de quelle façon le VHC se transmettait par voie sexuelle. Les chercheurs ont également interrogé des hommes allemands au sujet de leurs connaissances, de leurs attitudes et de leurs comportements en matière d'infections transmissibles sexuellement (ITS).

Au total, l'équipe a recruté 34 hommes co-infectés par le VIH/VHC et 67 hommes séropositifs qui n'avaient pas l'hépatite C. Ce groupe de 101 hommes se ressemblait sur les plans de l'âge, de l'emploi, du statut relationnel et d'autres caractéristiques, comme l'atteste leur profil moyen suivant :

- âge – 41 ans
- âge lors de la première relation sexuelle avec un homme – 17 ans
- prise d'une thérapie anti-VIH – 77 %
- plus de 97 % des sujets s'identifiaient comme des hommes gais

Résultats

L'équipe a recueilli une immense quantité de données qui offraient des indices sur la transmission du VHC dans les contextes sexuels. Une analyse statistique a révélé que n'importe lequel des comportements suivants pouvait favoriser la transmission du VHC :

- traumatisme rectal avec saignement
- pénétration anale manuelle passive à répétition sans gant (fisting)
- sexe en groupe
- drogues par voie nasale

Le lien chirurgical

L'équipe a découvert que de nombreux hommes co-infectés avaient subi plusieurs chirurgies anorectales ou vécu des épisodes d'hémorragie rectale lors des relations sexuelles. Ils étaient également nombreux à prendre des médicaments oraux pour la dysfonction érectile (rappelons que ces médicaments permettent de prolonger les relations sexuelles).

Les chercheurs allemands ont avancé l'hypothèse suivante : les hommes avaient subi un grand nombre de chirurgies anorectales pour le traitement de verrues et d'autres lésions causées par le VPH (virus du papillome humain), un virus transmissible sexuellement. Or, la chirurgie pour les verrues anorectales peut endommager les tissus délicats des muqueuses et causer des saignements après la chirurgie. Si la période entre la chirurgie et la reprise des activités sexuelles anales n'est pas assez longue, des saignements risquent de se produire et la transmission du VHC, du VIH et d'autres microbes peut avoir lieu.

Sérotriage ou séro-supposition?

Pour tenter de réduire la propagation du VIH et d'autres microbes, certaines personnes choisissent uniquement comme partenaires

sexuels des personnes avec qui elles croient partager le même statut sérologique. On appelle ce comportement le sérotriage. En théorie, le sérotriage devrait aider à réduire la transmission de microbes comme le VIH. Toutefois, en réalité, plusieurs facteurs peuvent compromettre la protection théorique conférée par le sérotriage, dont les suivants :

- Certaines personnes font des suppositions quant au statut sérologique d'un partenaire sexuel potentiel en se fondant sur son apparence, son comportement ou sa façon de parler. On parle parfois dans ce contexte de *sero-guessing* ou *séro-supposition* (deviner le statut sérologique de son partenaire), mais on risque de se tromper, comme l'atteste la recherche effectuée par le professeur Barry Adam de l'Université de Windsor.
- Beaucoup d'ITS ne causent aucun symptôme au début, même si les tissus délicats de la région anogénitale sont touchés. Beaucoup de personnes risquent donc d'ignorer qu'elles sont infectées. En l'absence de dépistage d'ITS réguliers et exhaustifs et d'autres examens médicaux, les partisans du sérotriage courent le risque de propager des ITS au sein de leur réseau sexuel. De plus, comme les ITS causent souvent des plaies et lésions, ainsi que l'inflammation des tissus anogénitaux délicats, la présence de ce genre d'infection augmente le risque de transmission du VIH.
- Les personnes qui misent surtout sur le sérotriage comme moyen de prévenir la transmission du VIH risquent par inadvertance de négliger la prévention des ITS.

Amplification des risques

Les chercheurs allemands ont constaté que les hommes participant à leur étude avaient beaucoup de partenaires sexuels, ce qui augmentait leur risque d'être exposés au VHC. Un autre facteur dont on n'a pas tenu compte tient au fait que le VHC peut demeurer infectieux jusqu'à 16 heures d'affilée à la température ambiante. Ainsi, si l'on partageait du matériel (comme les pailles pour inhaler de la drogue) ou des jouets sexuels durant ce laps de temps, le VHC pourrait se transmettre.

Drogues par voie nasale

Des études ont permis de constater que certains hommes prennent des drogues lors des soirées de sexe avec d'autres hommes (HRSH), afin de rehausser leur plaisir ou d'accroître leur énergie. Les drogues en question — amphétamines, cocaïne, kétamine (Special K) — se prennent par voie orale, rectale ou nasale. Selon l'équipe allemande, le matériel utilisé pour l'administration intranasale de ces drogues est « souvent partagé et peut entrer en contact avec les sécrétions muqueuses ou le sang des autres utilisateurs. ». Notons aussi que ces drogues sont elles-mêmes susceptibles d'endommager les muqueuses délicates du nez et d'autres régions et de favoriser ainsi la transmission du VHC et d'autres microbes. Compte tenu de cette réalité et d'autres informations, l'équipe allemande a fait la déclaration suivante :

« Un billet de banque enroulé que l'on fait circuler lors d'une soirée de sexe pourrait suffire à exposer les consommateurs à du sang contaminé par le VHC. »

Le sang

Les chercheurs allemands ont résumé ainsi leurs résultats : « Nous sommes d'avis que c'est le sang, et non le sperme, qui est le moyen critique. S'il est contaminé par du sang, le poignet (ou pénis) du partenaire actif pourrait servir de vecteur auprès des partenaires passifs subséquents lors d'une session de sexe en groupe, lorsqu'on n'utilise pas de condoms ou de gants ou qu'on ne les change pas pour chaque partenaire — et plus particulièrement lorsque tout le monde partage le même lubrifiant. Les lésions présentes dans les muqueuses anales et rectales — causées par le *fisting*, des relations anales prolongées ou des ITS rectales — pourraient servir à la fois de porte d'entrée et de source d'infection. »

Prévention

Cette équipe de recherche plaide en faveur de la mise en œuvre d'efforts éducatifs visant à prévenir la propagation du VIH au sein des réseaux sexuels des HRSH.

L'équipe allemande a fait la déclaration suivante en ce qui a trait à leur étude : « La transmission sexuelle du VIH semble avoir lieu lorsque du sang contaminé par le virus est passé d'une personne à une autre dans un contexte [où le risque de transmission du VHC est plus élevé, comme lors d'activités sexuelles en groupe] au sein des réseaux sexuels d'hommes séropositifs gais ». De plus, lorsque les muqueuses anogénitales sont déchirées, affaiblies ou autrement endommagées par un des facteurs suivants, le VHC peut se transmettre lors des relations sexuelles :

- présence d'ITS causant de l'inflammation ou des lésions
- usage prolongé de médicaments oraux pour la dysfonction érectile

Le risque de transmission du VHC est amplifié, disent les chercheurs, dans « le contexte du *fisting* et des saignements induits par l'activité sexuelle, particulièrement à la suite d'une chirurgie anorectale ». Ils ajoutent également : « Si on se sert de condoms, mais sans les changer pour chaque nouveau partenaire, [les condoms pourraient servir de véhicule] aux virus transmis par le sang dans un contexte de sexe en groupe, sans égard au statut VHC du partenaire actif. Une infection croisée semblable pourrait être facilitée par le partage d'un gant pour faire du *fisting* ou d'un billet de banque enroulé pour [inhaler de la drogue]. »

Nombre de facteurs doivent encore faire l'objet de recherches, dont les effets de la chirurgie anorectale, des lésions des muqueuses anorectales et du « moment de la reprise des activités sexuelles anales » après la chirurgie, font valoir les chercheurs.

Cette étude allemande établit d'excellents fondements pour le développement d'efforts éducatifs visant à minimiser la propagation du VHC chez les hommes gais.

— Sean R. Hosein

Références

1. Adam BD, Husbands W, Murray J, et al. Silence, assent and HIV risk. *Culture, Health & Sexuality*. 2008 Nov;10(8):759-72.
 2. van de Laar T, Pybus O, Bruisten S, et al. Evidence of a large, international network of HCV transmission in HIV-positive men who have sex with men. *Gastroenterology*. 2009 May;136(5):1609-17.
 3. van der Helm JJ, Prins M, Del Amo J, et al. The hepatitis C epidemic among HIV-positive MSM: incidence estimates from 1990 to 2007. *AIDS*. 2011 May 15;25(8):1083-1091.
 4. Schmidt AJ, Rockstroh JK, Vogel M, et al. Trouble with bleeding: risk factors for acute hepatitis C among HIV-positive gay men from Germany—a case-control study. *PLoS One*. 2011 Mar 8;6(3):e17781.
- Source : Nouvelles Catie : bulletins de nouvelles concis sur le VIH/sida, 31 mai 2011, www.catie.ca



Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

250, Place Chef Michel Laveau, local 102
Wendake, Québec G0A 4V0
Tél. : 418 842-1540 • Téléc. : 418 842-7045
www.cssspnql.com

Notre mission :

Améliorer le bien-être physique, mental, émotionnel et spirituel des personnes, des familles et des communautés des Premières Nations et des Inuits dans le respect de leur culture et autonomie locale. Aider les Communautés qui le désirent, à mettre sur pied, développer et faire avancer des programmes et des services globaux de santé et de services sociaux adaptés et conçus par des organismes des Premières Nations et des Inuits.

Le rôle de la CSSSPNQL est d'assister les communautés et organismes des Premières Nations et Inuits du Québec et du Labrador dans la défense, le maintien et l'exercice des droits inhérents en matière de santé et de services sociaux, ainsi que de les aider dans la réalisation et le développement de ces programmes.

- 1 S'assurer de la disponibilité de services requis par les communautés des Premières Nations et Inuits et les organismes membres de la CSSSPNQL dans l'exercice de notre droit inhérent de concevoir et de contrôler de façon autonome la prestation de services sociaux et de services de santé aux membres de nos nations respectives.
- 2 À la demande des communautés des Premières Nations et des Inuits, promouvoir des modèles de réussites communautaires et offrir un soutien technique aux organismes des Premières Nations et Inuits en matière de santé, services sociaux, pratiques innovatrices, recherche, développement et formation.
- 3 Dans le respect de pratiques et de besoins existants dans les communautés, maintenir et améliorer la communication et la consultation auprès des communautés des Premières nations et Inuits et des organismes membres de la CSSSPNQL afin d'assurer des services de santé et des services sociaux adaptés à nos besoins.
- 4 ENCOURAGER, faciliter et soutenir l'échange d'informations et d'idées, entre les communautés des Premières Nations et Inuits et les organismes membres de la CSSSPNQL, portant sur tous les éléments du développement et initiatives en matière de santé et services sociaux.
- 5 Appuyer et assister, sur demande, les communautés des Premières Nations et Inuits et les organismes membres de la CSSSPNQL, dans nos efforts à faire reconnaître notre pleine juridiction et/ou autorité en matière de santé et de services sociaux.
- 6 Soutenir l'acquisition des compétences par les communautés des Premières Nations et Inuits et des organismes membres de la CSSSPNQL afin qu'elles puissent prendre en charge de plus en plus de responsabilités en matière de santé et de services sociaux au niveau local.

Vous pouvez en tout temps adresser vos commentaires ou vos suggestions concernant le contenu de ce bulletin à la CSSSPNQL, 250, Place Chef Michel Laveau 1^{er} étage, Wendake (Qc) G0A 4V0
Tél : 418-842-1540 • Téléc. : 418-842-7045, courriels : ltanguay@cssspnql.com ou cgsioui@cssspnql.com

Il nous fera également plaisir d'y publier vos messages, articles et annonces!

La CSSSPNQL remercie le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour leur support financier au Cercle de l'Espoir.

**Santé
et Services sociaux**

Québec

