

BULLETIN LE CERCLE de **l'espoir**



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



Hiver 2011

Sommaire

- 2 Le mot de l'agente de programme
- 3 Colloque sur le VIH/sida à Chambéry en France
- 4 Formation en milieu urbain
- 4 Congrès sur le VPH : dépistage et vaccination pour la santé mondiale?
- 6 Des chercheurs prônent le dépistage systématique du VIH
- 7 Lancement du rapport OUTLOOK 2010 de l'ONUSIDA
- 8 Médecins et patients – la communication doit s'améliorer
- 10 La diversité de la forêt la rend saine, ce n'est pas différent pour les humains
- 11 Une découverte de deux chercheurs montréalais
- 12 Déceler l'infection par le VIH plus tôt
- 15 Guide québécois de dépistage des ITSS

« 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

L'année 2010 tire déjà à sa fin et vous avez peut-être profité de l'occasion, au cours des dernières semaines, pour mettre à l'avant plan le sujet du VIH/sida puisque du 1^{er} au 5 décembre c'était la semaine autochtone de sensibilisation au VIH/sida. Je sais que plusieurs communautés en ont profité pour faire des activités spéciales et le Réseau Canadien Autochtone du Sida a aussi lancé une campagne de sensibilisation que vous pouvez voir à l'adresse Internet suivante : <http://aboriginalaidsawareness.com/2010/>

En septembre nous avons eu la chance d'être invités, le chef Réal Mc Kenzie et moi, à présenter la situation des Autochtones du Québec face au VIH/sida lors d'un colloque à Chambéry en France. Vous pouvez lire les détails de notre aventure en page 3.

La recherche sur les comportements sexuels des jeunes et des adultes des communautés des Premières Nations du Québec est maintenant terminée. Nous en sommes à la validation des rapports et d'ici peu vous pourrez lire les résultats. L'expérience a été enrichissante et la recherche fait ressortir des constats qui nous aideront à mieux cibler les actions qui seront efficaces dans la prévention du VIH/sida et des ITSS au cours des prochaines années. Vous pourrez aussi utiliser ces résultats dans vos communautés et organismes afin de mieux définir les lacunes à combler et également de mieux comprendre la situation actuelle.

Nous travaillerons, après les fêtes, sur un nouveau projet pour faire suite à l'affiche contre l'homophobie qui a été lancée en mai 2010. Nous voulons offrir une formation dans les communautés qui aura pour but de démystifier l'homosexualité et permettre aux participants d'en parler. Nous souhaitons que cette formation facilite la création d'environnements plus sains et sécuritaires pour les gais et les lesbiennes qui vivent dans les communautés.

En terminant, je vous souhaite une belle année 2011 remplie de joie, d'amour et de santé. Collaborer avec vous dans vos projets est toujours source d'inspiration et de motivation. Continuez à nous téléphoner et à nous écrire, tous ensemble nous formons une équipe formidable.

Louise Tanguay
Agente de programme VIH/sida

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 Christine Godbout-Sioui,
CSSSPNQL.

Infographie : Siamois graphisme

MISE À JOUR DES CONTRES-INDICATIONS SUR LA CONTRACEPTION HORMONALE

La présente est pour vous informer qu'une mise à jour des contre-indications sur la contraception hormonale a été effectuée. Vous pouvez consulter ces modifications en ligne sur le site de l'agence de santé publique du Québec à l'adresse www.inspq.qc.ca/contraception

Pour toutes les infirmières, il est important de consulter les modifications afin de mettre à jour vos informations. Les communautés concernées doivent également faire une mise à jour de leur ordonnance collective ainsi que des formulaires d'évaluations puisque ceux-ci ont également subis des modifications.

Veuillez noter également que la formation sur la contraception hormonale est accessible en ligne, à la même adresse, pour toutes les infirmières et les étudiantes en techniques et sciences infirmières.

Pour plus d'information vous pouvez communiquer avec Louise Tanguay, agente de programme VIH/sida, au ltanguay@cssspnql.com ou par téléphone au 418 842-1540 poste 223.

Colloque sur le VIH/sida à Chambéry en France

Les 22 et 23 septembre dernier avait lieu, à Chambéry en France, le colloque de la Fédération Nationale d'Hébergements VIH et autres pathologies. Le chef de Matimekosh, Réal McKenzie et moi-même avons été invités à présenter la situation des Premières Nations du Québec face au VIH/sida. Notre présentation se situait dans le contexte d'un volet international à cet événement. Pour cette occasion, des représentants de l'Afghanistan, de la Guadeloupe ainsi que du Costa Rica avaient également été invités.

Notre présentation s'est déroulée en deux parties. Tout d'abord, le Chef McKenzie a dressé un portrait des Premières Nations au Québec. Il a parlé des conditions de vie, de l'éloignement des communautés, de l'emploi, de l'éducation, de la démographie et plusieurs autres sujets pour mieux faire connaître les Premières Nations du Québec. Il a beaucoup parlé des jeunes et des défis qui les attendent dans l'avenir afin que les Premières Nations aient des conditions de vie meilleures.

En deuxième partie, ma présentation portait sur le VIH/sida dans les communautés des Premières Nations du Québec. J'ai présenté la situation actuelle du VIH/sida ainsi que les ITSS qui sont un bon indice de la santé sexuelle d'une population. J'ai également parlé des facteurs qui font que les Premières Nations sont plus à risque d'être contaminées par le VIH et des moyens que les communautés et les organismes mettent en place afin de diminuer ce risque. J'ai présenté le matériel qui est développé par la CSSSPNQL dans le cadre du programme de lutte au VIH/sida ainsi que les activités et formations que nous organisons pour les intervenants travaillant dans les communautés. Enfin, à l'aide d'un cas vécu, j'ai parlé de la réalité pour une personne séropositive de vivre dans sa communauté et d'obtenir les services et les traitements dont elle a besoin.

Les quelques 125 personnes présentes se sont montrées très intéressées à connaître la situation des Premières Nations du Québec concernant le VIH/sida. Le public était silencieux et attentif et nous avons répondu à plusieurs questions très pertinentes et intéressantes en fin de présentation.

La participation à ce colloque a été pour le Chef McKenzie et moi une occasion d'échange et de partage très enrichissante. J'ai personnellement rencontré des gens dynamiques qui ont à cœur l'amélioration des conditions de vie des personnes vivant avec le VIH/sida, quelque soit leur lieu de résidence dans le monde. Dans plusieurs endroits, les défis sont les mêmes que ceux que l'on retrouve ici dans les communautés des Premières Nations et ces rencontres sont l'occasion de découvrir des façons novatrices d'aborder le sujet et de façonner l'avenir.

Louise Tanguay, agente de programme VIH/sida



RÉAL MCKENZIE, CHEF DE MATIMEKOSH



LOUISE TANGUAY, AGENTE DE PROGRAMME VIH/SIDA

Formation en milieu urbain

La Sexualité... Parlons-en

Cette année, la formation a déjà été présentée au Centre indien cri de Chibougamau, au Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or ainsi qu'à celui de Sept-Îles. Ces deux ateliers sont une belle opportunité pour les jeunes premières nations de discuter et d'échanger sur différents sujets concernant la sexualité, lesquels peuvent parfois être tabous et difficiles à aborder. C'est aussi l'occasion pour eux de réaliser qu'il existe plusieurs types d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et qu'ils ne connaissent pas toujours tous les modes de transmission. De plus, ils ont la possibilité de se familiariser avec les différentes méthodes de contraception.

Pouvoir parler des relations amoureuses et sexuelles avec d'autres permet aussi de constater qu'ils ne sont pas seuls à avoir des questionnements et des malaises lorsqu'il s'agit de comportement sexuel. Un autre aspect qui est abordé et qui ne laisse habituellement pas les jeunes indifférents est la violence que l'on retrouve parfois au sein des relations amoureuses. Souvent, ça commence par de petits gestes anodins, on ne réalise pas toujours qu'il s'agit de violence que l'on subit ou que l'on fait subir, mais le fait d'en parler en amène certains à se questionner et qui sait, peut-être à mieux gérer ces situations.

Sensibilisation sur le VIH/sida et l'hépatite C en milieu carcéral

Cette formation est offerte aux détenus autochtones dans les pénitenciers fédéraux. Elle donne la possibilité aux détenus de se familiariser avec les risques et les conséquences liés au VIH/sida et à l'hépatite C ainsi qu'avec les différents modes de transmission. Par la même occasion, ils peuvent en profiter pour poser différentes questions sur le sujet.

Adapter nos interventions à la réalité autochtone

Cette autre formation est offerte aux personnes qui ont à intervenir de près ou de loin auprès d'une clientèle autochtone, plus particulièrement dans les pénitenciers fédéraux. Elle permet de mieux connaître les réalités autochtones, de les démystifier ainsi que diminuer les préjugés.

Toutes ces formations sont offertes gratuitement. Vous n'avez qu'à communiquer avec Christine Sioui au 418 842-1540 ou par courriel à l'adresse cgsioui@cssspnql.com.

Au plaisir de vous rencontrer lors de l'une ou l'autre de ces formations.

Christine

Congrès sur le VPH : dépistage et vaccination pour la santé mondiale?

UNE ENTREVUE AVEC LE D^r MARC STEBEN

Le **D^r Marc Steben** est médecin-conseil à l'Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ). Il a présidé la **26^e Conférence internationale sur le virus du papillome humain (VPH)** qui a eu lieu du 3 au 8 juillet 2010 à Montréal¹.



D^r Marc Steben

Cet événement, qui a attiré plus de 1 800 chercheurs et spécialistes, avait pour objectif de présenter le savoir scientifique en ce domaine en vue d'optimiser le **dépistage** de cette infection transmise sexuellement (ITS) – notamment par le **test Pap** – et d'étendre davantage la **vaccination** pour mieux prévenir la maladie partout dans le monde.

Membre du conseil scientifique de la compagnie pharmaceutique Merck Frosst, le D^r Steben traite d'abord des **enjeux** de cette conférence. Il dresse ensuite un **bilan du programme de vaccination contre le VPH**, mis sur pied il y a deux ans au Québec².

À propos de la 26^e conférence internationale sur le VPH...

PasseportSanté.net – Quels étaient les objectifs de la conférence?

D^r Marc Steben – Le partage des connaissances en vue d'une amélioration rapide et concrète de l'état de santé de la population mondiale. À titre d'exemple, dans son discours d'ouverture, l'ancien envoyé spécial de l'ONU pour le dossier VIH/Sida en Afrique, Stephen Lewis, a dénoncé le fait que nous avons tous les outils pour combattre le VPH et que malgré cela, ce virus est un fléau en Afrique. Cela suggère que la vie d'une Africaine ne vaut pas autant que celle d'une femme d'un pays développé. Ce qui est inacceptable. Il est temps de cesser d'investir uniquement dans la recherche et de passer à l'action dans l'intérêt de la santé mondiale. Il faut réfléchir et décider de quelle façon avancer dans le domaine du dépistage et de la vaccination du VPH, compte tenu des ressources limitées, de la crise économique, des professionnels de la santé – qui reçoivent davantage une formation générale plutôt que spécialisée - et de la compétition venant d'autres problèmes de santé publique.

PasseportSanté.net – Qui subventionne la tenue de cet événement?

D^r Steben – La conférence est subventionnée à 45 % par les entreprises pharmaceutiques - dont GlaxoSmithKline, MSD et Roche. Lors du précédent congrès tenu à Malmö, en Suède, aucun pays émergent n'était représenté parce que l'absence de subventionnaires pharmaceutiques rendrait le coût de déplacement trop élevé. Nous voulions que le congrès de Montréal soit accessible à tous les chercheurs du monde. Il est essentiel de souligner que, malgré les subventions, nous disposons d'une totale indépendance à l'égard du contenu des conférences. Nous avons publié des études à partir de très grandes banques de données qui nous ont permis de comprendre l'infection au VPH. Une quinzaine d'articles scientifiques n'auraient jamais pu être rédigés, parce qu'ils auraient coûté des sommes faramineuses à produire, n'eût été de l'apport de l'industrie pharmaceutique. Il est certain que ces sociétés ont avantage à s'allier avec des personnes qui ont beaucoup d'expérience et qui savent où se situent les problèmes et les enjeux, pour que leur argent soit dépensé de la meilleure façon. Mais cela peut se faire en toute indépendance.

PasseportSanté.net – Parmi les études présentées au congrès, combien remettent en question la pertinence d'une vaccination massive contre le VPH?

D^r Steben – Aucune. Et pourtant, il n'y avait pas de critère d'exclusion. Le dossier du VIH / Sida a beaucoup progressé parce que les personnes qui avaient des idées différentes sont venues les partager dans les congrès. Je suis surpris que ceux qui, dans les médias, se disent experts en la matière ne viennent pas dans des congrès internationaux pour faire part de leurs connaissances. C'est le choc des idées qui crée la science.

PasseportSanté.net – Quelles seront les suites de cette conférence?

D^r Steben – L'activisme politique! Après avoir signé la déclaration de Montréal, nous espérons que les chercheurs s'engageront à pousser leur gouvernement à investir pour offrir un meilleur dépistage et une meilleure accessibilité du vaccin auprès des populations isolées, tant dans les pays développés qu'émergents. Nous pourrions en dresser le bilan au cours du prochain congrès qui aura lieu à Berlin (Allemagne) en 2011.

À propos des infections au VPH et de la vaccination préventive

PasseportSanté.net – Quelles populations sont les plus touchées par les infections au VPH, au Québec et au Canada?

D^r Steben – D'une part, la situation des peuples autochtones, au Canada, ressemble à celle des pays émergents. D'autre part, à l'intérieur des grandes villes comme Montréal, il y a des personnes qui vivent d'aide sociale, qui sont analphabètes, qui ont des mauvaises habitudes de vie et qui présentent plus de risques de souffrir d'un cancer du col de l'utérus. Ce

n'est pas acceptable. Les programmes de dépistage – le test Pap – et de vaccination contre le VPH ont permis de réduire de façon phénoménale le taux d'infection, de condylomes et de cancer du col de l'utérus, mais on peut et on doit faire beaucoup plus.

PasseportSanté.net – Quel bilan peut-on tirer de l'implantation du programme québécois de vaccination contre le VPH?

D^r Steben – Notre couverture vaccinale s'élève à 80 % des filles, ce qui place le Québec parmi les meilleurs pays au monde. Mais il ne faut pas se contenter de ce résultat. Nous devons améliorer notre stratégie de dépistage du cancer du col de l'utérus, car, bizarrement, nous tirons de la patte à l'échelle mondiale. Un programme de dépistage amélioré, avec de nouvelles pratiques et balises, doit voir le jour l'an prochain.

PasseportSanté.net – A-t-on raison de croire que ce programme a été implanté de façon précipitée, comme certains l'affirment?

D^r Steben – Non. Les 13 pays participants aux essais cliniques et leurs comités d'éthique avaient jugé, à l'époque, que les données disponibles prouvaient l'efficacité et la sécurité de cette vaccination. Depuis, 80 millions de doses de vaccin quadrivalent (efficace contre quatre souches du VPH) et 10 millions de doses de vaccin bivalent (efficace contre deux souches) ont été distribuées³. Ce qui signifie qu'environ 30 millions de femmes ont été vaccinées et aucun problème n'a été rapporté.

PasseportSanté.net – Le vaccin est maintenant offert pour les garçons. Est-ce nécessaire?

D^r Steben – Une fois que 80 % des filles sont vaccinées, il n'a pas lieu d'investir dans la vaccination des garçons puisqu'ils sont indirectement protégés.

Le VPH et les risques attribuables aux infections

Le VPH est à l'origine d'infections anogénitales qui disparaissent naturellement dans 90 % des cas en moins de deux ans. Toutefois, ces infections peuvent provoquer l'apparition de condylomes (verruës génitales). Une infection non traitée peut, à long terme, évoluer en cancer du col de l'utérus.

Au Québec, on dénombre annuellement 325 cancers du col utérin, dont le quart se révèle mortel. Situé au 13^e rang des cancers touchant les Québécoises de tous âges, il est le 2^e cancer en importance chez les femmes de 20 à 44 ans.

En 2008, un programme de vaccination ciblant principalement les préadolescentes a été implanté au Québec afin de prévenir les infections au VPH ainsi que les risques de cancer du col utérin.

Source : www.PasseportSante.net

Nouvelles-CATIE

Des chercheurs prônent le dépistage systématique du VIH pour accélérer l'accès aux soins au Canada et aux États-Unis

En Amérique du Nord, les chercheurs estiment qu'environ 21 % des personnes atteintes du VIH ignorent qu'elles vivent avec cette infection. On peut probablement attribuer ce chiffre élevé à la relative faiblesse des taux de dépistage du VIH. Les personnes qui ignorent leur séropositivité risquent de ne pas profiter des bienfaits d'un traitement commencé tôt. En effet, commencer une multithérapie antirétrovirale lors d'un stade relativement avancé de l'infection au VIH pourrait s'avérer trop tard pour certaines personnes.

Les responsables d'une gigantesque base de données appelée *North American Cohort Collaboration on Research and Design* (NA-ACCORD) ont analysé des informations se rapportant à la santé de personnes vivant avec le VIH. Dans leur rapport le plus récent, qui porte sur quelque 45 000 personnes, les chercheurs laissent croire que de nombreuses personnes séropositives reportent le début de leur multithérapie jusqu'à un stade relativement avancé de l'infection au VIH. Cette situation a des implications non seulement pour la santé et la survie des PVVIH mais aussi pour le financement du système de santé.

Conception de l'étude

Les chercheurs ont recruté des participants adultes dans des cliniques de trois provinces canadiennes — Alberta, Ontario et Québec — et plusieurs états américains. L'équipe NA-ACCORD s'est particulièrement intéressée aux personnes dont la première consultation en vue de se faire soigner pour l'infection au VIH avait eu lieu entre janvier 1997 et décembre 2007.

Le profil moyen de ces participants était le suivant :

- 19 % de femmes, 81 % d'hommes
- âge – 41 ans
- répartition selon le risque d'infection par le VIH – hommes gais ou bisexuels 29 %; utilisateurs de drogues injectables 19 %; hétérosexuels 23 %; autre/risque inconnu 28 %
- compte de CD4+ – 288 cellules

Résultats – changements dans les comptes de CD4+

En 1997, le compte de CD4+ moyen des personnes qui commençaient une multithérapie était de 256 cellules. Ce chiffre a atteint 317 cellules à la fin de 2007. Même si ce changement semble prometteur, il faut souligner que, de nos jours, de nombreuses

lignes directrices recommandent de commencer la multithérapie lorsque le compte de CD4+ glisse sous la barre des 350 cellules, voire davantage dans certains cas, par exemple en présence de co-infections ou d'autres complications.

Changements démographiques

L'épidémie de VIH a évolué au fil du temps en Amérique du Nord, et l'impact varie selon la communauté évaluée. Bien que les hommes gais et bisexuels demeurent le groupe le plus touché, d'autres groupes sont de plus en plus à risque de contracter le VIH, notamment ceux ayant l'utilisation de drogues injectables ou les rapports sexuels entre hommes et femmes comme leur principal facteur de risque. Ces dernières catégories comprennent un nombre croissant de femmes et de personnes de couleur.

Selon les chercheurs de l'équipe NA-ACCORD, les résultats de leur dernière analyse ont des implications pour les personnes séropositives et le système de santé :

Survie

Le report des soins et du traitement augmente le risque de mourir de complications liées au VIH. L'analyse d'autres bases de données volumineuses laisse croire que le risque de décès diminue lorsque le traitement débute quand le compte de CD4+ se situe encore à 350 cellules ou plus. Les traitements anti-VIH modernes contribuent grandement à prolonger la survie, et le fait de commencer tôt le traitement pourrait aider de nombreuses personnes à en tirer des bienfaits importants.

Transmission du VIH

La multithérapie peut réduire la quantité de VIH dans le sang et parfois dans les liquides génitaux, atténuant potentiellement l'infectiosité sexuelle de certaines PVVIH au niveau de la collectivité

(des milliers de personnes). Pour en savoir plus sur la multithérapie et son impact potentiel sur la propagation du VIH chez les hommes, lisez les bulletins du 25 mars et du 31 mars 2010 de *Nouvelles-CATIE* au www.catie.ca/nouvellescatie.nsf/nouvelles.

Coûts

Des chercheurs albertains ont documenté que les coûts moyens pour soigner une personne séropositive durant l'année suivant un diagnostic tardif (particulièrement lorsque le compte de CD4+ est inférieur à 200 cellules) sont plus du double des frais engagés pour soigner une personne dont le système immunitaire est moins endommagé lorsqu'il commence le traitement. Vu les déficits budgétaires qui vont tracasser nombre de provinces et d'états américains au cours des prochaines années, les préoccupations relatives aux coûts vont sans doute jouer un rôle croissant dans le rationnement des soins de santé.

Que faire?

Il faut mener des études pour évaluer les raisons pour lesquelles certaines personnes à risque choisissent de ne pas se faire tester pour le VIH ou de se faire soigner tardivement.

Pour encourager davantage de personnes à apprendre leur statut VIH, on pourrait, entre autres, mettre sur pied des programmes de dépistage systématique dans les contextes de soins de santé. Dans leurs lignes directrices, les *U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* recommandent que toutes les personnes âgées de 13 à 64 ans soient testées régulièrement pour le VIH. Selon les CDC, dans le cadre d'un tel programme, il faudrait que les patients soient avisés à l'avance du test et qu'ils aient l'option de refuser.

L'objectif prôné par les CDC, soit l'extension des programmes de dépistage dans les contextes de soins de santé, serait probablement atteignable dans les zones urbaines, mais à cause de leurs préoccupations à l'égard de la confidentialité, il est improbable que les populations des collectivités rurales accueilleraient à bras ouverts un programme de dépistage systématique.

À l'époque pré-multithérapie, alors que les bienfaits des traitements étaient très limités et la toxicité des médicaments un problème majeur, apprendre qu'on avait le VIH était très dévastateur à cause de l'espérance de vie très courte qui était associée au diagnostic. Maintenant qu'il existe des traitements plus efficaces, plus simples et moins toxiques et que les PVVIH ont généralement une espérance de vie quasi-normale, le rapport NA-ACCORD réclame l'élimination des exigences suivantes dans les contextes de soins :

- obligation d'obtenir le consentement éclairé avant de faire un dépistage du VIH nécessité d'un counseling pré-test
- Espérons que le rapport NA-ACCORD suscitera une discussion et un débat sur les bienfaits éventuels de l'extension du dépistage du VIH et les avantages de commencer tôt le traitement.

Sean R. Hosein

RÉFÉRENCES :

1. Althoff KN, Gange SJ, Klein MB, et al. Late presentation for human immunodeficiency virus care in the United States and Canada. *Clinical Infectious Diseases*. 2010; *in press*.
2. Gay L. The gap between human immunodeficiency virus (HIV) infection and advances in HIV treatment. *Clinical Infectious Diseases*. 2010; *in press*.
3. Wilson DP, Law MG, Grulich AE, et al. Relation between HIV viral load and infectiousness: a model-based analysis. *Lancet*. 2008 Jul 26;372(9635):314-20.
4. International Monetary Fund. World Economic Outlook: rebalancing growth. April 2010. Available at: www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2010/01/index.htm.
5. Schneider H. For nations living the good life, the party's over, IMF says. *Washington Post*. Saturday 24 April 2010. Available at: www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2010/04/23/AR2010042305258.html.

Reference: Nouvelle-CATIE www.catie.ca

Lancement du rapport OUTLOOK 2010 de l'ONUSIDA

13 juillet 2010

Avant la XVIII^e Conférence internationale sur le sida qui se tiendra à Vienne du 18 au 23 juillet, l'ONUSIDA a présenté à Genève son rapport intitulé «Outlook 2010».



Outlook, le nouveau rapport de l'ONUSIDA, présente les grandes lignes d'une plate-forme de traitement du VIH radicalement simplifiée appelée «Traitement 2.0» qui pourrait permettre de réduire considérablement le nombre de décès liés au sida et diminuer fortement le nombre de nouvelles infections à VIH. Des informations concrètes indiquent que les nouvelles infections parmi les jeunes chutent massivement dans les 15 pays les plus durement affectés par le VIH car ce groupe de population adopte des comportements sexuels à moindre risque.

Le rapport présente également un sondage fondamentalement nouveau réalisé par l'ONUSIDA et Zogby International qui révèle que, trente ans après le début de l'épidémie, les pays continuent, région par région, de classer le sida en bonne place sur la liste des problèmes les plus importants auxquels le monde est confronté.

Par ailleurs, une analyse économique défend l'idée que la santé est un besoin – et non un luxe, indique les raisons pour lesquelles il est essentiel que les pays donateurs pérennisent les investissements engagés dans la riposte au sida et appelle les pays en développement plus riches à investir davantage dans la prise en charge du VIH et dans la santé.

Source : site internet ONUSIDA : www.unaids.org

Nouvelles-CATIE

Bulletins de nouvelles concis sur le VIH/sida Médecins et patients – la communication doit s'améliorer

Lors des premiers jours de l'épidémie du sida, les médecins s'efforçaient surtout de comprendre les résultats de laboratoire de leurs patients, ainsi que les signes et les symptômes que manifestaient ceux-ci, afin de pouvoir prévenir et traiter les complications potentiellement mortelles caractéristiques du sida.

L'arrivée, en 1996, de la multithérapie antirétrovirale a transformé l'épidémie; d'un arrêt de mort quasi-certain, le sida est devenu une affection médicale chronique que l'on pouvait contrôler grâce à la prise quotidienne de médicaments. L'efficacité de la multithérapie est telle que nombre de chercheurs estiment maintenant que les personnes séropositives qui commencent le traitement aujourd'hui connaîtront une espérance de vie presque normale, surtout dans les pays à revenu élevé dotés d'un système de bien-être social universel.

Maintenant que nous entrons dans la quatrième décennie de la pandémie, la plupart des consultations entre médecins et patients tournent encore autour des tests de laboratoire et de l'évaluation des signes et des symptômes. Il n'empêche que l'intersection des thèmes suivants joue un rôle de plus en plus important lors des consultations dans les pays à revenu élevé :

- complications à long terme de l'infection au VIH, dont plusieurs pourraient être liées à l'inflammation chronique
- problèmes liés au vieillissement
- co-infections et complications co-existantes
- fardeau physique, biologique et psychologique d'être atteint d'une affection médicale chronique
- effets secondaires des médicaments

Les symptômes : des indices précieux

Les symptômes jouent un rôle crucial lorsqu'on essaie de comprendre l'évolution d'une maladie et l'expérience de la personne atteinte. Les symptômes, particulièrement les symptômes embêtants, peuvent empêcher un patient de suivre fidèlement son traitement et compromettre sa qualité de vie.

Ils pourraient aussi signaler une toxicité médicamenteuse ou un autre problème.

Puisque le traitement anti-VIH doit durer de très nombreuses années, il faut porter une attention particulière aux symptômes afin de pouvoir déceler des effets secondaires éventuels. Si leurs symptômes les embêtent beaucoup, de nombreux patients risquent de devenir frustrés et de suivre moins fidèlement leur traitement afin de trouver un soulagement.

L'étude Beahiv

Des chercheurs de partout au Canada ont mené une étude appelée Beahiv, abréviation de Behaviour and Attitudes Study. L'objectif principal de cette étude consistait à déterminer dans quelle mesure l'information fournie par les patients concordait avec celle fournie par les médecins en ce qui avait trait aux symptômes signalés par les patients lors de leur dernière consultation. Pour ce sondage réalisé par la firme Ipos-Reid, on avait recours à un formulaire de collecte de données dont la fiabilité avait déjà fait ses preuves.

Les patients et les médecins ont rempli le sondage à la suite d'une consultation tenue dans un des 17 sites de l'étude au Canada.

On a interrogé les patients au sujet de 22 symptômes courants qu'ils auraient pu éprouver au cours du mois précédent. On leur a également demandé de classer les symptômes en fonction de leur intensité. Les médecins ont répondu à des questions concernant les symptômes signalés par leurs patients, et on leur a aussi demandé de classer leur intensité.

À propos des médecins

L'équipe de recherche a recruté 42 médecins : 23 spécialistes des maladies infectieuses, 17 médecins de famille et deux spécialistes d'autres domaines.

En moyenne, les médecins soignaient des patients atteints du VIH depuis une quinzaine d'années, et la plupart d'entre eux suivaient plus de 100 patients séropositifs.

À propos des patients

Le profil moyen des 1 000 patients inscrits à l'étude Beahiv était le suivant :

- 12 % de femmes, 88 % d'hommes
- âge – 46 ans
- compte de CD4+ – 504 cellules
- 85 % suivaient une multithérapie
- 69 % avaient une charge virale inférieure à 50 copies/mL
- environ 60 % suivaient une multithérapie depuis plus de cinq ans
- 51 % prenaient la même combinaison de médicaments depuis au moins trois ans

La composition ethnoraciale des participants était la suivante :

- Blancs – 73 %
- Noirs – 8 %
- Autochtones – 7 %
- Asiatiques – 5 %
- Hispaniques – 4 %
- Les participants sont nés dans les endroits suivants :
- Amérique du Nord – 78 %
- Europe – 5 %
- Afrique – 5 %
- Asie – 4 %
- Caraïbes – 4 %
- Amérique latine – 4 %

Résultats clés

- Les patients disaient avoir éprouvé entre 30 % et 76 % des symptômes mentionnés dans le sondage.
- Entre 8 % et 35 % des patients affirmaient que leurs symptômes étaient « embêtants ».
- Les médecins reconnaissaient des symptômes embêtants dans entre 0,2 % et 11 % des cas.
- Les discordances les plus importantes entre les réponses des médecins et des patients se rapportaient aux symptômes suivants : la mémoire, les problèmes sexuels, les ballonnements intestinaux, la douleur et la flatulence.

La discordance la plus faible avait trait aux problèmes gynécologiques.

Pourquoi ces différences?

Les résultats de l'étude Beahiv sont solides, car ils ont été obtenus auprès de 1 000 paires de médecins et de patients. Malheureusement, l'équipe n'a pas exploré les facteurs éventuels qui pourraient expliquer les différences observées.

Les résultats de l'étude Beahiv et d'autres études semblables mettent en évidence un enjeu important :

- Il faut améliorer la communication entre les médecins et les patients.

En Amérique

Un rapport américain récent sur la communication médecin-patient a tiré des conclusions semblables à celles de l'étude Beahiv, ce qui porte à croire que les problèmes de communication ne respectent pas les frontières. Les chercheurs américains impliqués dans l'étude en question ont laissé croire qu'un questionnaire ou un outil normalisé pourrait aider les médecins à interroger leurs patients au sujet de leurs symptômes. Les résultats d'une étude pilote menée aux États-Unis semblent en effet indiquer que les médecins deviennent « très conscients » des symptômes de leurs patients lorsqu'un tel outil est utilisé.

À l'avenir

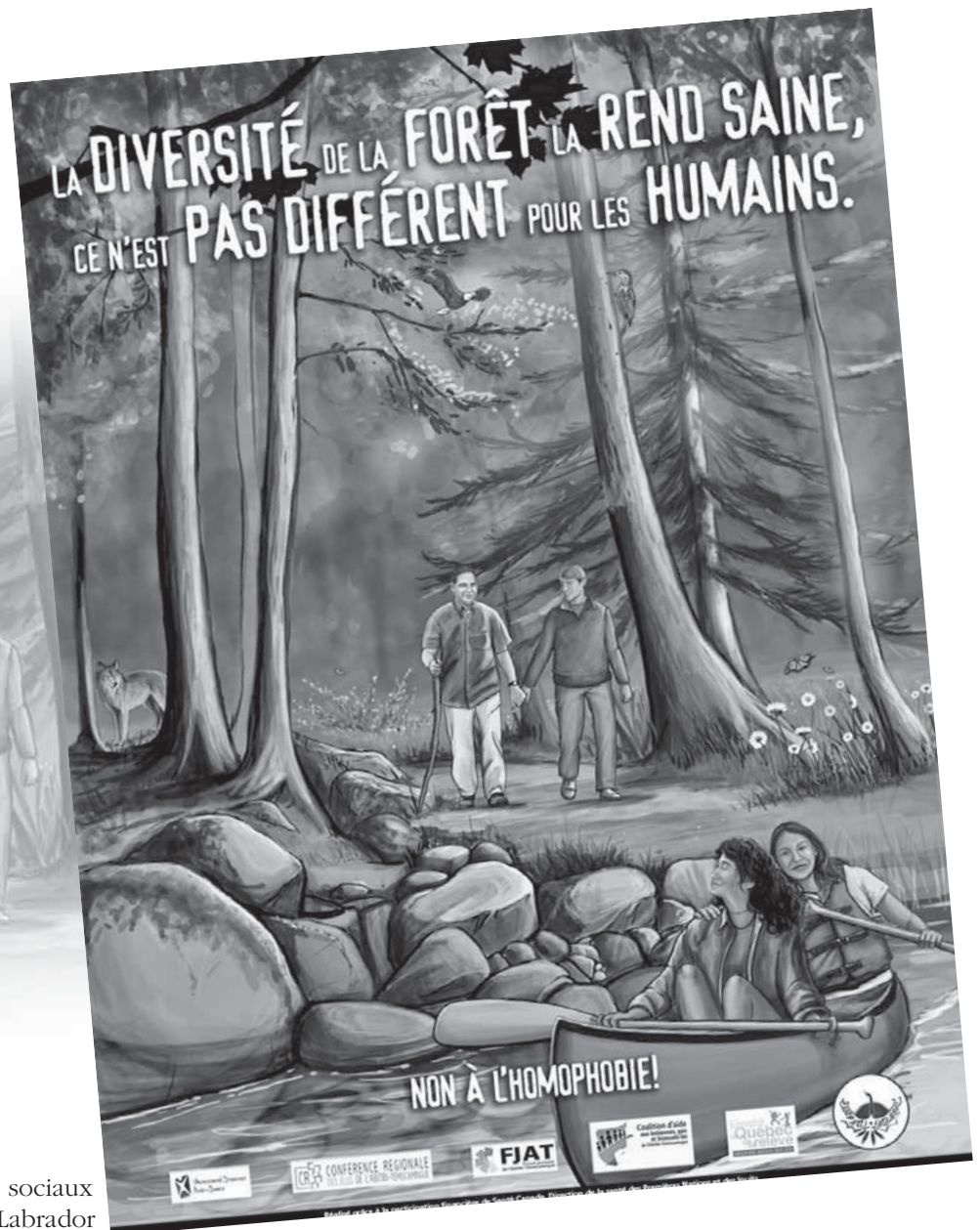
L'étude Beahiv pourrait ouvrir la voie à d'autres études conçues pour explorer la communication entre médecins et patients séropositifs. À long terme, ce genre de recherche pourrait aider à améliorer les soins pour les patients et à réduire les coûts pour le système de santé en favorisant un meilleur usage de celui-ci. De plus, puisque la compréhension des symptômes des patients est essentielle aux soins, l'étude Beahiv pourrait donner lieu à des études semblables visant à mieux comprendre la communication médecin-patient pour d'autres affections médicales, y compris le cancer, les maladies cardiovasculaires, le diabète, les complications hépatiques et l'ostéoporose.

Sean R. Hosein

RÉFÉRENCES :

1. Rachlis A, Gill J, Harris M, et al. Behaviour and attitudes in HIV (Beahiv): a national survey study to examine the level of agreement between physicians and patients in symptom reporting. In: Program and abstracts of the 19th Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research, 13-16 May 2010, Saskatoon, Saskatchewan, Canada. Abstract Oo86.
2. Edelman EJ, Gordon K, Justice AC. Patient and provider-reported symptoms in the post-cART era. *AIDS and Behavior*. 2010; *in press*.

Référence : Nouvelles CATIE www.catie.ca



La Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) est heureuse de vous présenter la nouvelle affiche ayant pour thème l'homosexualité. Cette affiche a été développée dans le cadre d'une entente de concertation interrégionale concernant la santé, le mieux-être et la qualité de vie des lesbiennes, gais et bisexuels-les. Les organismes faisant partie de cette entente sont : le Forum jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue, le Mouvement jeunesse Baie-James, la Conférence régionale des élus de l'Abitibi-Témiscamingue, la Coalition d'aide aux lesbiennes, gais et bisexuels-les de l'Abitibi-Témiscamingue et la CSSSPNQL.

Par le biais du message inscrit sur l'affiche, **La diversité de la forêt la rend saine, ce n'est pas différent pour les humains**, le but recherché est de lutter contre l'homophobie dans les communautés autochtones. L'affiche illustre la diversité de la forêt et établit un lien entre la diversité des relations entre les personnes et l'importance de chaque élément dans l'équilibre naturel.

Pourquoi lutter contre l'homophobie?

Selon des études, les attitudes négatives face à l'homosexualité stigmatisent les individus et contribuent à accentuer les problèmes d'ordre psychologique, entre autres la détresse psychologique, un taux de suicide plus élevé, une plus grande vulnérabilité face à l'alcool et aux drogues et un risque accru d'être victime de violence. Ces conséquences peuvent avoir un impact important sur la vie d'une personne et pourraient être évitées grâce à l'ouverture et au soutien des membres de la communauté.

Nous vous invitons à faire un geste vers une vie meilleure pour les lesbiennes, gais et bisexuels-les, en installant l'affiche dans des endroits passants de votre communauté.

Pour obtenir des affiches, communiquez avec la CSSSPNQL au 418 842-1540.

Actualités

Une découverte de deux chercheurs montréalais

UN VACCIN QUI POURRAIT REMPLACER LA TRITHÉRAPIE

PAR REINE CÔTÉ

Des médecins montréalais viennent de réaliser une avancée majeure dans la recherche sur le sida en mettant au point un vaccin qui pourrait éventuellement remplacer le traitement par trithérapie chez les porteurs du VIH.

La nouvelle a été annoncée, mercredi dernier, au *AIDS Vaccine 2009* qui se tenait à Paris, par le D^r Jean-Pierre Routy, l'un des partenaires de cette découverte.

Pour ce dernier, qui est également chercheur sur le sida au Centre de santé universitaire McGill depuis 1988, il s'agit d'une véritable lueur d'espoir.

Le vaccin est une immunothérapie individualisée élaborée à partir du virus de chaque porteur et de ses cellules immunitaires déjà améliorées par la trithérapie. Cette formule personnalisée pour chaque patient permettrait d'augmenter la lutte anti VIH des cellules, empêchant donc le virus de dégrader davantage le système immunitaire.

Le D^r Routy et son confrère de l'Université de Montréal, le D^r Rafick Sékaly, ont fait le pari, qu'en utilisant le virus du patient dans le vaccin lui étant destiné, le corps pouvait devenir plus fort et contrôler lui-même le virus.

«Le vaccin est fait sur mesure pour chaque personne, comme de la haute couture. Notre approche est unique au niveau mondial», insiste le D^r Routy.

Résultats encourageants

Depuis 14 mois, 16 porteurs du VIH de Montréal ont fait l'essai du vaccin, avec l'accord de Santé Canada, et les médecins sont satisfaits des résultats. Le D^r Routy a même confié à 24H que le virus de chaque patient avait baissé de 80 %.



Photo : Luc Cinq-Mars

LE D^r JEAN-PIERRE ROUTY, L'UN DES PARTENAIRES DE CETTE DÉCOUVERTE

« Ce sont des résultats préliminaires mais encourageants », admet le D^r Routy, ajoutant que ces patients ont ainsi pu arrêter leur trithérapie.

Selon le D^r Routy, son confrère Sékaly et lui sont les seuls dans le milieu de la recherche à avoir eu l'idée d'utiliser cette approche.

«Pour le moment, il s'agit encore d'une technique expérimentale longue et coûteuse mais nous espérons qu'elle tiendra la promesse d'un traitement totalement innovant et accessible à tous dans le futur.»

Un vaccin coûteux

D'autres essais cliniques sont nécessaires avant la commercialisation du vaccin mis au point dans les laboratoires américains d'*ARGOS Therapeutic*. Chaque dose pourrait coûter autour de 50 000 \$ et devrait par ailleurs être renouvelée périodiquement.

Le Sida demeure l'une des plus grandes causes de mortalité liée aux maladies infectieuses sur la planète. Rien qu'en 2008, deux millions de personnes en sont mortes. À Montréal, 20 000 personnes sont déclarées séropositives.

Déceler l'infection par le VIH plus tôt : l'amélioration des techniques de dépistage du VIH

Combien de temps après une exposition possible au VIH peut-on savoir si l'on est infecté? Tout dépend du type de test utilisé. Cet article traite des différents types de test actuellement offerts pour déceler l'infection par le VIH et précise combien de temps après l'exposition chacun de ces tests permet de déterminer s'il y a ou non infection par le VIH.

Les tests de dépistage du VIH se sont considérablement améliorés depuis les débuts de l'épidémie du VIH. Il existe aujourd'hui de multiples méthodes pour dépister l'infection par le VIH et les nouvelles technologies de dépistage permettent de déceler plus efficacement les nouvelles infections. À la lumière de ces avancées techniques, certains spécialistes du dépistage du VIH suggèrent qu'il est désormais possible de déceler la vaste majorité des infections par le VIH beaucoup plus tôt que ne le croit la majorité des gens. Cet article expose les principales observations scientifiques relatives au dépistage précoce du VIH. Le message véhiculé sur le dépistage du VIH pourra être adapté en conséquence.

Pourquoi est-il utile de déceler l'infection par le VIH le plus tôt possible?

Le dépistage précoce du VIH, c'est-à-dire le plus tôt possible après l'exposition potentielle au virus, présente deux avantages majeurs.

1. Le fait de déceler précocement l'infection à un effet positif sur les personnes qui ont subi un test de dépistage du VIH

Les tests de dépistage du VIH qui donnent un résultat précis peu de temps après l'exposition possible au virus permettent de réduire de manière considérable l'anxiété liée au fait de ne pas savoir qu'éprouvent la plupart des personnes qui pensent avoir été exposées au VIH.

La personne qui apprend tôt qu'elle est infectée est plus à même de déterminer quand et comment l'infection s'est produite. De la même manière, la personne qui se sait infectée ira plus rapidement chercher l'aide et les services dont elle a besoin pour gérer sa santé et son bien-être. Un diagnostic précoce permet également de débiter un traitement contre le VIH avant que le virus n'ait eu le temps de causer des dommages importants au système immunitaire, ce qui peut avoir des conséquences déterminantes sur la santé à long terme.

2. Le dépistage précoce peut aider à prévenir de nouvelles infections

La recherche a démontré que dans près de la moitié des nouveaux cas de VIH l'infection aurait été transmise par une

personne nouvellement infectée.¹ Cette situation s'expliquerait par le fait que chez les personnes infectées depuis peu la quantité de virus dans le sang et dans les voies génitales est plus importante, ce qui accroîtrait le risque de transmission du VIH.^{2,3,4,5} Il est fréquent également que les personnes nouvellement infectées ne sachent rien de leur séropositivité. Le dépistage précoce du VIH permet aux personnes infectées de prendre des décisions éclairées, c'est-à-dire d'agir en connaissance de cause (en adoptant des pratiques sexuelles à risques réduits et en consommant des drogues de manière sécuritaire). Des études ont également révélé que la plupart des personnes se sachant infectées prenaient les mesures nécessaires pour prévenir la transmission du VIH.^{6,7,8,9}

Le fait de pouvoir déceler plus rapidement l'infection par le VIH ne bénéficie pas uniquement aux personnes qui subissent un test de dépistage et aux établissements offrant des services de dépistage, il pourrait contribuer de manière déterminante à freiner la propagation du virus dans la population.

Test de détection des anticorps anti-VIH

Lorsqu'une personne contracte le VIH, une série de réactions se produit dans son corps et plusieurs étapes doivent être franchies avant que le test de détection des anticorps anti-VIH puisse déceler l'infection. Le virus commence par se propager dans un nombre croissant de cellules. Puis, en réaction au VIH, le système immunitaire de la personne infectée produit des anticorps anti-VIH, des protéines qui circulent dans le sang et qui ont pour fonction de combattre l'infection. Ce sont ces anticorps que le test de détection des anticorps anti-VIH décèle, et non le VIH lui-même. Si, au moment où le test est effectué, la quantité d'anticorps dans le sang de la personne infectée est trop faible pour être décelée, le résultat sera négatif même si la personne est infectée par le VIH.

Pour qu'un test de détection des anticorps du VIH soit efficace, les deux conditions suivantes doivent être remplies.

1. Des anticorps anti-VIH doivent être présents dans le sang de la personne

Plusieurs facteurs influent sur le temps que met le système immunitaire pour produire des anticorps anti-VIH à la suite

d'une infection par le VIH, notamment la génétique, la façon dont le virus a été transmis (rapports sexuels ou échange d'aiguilles), la quantité de virus à laquelle la personne a été exposée et le fait de suivre ou non un traitement de prophylaxie post-exposition (composé de plusieurs médicaments anti-VIH et amorcé au plus dans les 72 heures suivant l'exposition dans le but de prévenir l'infection). D'autres facteurs interviennent également. Pour en savoir plus sur la prophylaxie post-exposition (PPE), consulter le document suivant : « Peut-on empêcher l'infection VIH après une exposition? La prophylaxie post-exposition (PPE) ».

2. Le test de détection des anticorps anti-VIH doit être suffisamment sensible pour déceler la présence d'anticorps

Les techniques de dépistage mises au point ces dernières années permettent de détecter la présence d'anticorps anti-VIH dans le sang à des concentrations plus faibles et donc, de déceler l'infection par le VIH plus tôt.

La « période fenêtre » désigne le délai maximum qui peut s'écouler entre le moment de l'infection et le moment où le système immunitaire de la personne infectée produit des anticorps anti-VIH. Si le sang de la personne infectée ne contient pas encore d'anticorps anti-VIH ou n'en contient pas suffisamment, le test de détection ne décelera pas l'infection. Autrement dit, un test de détection des anticorps anti-VIH effectué pendant la période fenêtre peut ne pas déceler l'infection et donner un résultat négatif même si la personne est infectée par le VIH.

Les tests de détection des anticorps anti-VIH sont les tests les plus utilisés aux fins du dépistage du VIH. L'une des raisons pour lesquelles leur usage est si répandu est qu'une fois que le sang d'une personne infectée contient des anticorps anti-VIH, il ne cessera jamais d'en contenir (dans la mesure où le système immunitaire fonctionne correctement). Cela signifie qu'une fois la période fenêtre terminée, le test de détection des anticorps anti-VIH donnera toujours un résultat positif chez les personnes infectées par le VIH. Il s'agit d'un aspect important, car de nombreuses personnes n'apprennent leur séropositivité que plusieurs années après avoir contracté le VIH.

Les anciens tests de détection des anticorps étaient beaucoup moins efficaces que les tests actuels pour déceler l'infection lorsque la concentration sanguine d'anticorps anti-VIH était faible, et c'est ce qui explique pourquoi auparavant la période fenêtre était de six mois.

Partout au Canada, les laboratoires emploient désormais des tests de détection des anticorps plus récents et plus sensibles (y compris le dépistage rapide du VIH aux points de service). Pour en savoir plus sur les tests de dépistage rapide du VIH, consulter le document suivant : « Une réponse rapide au dépistage du VIH en milieu communautaire ». Des études ont démontré que grâce à ces nouveaux tests, 95 p 100 des

personnes qui avaient « testé positif » avaient obtenu ce résultat dans les 34 jours suivant l'infection.¹⁰ Toutefois, il est généralement admis qu'une période fenêtre de trois mois doit être respectée lorsqu'on a recours aux nouveaux tests de détection des anticorps afin de s'assurer que les personnes qui mettent plus de temps à produire des anticorps ne passent pas à travers les mailles du filet. Autrement dit, si une personne obtient un résultat négatif au test de détection des anticorps pendant la période fenêtre, elle devra se soumettre à un nouveau test trois mois après l'exposition possible afin d'écartier complètement l'hypothèse du VIH.

Il arrive, dans certaines circonstances rares, qu'une personne doive se soumettre à plus d'un test de dépistage au cours de la période de six mois suivant l'exposition. C'est le cas notamment des personnes suivantes :

- les personnes souffrant d'un dysfonctionnement grave du système immunitaire, car elles peuvent mettre plus de temps à produire des anticorps;
- les personnes qui ont suivi un traitement de prophylaxie post-exposition (PPE), c'est-à-dire un traitement antirétroviral d'un mois, qui peut freiner la propagation du VIH dans l'organisme lorsqu'il est commencé dans les 72 heures suivant l'exposition possible. La PPE peut ne pas juguler l'infection par le VIH, mais la présence de médicaments antirétroviraux dans l'organisme a tout de même pour effet de limiter la réplication du virus et il se peut, par conséquent, que l'organisme mette plus de temps à produire des anticorps anti-VIH. Un nouveau test doit donc être effectué une fois le traitement de PPE terminé. Pour en savoir plus sur la PPE, consulter le document suivant : « Peut-on empêcher l'infection VIH après une exposition? La prophylaxie post-exposition (PPE) ».

Il convient de souligner également qu'un résultat positif au test de détection des anticorps doit toujours être confirmé au moyen d'un test de transfert Western blot afin d'exclure la possibilité d'un faux positif.

Tests qui décèlent le VIH lui-même

Il existe des technologies qui permettent de déceler la présence du VIH lui-même (plutôt que celle d'anticorps). Toutefois, ces tests ne sont pas offerts dans toutes les régions du Canada ni dans toutes les régions d'une province ou d'un territoire. Il importe donc que vous sachiez quels services de dépistage sont offerts dans votre région afin de pouvoir orienter correctement les personnes qui pensent avoir été exposées au VIH.

Les deux tests les plus couramment utilisés parmi ceux qui décèlent le VIH lui-même sont l'**analyse des antigènes p24** et le **test d'amplification des acides nucléiques du VIH (TAAN-VIH)**.

L'analyse des antigènes p24 du VIH

L'analyse des antigènes p24, le plus couramment offert des deux tests, permet de déceler une protéine (la protéine

p24) associée au VIH. En moyenne, l'analyse des antigènes p24 peut déceler la présence de protéines p24 dans les 10 à 14 jours suivant l'infection par le VIH.^{2,3,11,12} Ce test comporte cependant un inconvénient, qui tient au fait que la protéine p24 atteint sa concentration maximale environ trois à quatre semaines après l'exposition au VIH et n'est généralement plus détectable à partir de la cinquième ou sixième semaine suivant l'infection (et parfois plus tôt). Un résultat positif à l'analyse des antigènes p24 signifie que la personne testée est infectée par le VIH. En revanche, un résultat négatif peut signifier trois choses.

- La personne n'est pas infectée par le VIH.
- La personne est infectée par le VIH, mais l'analyse n'a pas décelé la présence de protéines p24 parce que l'infection s'est produite il y a plus de quatre à six semaines.
- La concentration d'antigènes p24 est trop faible pour être décelée par les technologies actuelles.

À l'heure actuelle, les tests de dépistage les plus perfectionnés allient une analyse des antigènes p24 et un test de détection des anticorps. Ces tests ne sont pas offerts dans toutes les régions du Canada. On leur attribue généralement une plus grande efficacité du fait qu'ils allient la capacité de détection précoce qu'offre l'analyse des antigènes p24 à la précision des nouveaux tests de détection des anticorps. Il convient de mentionner cependant qu'une version rapide de ces tests (dans les points de service) n'est pas encore offerte.

Le test d'amplification des acides nucléiques du VIH (TAAN-VIH)

Le TAAN-VIH est un test très sensible qui permet de déceler la présence de l'acide ribonucléique (ARN) du VIH dans le sang. L'ARN est l'équivalent viral de l'acide désoxyribonucléique (ADN) humain. Le TAAN-VIH peut déceler l'ARN du VIH très tôt, c'est à dire dans les sept à 14 jours suivant l'infection.^{2,3,11,12} Contrairement à l'analyse des antigènes p24, le TAAN-VIH donne toujours un résultat positif si le virus est présent dans le sang de la personne testée.

À l'heure actuelle, six cliniques de la Colombie-Britannique offrent un service de dépistage du VIH par TAAN-VIH dans le cadre d'une étude de cinq ans intitulée « Acute HIV Infection Study » (étude sur l'infection aiguë par le VIH) (<http://www.acutehivstudy.com>). Cette étude vise entre autres à déterminer l'incidence des nouvelles technologies de dépistage sur les pratiques de dépistage des hommes gais.

Dans quelles circonstances a-t-on recours à l'analyse des antigènes p24 et au TAAN-VIH?

Dans les régions où ils sont offerts, l'analyse des antigènes p24 et le TAAN-VIH sont utilisés surtout pour les personnes qui ont été exposées à un risque élevé de contamination et qui soit 1) se trouvent dans la période fenêtre de trois mois pendant laquelle le test de détection des anticorps risque de

ne pas être efficace, soit 2) éprouvent des symptômes semblables à ceux pouvant survenir pendant la première phase de l'infection par le VIH (le plus souvent ces symptômes s'apparentent à ceux de la grippe et peuvent comprendre de la fièvre, de la diarrhée, des éruptions cutanées et des maux de gorge). L'analyse des antigènes p24 est également utilisée lorsque le résultat obtenu au test de détection des anticorps anti-VIH est indéterminé (c'est-à-dire lorsque le test n'a pas permis d'exclure ni de confirmer l'hypothèse du VIH)

Symptômes observés pendant la phase de séroconversion

Il importe, lorsqu'on parle de dépistage, de fournir également des renseignements sur les symptômes caractéristiques de la séroconversion. Si vos clients connaissent bien les symptômes liés à la séroconversion, ils seront plus enclins à passer un test de dépistage s'ils éprouvent de tels symptômes. Les symptômes de la séroconversion s'apparentent à ceux de la grippe et se manifestent généralement dans les deux à quatre semaines suivant l'infection. Ils peuvent comprendre de la fatigue, de la fièvre, des maux de gorge, un gonflement des ganglions lymphatiques, des maux de tête, une perte d'appétit et des éruptions cutanées. En règle générale, ces symptômes durent moins de deux semaines, mais peuvent persister dans certains cas jusqu'à 10 semaines. Un client qui a été exposé à un risque élevé d'infection par le VIH et qui éprouve un ou plusieurs de ces symptômes devrait être encouragé à passer un test de dépistage. Selon le temps qui s'est écoulé depuis l'infection, le test de détection des anticorps peut ne pas donner de résultat concluant. En pareil cas, il faut avoir recours à l'analyse des antigènes p24, qui donnera un résultat précis si l'infection s'est produite deux à quatre semaines auparavant, ou au TAAN-VIH, qui est efficace dès les sept à 14 jours suivant l'infection.

Quelles sont les répercussions des nouvelles techniques de dépistage pour les travailleurs de première ligne?

Le dépistage précoce du VIH est important parce que les personnes nouvellement infectées sont très contagieuses et peuvent, sans le savoir, transmettre le VIH à d'autres personnes. Une grande confusion persiste quant au meilleur moment pour se soumettre à un test de dépistage à la suite d'une exposition possible au VIH. Bien des gens croient encore devoir attendre trois mois. Or, grâce aux nouvelles technologies de dépistage plus performantes, il est maintenant possible de déceler l'infection par le VIH beaucoup plus tôt, car le délai entre le moment de l'infection et le moment où il est possible de déceler la présence du VIH dans l'organisme ne cesse de raccourcir.

Dans le cas des personnes exposées à un risque élevé d'infection par le VIH, le dépistage peut avoir lieu dès le début du deuxième mois suivant l'exposition, si l'on a recours aux tests normalisés de détection des anticorps ou aux tests de dépistage

rapide dans les points de service. L'obtention d'un résultat positif à l'un ou l'autre de ces tests signifie, dans tous les cas, que la personne testée est infectée par le VIH. Parmi les personnes qui obtiennent un résultat négatif, 95 p. 100 sont réellement séro-négatives. Il importe de bien comprendre que jusqu'à 5 p. 100 des personnes qui obtiennent un résultat négatif un mois après l'exposition peuvent obtenir un résultat positif trois mois après. Aussi, faut-il s'assurer que les personnes qui ont obtenu un résultat négatif à un mois soient informées de la nécessité de se soumettre à un nouveau test de dépistage une fois la période fenêtre de trois mois écoulée.

L'analyse des antigènes p24 et le TAAN-VIH peut être utilisée pour déceler l'infection par le VIH chez les personnes qui croient avoir été récemment exposées au VIH. Ces tests sont utiles pour les personnes qui pensent être en phase de séroconversion. Toutefois, comme ces tests ne sont pas encore offerts dans toutes les villes et municipalités canadiennes, il serait bon de chercher à savoir où et à quel moment ces nouvelles techniques de dépistage plus performantes seront offertes dans votre région.

Par Len Tooley

RÉFÉRENCES

- Bluma G, Brenner, Michel Roger, Jean-Pierre Routy, Daniela Moisi, Michel Ntemgwia, Claudine Matte, Jean-Guy Baril, Réjean Thomas, Danielle Rouleau, Julie Bruneau, Roger Leblanc, Mario Legault, Cecile Tremblay, Hugues Charest, Mark A. Wainberg and the Quebec Primary HIV Infection Study Group. High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 infection. *The Journal of Infectious Diseases*. 2007. 195(7):951-959.
- a. b. c. Busch MP and Satten GA. Time course of viremia and antibody seroconversion following human immunodeficiency virus exposure. *American Journal of Medicine*. 1997. 102(5B):117-124.
- a. b. c. Stekler J, Maenza J, Stevens CE, Swenson PD, Coombs RW, Wood RW, Campbell MS, Nickle DC, Collier AC and Golden MR. Screening for acute HIV infection: lessons learned. *Clinical Infectious Diseases*. 2007. 44(1 February):459-461
- Kannangai R, Kandathil AJ, Daniel HD, Prasannakumar S, Lionnel J and Abraham P. An unusual seroconversion profile in a pregnant woman infected with the human immunodeficiency virus-1: need for using later generations HIV screening assays. *Indian Journal of Medical Microbiology*. 2008. 26(4):390-392.
- Kahn JO and Walker BD. Acute human immunodeficiency virus type 1 infection. *New England Journal of Medicine*. 1998. 339(1):33-39.
- Hays RB, Paul J, Ekstrand M, Kegeles SM, Stall R and Coates TJ. 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, Schnell DJ, Moore M, Rugg DL and Johnson R. Evidence of the effects of HIV antibody counselling and testing on risk behaviour. *JAMA*. 1991. 266: 2419-2429.
- Kilmarx PH, Hamers FF and Peterman TA. Living with HIV: Experiences and perspectives of HIV-infected sexually transmitted disease clinic patients after post-test counselling. *Sexually Transmitted Diseases*. 1998. 25:28-37.
- Wenger NS, Kusseling FS, Beck K and Shapiro MF. Sexual behaviour of individuals infected with the human immunodeficiency virus: The need for intervention. *Archives of Internal Medicine*. 1994. 154:1849-1854.
- Major C. HIV 'window period' and new testing technologies: Implications for testing guidelines and programs to promote HIV testing in Ontario. 2009. Ontario HIV Treatment Network.
- a. b. Fiebig EW, Wright DJ, Rawald BD, Garrette PE, Schumachere RT, Peddadaf L, Heldebrant C, Smith R, Conrad A, Kleinman SH and Busch MP. Dynamics of HIV viremia and antibody seroconversion in plasma donors: implications for diagnosis and staging of primary HIV infection. *AIDS*. 2003. 17:1871-1879.
- a. b. Sickinger E, Jonas G, Yem AW, Goller A, Stieler M, Brennan C, Hausmann M, Schochetman G, Devare SG, Hunt JC, Kapprell HP and Bryant JD. Performance evaluation of the new fully automated human immunodeficiency virus antigen-antibody combination assay designed for blood screening. *Transfusion*. 1994. 48:584-593.

À PROPOS DE L'AUTEUR

Len Tooley est un conseiller et un contrôleur en matière de VIH à la Hassle Free Clinic, située au centre-ville de Toronto.

Source : CATIE, Point de mire sur la prévention, Août 2010, numéro 2 www.catie.ca

Guide québécois de dépistage des ITSS - Supplément – Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de trousse de dépistage rapide



Le document *Supplément – Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de trousse de dépistage rapide* est un supplément au *Guide québécois de dépistage des ITSS* et constitue l'ouvrage de référence pour tous les professionnels de la santé désirant intégrer l'utilisation des trousse de dépistage rapide dans leurs activités de dépistage du VIH, quel que soit leur lieu

de pratique et pour tous ceux qui participent à la gestion des programmes de dépistage des ITSS incluant l'offre de dépistage du VIH à l'aide de trousse de dépistage rapide. Il définit les normes de bonne pratique en ce domaine.

Annexes

Les annexes I à XI présentent des outils développés pour soutenir les points de service et les professionnels. Certains d'entre eux peuvent être adaptés selon les besoins des milieux.

Annexe I : Fiche counseling prétest adapté

Annexe II : Fiche counseling post-test adapté – Résultat non réactif

Annexe III : Fiche counseling post-test adapté – Résultat réactif

Annexe IV : Ressources

Annexe V : Modèles de rapport

Annexe VI : Programme d'assurance de la qualité en un coup d'œil

Annexe VII : Modèle de procédure opératoire normalisée

Annexe VIII : Dépistage du VIH au point de service à l'aide de trousse de dépistage rapide du VIH – journal de bord

Annexe IX : Contrôle de la qualité – journal de bord

Annexe X : Rapport d'incidents

Annexe XI : Température de la pièce où sont conservées les trousse de dépistage rapide du VIH

Auteur : MSSS, INSPQ

Auteur : MSSS, INSPQ

Vous pouvez consulter le guide sur le site Internet du MSSS au <http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/index.php>



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 GOA 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) GOA 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