

BULLETIN LE CERCLE de l'espoir



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



Printemps 2012

Sommaire

- 2 Le mot de l'agente de programme
- 2 Espace ITSS, c'est pour vous!
- 3 Le sexisme chez les jeunes : de l'évidence à l'indifférence
- 3 Conférences et colloques à venir
- 4 Au-delà de l'équité
- 4 La stratégie mondiale OMS du secteur de la santé sur le VIH/sida 2011-2015
- 5 Saviez-vous que...
- 5 Vers la réduction de la transmission mère-enfant du VIH au Canada
- 8 Sur les traces de l'origine de l'épidémie
- 10 Mise à jour sur la recherche I : la stigmatisation entourant le VIH

« 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 toutes et à tous,

Depuis quelques mois, j'ai pris le relais de Louise Tanguay et je travaille maintenant sur le dossier du VIH/sida. La santé sexuelle et les enjeux qui l'entourent me passionnent! J'ai hâte de travailler avec vous sur des projets emballants et novateurs supportant le maintien et l'adoption de pratiques sexuelles saines dans vos communautés.

Déjà, en décembre, vous avez reçu de jolis bracelets rouges dans le cadre de la *Semaine autochtone de sensibilisation au sida 2011*. Nous espérons que ceux-ci vous ont été utiles et nous vous invitons, si cela n'est déjà fait, à les distribuer lors de rencontres portant sur la santé sexuelle avec les jeunes. L'information contenue sur la clé USB des bracelets saura certainement les intéresser!

Le rapport de l'étude sur les comportements sexuels sera publié très bientôt. Ce rapport sera une mine d'information pour vous, faisant un portrait parlant des habitudes sexuelles, des croyances et des attitudes des jeunes et des adultes des communautés. Ces résultats doivent être un tremplin pour l'action. C'est pourquoi nous vous offrons notre soutien pour la mise en œuvre des recommandations issues de cette étude. N'hésitez pas à faire appel à nous!

Enfin, nous avons développé, en collaboration avec une consultante Première Nations, un atelier sur l'homosexualité. Cet atelier a pour objectifs de démystifier les termes liés à l'homosexualité, de sensibiliser aux préjugés véhiculés à l'encontre des

personnes homosexuelles, de réfléchir sur les effets engendrés par l'homophobie et de développer de nouvelles attitudes et comportements envers les personnes homosexuelles. L'atelier, qui est offert en français et en anglais, s'adresse aux jeunes d'âge secondaire et pourra être donné à l'école ou à la maison des jeunes, par exemple. De plus, nous nous déplaçons gratuitement pour donner l'atelier! Si vous êtes intéressé par cette activité, contactez-moi!

En espérant que cette nouvelle édition du Cercle de l'Espoir vous inspire!

Marie-Noëlle Caron
Conseillère en santé publique

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

Espace ITSS, c'est pour vous!

ESPACE **ITSS**
DES REPÈRES POUR MIEUX AGIR

Ce nouveau site Web, piloté par l'Institut national de santé publique du Québec, vous offre :

- des outils pratiques et pertinents
- des productions récentes et des informations émergentes sur les ITSS
- des fiches thématiques
- des capsules de formation
- des entrevues inspirantes avec des intervenants du terrain.

Visitez le site au <http://www.espaceitss.ca>

LE SEXISME CHEZ LES JEUNES : de l'évidence à l'indifférence

FAITES LA LUMIÈRE SUR LE SEXISME CHEZ LES JEUNES DE VOTRE COMMUNAUTÉ!

Le numéro 19 du magazine *Ca s'exprime*, publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, présente une série d'articles sur le sexisme chez les jeunes. Il vise à faire état des connaissances les plus récentes sur le sexisme à l'adolescence ainsi qu'à fournir des pistes qui guideront la réflexion sur le sujet et l'intervention auprès des jeunes.

On y retrouve entre autres :

- Des définitions;
- Des exemples de stéréotypes sexuels associés aux garçons et aux filles;
- Des éléments de contexte favorables au développement des stéréotypes;
- Des manifestations du sexisme chez les adolescents;
- Les conséquences du sexisme et des stéréotypes sexuels;
- Des suggestions d'activités d'apprentissage à l'intention des intervenants.

Une des meilleures façons de promouvoir des relations exemptes de sexisme entre les garçons et les filles est l'éducation sexuelle.

DONC, À VOUS DE JOUER!

**PARTICIPEZ AU DÉVELOPPEMENT D'UNE COMMUNAUTÉ
OÙ RÈGNE L'ÉQUITÉ ENTRE LES SEXES!**

Consultez le magazine en ligne : casexprime.gouv.qc.ca



CONFÉRENCES et colloques à venir



16^e Conférence annuelle autochtone sur le VIH/sida de la Colombie-Britannique
« Tissons ensemble les subtilités du VIH/sida par le biais de la culture et des connaissances »

Healing Our Spirit BC Aboriginal HIV/AIDS Society
16 et 17 avril 2012
Kamloops, C.-B.



L'association canadienne de recherche sur le VIH

21^e Congrès canadien annuel de recherche sur le VIH/sida - ACRV 2012

Association canadienne de recherche sur le VIH
19 au 22 avril 2012
Montréal, QC



AIDS 2012
XIX INTERNATIONAL AIDS CONFERENCE JULY 22 - 27 WASHINGTON DC USA
TURNING THE TIDE TOGETHER

AIDS 2012 - XIX^e Conférence internationale sur le sida
Société internationale sur le sida
22 au 27 juillet 2012
Washington, D.C. É.-U.

Conférence préliminaire autochtone internationale sur le VIH et le sida, 20 et 21 juillet 2012

Au-delà de l'équité

Dans le contexte actuel, la vaccination des garçons ne constituerait pas une stratégie efficace pour lutter contre le VPH.

Inclure les garçons dans les campagnes de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) n'apporterait que des bénéfices limités en santé publique, affirme une équipe de l'Unité de recherche en santé des populations (URESPP) dans un récent numéro du *Journal of Infectious Diseases*.

Le VPH compte parmi les infections transmises sexuellement les plus courantes. Certaines formes du virus causent des verrues et des lésions génitales ou anales chez l'homme et chez la femme. D'autres formes sont associées aux cancers du col de l'utérus, de l'anus, du pénis, de la bouche et de la gorge. Depuis 2007, les provinces canadiennes ont implanté un programme de vaccination contre le VPH visant les filles de 9 à 13 ans, soit avant toute infection.

ENVOYER UN MESSAGE

Controversée sur plusieurs fronts, la vaccination contre le VPH fait également tiquer pour une raison d'équité : pourquoi vacciner les filles et pas les garçons ? Les critiques évoquent notamment la protection des homosexuels et l'importance d'envoyer le message que les deux sexes ont une responsabilité égale dans la prévention des infections.

Marc Brisson, Nicolas Van de Velde, Mélanie Drolet, Marie-Claude Boily, de l'URESPP, et Eduardo Franco, de l'Université McGill, ont évalué l'effet de divers scénarios de vaccination grâce au modèle de propagation du VPH qu'ils ont développé. Ce modèle tient compte de nombreuses variables liées à la biologie du virus (probabilité de le contracter, probabilité qu'une lésion évolue en cancer...) et à la dynamique de la sexualité humaine (niveau d'activité sexuelle, nombre de partenaires...). « C'est le modèle le plus complexe sur lequel j'ai travaillé jusqu'à maintenant, souligne Marc

Brisson. il a fallu utiliser les superordinateurs de l'Université Laval et de l'Imperial college de Londres pour effectuer les simulations. »

UN GAIN DE 20 %

Les chercheurs ont ainsi chiffré les bénéfices additionnels que procurerait la vaccination d'un pourcentage égal de garçons et de filles. Résultat ? Le gain ne serait que de 20 % à l'échelle de la population. La vaccination des garçons produirait donc des bénéfices, mais qui ne seraient pas à la mesure des efforts consentis, conclut Marc Brisson. « Il vaudrait mieux augmenter d'un certain pourcentage la couverture vaccinale des filles. » Lorsque celle-ci est élevée, non seulement plus de filles sont immunisées, mais bon nombre de garçons ne contractent jamais le virus.

La vaccination des garçons ne constituerait donc pas la meilleure utilisation des fonds publics disponibles pour contrer le VPH. « La situation pourrait changer si le prix du vaccin diminuait, précise toutefois le chercheur. Nous tentons présentement d'établir à partir de quel coût la vaccination des garçons serait fondée, d'un point de vue populationnel. »

— JEAN HAMANN

Source : Magazine Contact, hiver 2012, volume 26, numéro 2, p. 7
<http://www.contact.ulaval.ca/index.html>



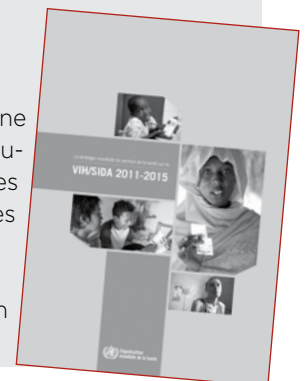
Photo : Marc Robitaille

Marc Brisson, de l'Unité de recherche en santé des populations, a développé avec son équipe un modèle de propagation du VPH qui tient compte de la biologie du virus et des comportements sexuels humains.

La stratégie mondiale OMS du secteur de la santé sur le VIH/sida 2011-2015

La *stratégie mondiale OMS du secteur de la santé sur le VIH 2011-2015* a pour objet de promouvoir une riposte à long terme et durable au VIH par le renforcement des systèmes d'action sanitaire et communautaire, l'étude des déterminants sociaux de la santé qui alimentent l'épidémie et entravent les mesures prises pour la combattre, et par la protection et la promotion des droits humains et de l'égalité des sexes considérés comme des éléments essentiels de la riposte du secteur de la santé.

Vous retrouverez toutes les informations sur cette nouvelle stratégie sur le site Internet de l'Organisation mondiale de la santé au <http://www.who.int>



Saviez-vous que...

Un vaccin préventif contre le VIH/sida créé en Ontario fera bientôt l'objet d'essais sur des humains, ont annoncé des chercheurs de la University of Western Ontario.

La FDA (l'agence américaine responsable de la gestion des médicaments) a donné son aval pour que des essais cliniques de phase 1 portent sur 40 personnes séropositives dès janvier 2012.

L'équipe du Dr Chil-Yong Kang travaille depuis 2005 sur ce vaccin, qui pourrait éventuellement aider à contenir la propagation du virus.

« L'approbation de la FDA pour les essais sur les humains est une étape extrêmement importante pour notre vaccin, qui a le potentiel de sauver des millions de personnes autour du monde en prévenant l'infection au VIH. »

— Dr Chil-Yong Kang

Les chercheurs expliquent que les résultats du vaccin SAV001 obtenus sur des animaux montrent une réaction positive du système immunitaire, sans effets secondaires ni risques pour la santé.

Aucun autre vaccin contre le VIH/sida n'est actuellement en développement au Canada. Le SaV001 sera l'un de la trentaine de vaccins testés à l'échelle internationale. À ce jour, malgré les ressources scientifiques importantes, aucun vaccin n'a été commercialisé.

LES ÉTAPES

- **Essais de phase 1 :** Les données recueillies serviront à s'assurer que le vaccin est sans danger pour les humains. Il sera administré à 40 personnes séropositives.
- **Essais de phase 2 :** Cette étape permettra de mesurer la réponse immunitaire chez les humains. Environ 600 séronégatifs à haut risque d'infection recevront le vaccin.
- **Essais de phase 3 :** C'est à ce stade que l'efficacité même du vaccin est testée. Environ 6000 séronégatifs participeront aux essais.

Source : <http://www.radio-canada.ca>

Vers la réduction de la transmission mère-enfant du VIH au Canada

3 février 2012

Dans les pays à revenu élevé comme le Canada, les États-Unis et les nations de l'Europe occidentale, de grands progrès ont été accomplis en ce qui a trait à la réduction de la transmission mère-enfant du VIH (également appelée transmission verticale). Cette situation est attribuable aux mesures suivantes :

- services de dépistage du VIH offerts aux femmes enceintes
- prestation de soins prénatals aux femmes séropositives enceintes
- utilisation d'une combinaison de médicaments anti-VIH puissants (couramment appelée multithérapie ou TAR) durant la grossesse
- administration intraveineuse d'AZT (zidovudine, Retrovir) à la mère durant l'accouchement
- six semaines de thérapie anti-VIH par voie orale pour le bébé après sa naissance
- pour l'alimentation du bébé, utilisation d'une préparation pour nourrisson au lieu de lait maternel, qui peut contenir du VIH
- les parents séropositifs ne prémâchent pas la nourriture des bébés (cela peut transmettre le VIH dans certains cas)
- En prenant toutes ces mesures, les mères séropositives peuvent accoucher d'un bébé séronégatif en bonne santé et veiller au maintien de sa santé pendant qu'il se développe.

Depuis 20 ans, des chercheurs étudient la transmission verticale et les moyens de la minimiser dans le cadre du Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada (PSPVC). Dans leur rapport le plus récent, les chercheurs font état de réductions remarquables de la transmission verticale au Canada depuis le début de l'étude. Leur rapport, qui paraît dans la revue *AIDS*, propose des pistes de recherche et des mesures de soutien futures qui pourront réduire encore davantage les taux de transmission mère-enfant.

DÉTAILS DE L'ÉTUDE

Entre 1990 et 2010, les chercheurs ont recueilli des données portant sur la santé de femmes séropositives enceintes et celle de leurs enfants. Les données en question provenaient de 22 départements de la santé situés dans tous les provinces et territoires du Canada.

Le statut VIH des bébés a été confirmé par un ou plusieurs des moyens suivants :

- détection du matériel génétique du VIH dans deux échantillons de sang distincts par réaction en chaîne de la polymérase
- détection du VIH dans des cultures de cellules sanguines
- détection d'anticorps anti-VIH dans le sang du bébé 18 mois après la naissance

Les chercheurs ont divisé leur étude en deux périodes :

- avant 1997
- 1997 et plus tard

Cette distinction était nécessaire, car l'avènement de la multithérapie en 1997 a changé considérablement l'approche de la plupart des médecins en ce qui concerne la prise en charge des femmes séropositives enceintes.

L'équipe de chercheurs s'est concentrée sur 2 692 mères et leurs enfants.

Les données du PSPVC ont été analysées par le Réseau canadien pour les essais VIH (CTN), un organisme financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Le travail du PSPVC jouit du soutien de l'Agence de la santé publique du Canada.

RÉSULTATS — FACTEURS INFLUENÇANT LA TRANSMISSION DU VIH

Les chercheurs ont constaté un déclin de la transmission verticale après 1994, année où les résultats d'essais cliniques montraient que le médicament AZT réduisait considérablement la transmission mère-enfant du VIH. Une réduction encore plus importante s'est produite après l'introduction à grande échelle de la multithérapie en 1997.

Cette étude a révélé un taux de transmission global de 5 %. Toutefois, ce chiffre masquait des changements qui se sont produits dans la transmission au fil du temps, comme suit :

- avant 1997 – 20 % des bébés étaient infectés
- 1997 et plus tard – 3 % des bébés étaient infectés

Il est possible de peaufiner davantage l'analyse des chiffres se rapportant à 1997 et plus tard, de sorte qu'elle révèle d'autres différences dans les taux de transmission :

- parmi les mères sous multithérapie – 1 % des bébés étaient infectés
- parmi les mères n'ayant reçu qu'un ou deux médicaments anti-VIH – 1,6 % des bébés étaient infectés
- parmi les mères n'ayant reçu aucun traitement anti-VIH – 16 % des bébés étaient infectés

LE MOMENT DU DÉBUT DE LA MULTITHÉRAPIE FAIT UNE DIFFÉRENCE

Après avoir déterminé à quel moment les femmes enceintes avaient commencé leur multithérapie, les chercheurs ont constaté les différences suivantes dans les taux de transmission verticale :

- parmi les femmes qui ont commencé la multithérapie plus de quatre semaines avant l'accouchement – 0,4 % des bébés étaient infectés
- parmi les femmes qui ont reçu une multithérapie pendant moins de quatre semaines durant la grossesse – 9 % des bébés étaient infectés

Les chercheurs n'ont pas fourni de détails quant aux raisons pour lesquelles certaines femmes n'ont pas reçu de multithérapie.

MÉTHODES D'ACCOUCHEMENT

Depuis 1999, les chercheurs recueillent régulièrement de l'information sur la méthode d'accouchement lors des naissances pour leur base de données. Entre 1999 et 2010, ils ont recensé environ 60 % de naissances par accouchement vaginal et 40 % par césarienne. Les taux globaux de transmission du VIH selon le mode d'accouchement étaient les suivants :

- accouchement vaginal – 2,8 % des bébés étaient infectés
- césarienne – 1,9 % des bébés étaient infectés
- Cette différence entre les deux modes d'accouchement n'est pas significative sur le plan statistique.

Le mode d'accouchement semblait cependant avoir un impact important sur la transmission du VIH selon que les femmes recevaient ou non une thérapie anti-VIH. Parmi les femmes sous multithérapie, le mode d'accouchement – vaginal ou par césarienne – n'a **pas** donné lieu à des différences statistiquement significatives dans les taux de transmission :

- parmi les mères recevant une multithérapie qui ont accouché par voie vaginale – 0,6 % des bébés étaient infectés
- parmi les mères recevant une multithérapie qui ont accouché par césarienne – 1,4 % des bébés étaient infectés

En ce qui concerne les femmes qui n'ont **pas** reçu de multithérapie, on a constaté des différences dans les taux de transmission selon le mode d'accouchement :

- les mères n'ayant pris aucun, un seul ou deux médicaments anti-VIH durant la grossesse et qui ont accouché par voie vaginale – 10,3 % des bébés étaient infectés
- les mères n'ayant pris aucun, un seul ou deux médicaments anti-VIH durant la grossesse et qui ont accouché par césarienne – 3,8 % des bébés étaient infectés

À TRAVERS LE CANADA

Voici les proportions de paires mère-enfant distribuées selon la région canadienne :

- Ontario – 33 %
- Québec – 28 %
- Colombie-Britannique – 15 %
- Alberta – 14 %
- Saskatchewan et Manitoba – 9 %
- provinces de l'Atlantique – 1 %

Durant la période de l'étude, *une seule* mère séropositive a donné naissance dans le Nord du Canada (Territoires du Nord-Ouest, Yukon, Nunavut).

CHANGEMENTS DANS LES GROUPES ETHNORACIAUX

Les femmes inscrites à cette étude ont déclaré elles-mêmes leur appartenance à un groupe ethnoracial particulier. Cette méthode d'autodéclaration a donné lieu à la distribution suivante :

- Noires – 46 %
- Blanches – 28 %
- Autochtones – 19 %
- Asiatiques – 3 %
- Latino-Américaines – 1 %
- inconnu – 3 %

Au cours de l'étude, la proportion globale de femmes blanches a chuté de 47 % avant 1997 à 25 % après 1997. En revanche, durant la même période, la proportion de femmes noires est passée de 35 % à 48 % et celle des Autochtones est passée de 14 % à 20 %.

FACTEURS DE RISQUE

Les rapports sexuels non protégés avec un homme constituaient le facteur de risque de transmission du VIH le plus fréquent (65 %) pour les femmes inscrites à cette étude, suivis de l'injection de drogues (25 %) et l'exposition à du sang ou à des produits sanguins contaminés (1 %).

MISE EN PERSPECTIVE

La présente étude démontre l'énorme effet protecteur que la multithérapie confère au fœtus. Au Canada, le taux global de transmission verticale du VIH se situe à près de 1 %. Parmi les femmes qui commencent la multithérapie bien avant les quatre dernières semaines de la grossesse, le taux de transmission diminuerait jusqu'à 0,4 %. Ces chiffres se comparent aux statistiques rapportées par d'autres pays à revenu élevé comme le Royaume-Uni, l'Irlande et la France. Il reste toutefois beaucoup de travail à faire pour faire tomber ce chiffre à zéro au Canada.

ABSENCE DE SOINS

Selon l'équipe de chercheurs, depuis 1997, très peu d'enfants – un ou deux par année environ – sont nés au Canada de mères séropositives qui n'ont pas reçu de soins pour le VIH durant la grossesse. Parmi les enfants en question, environ 50 % étaient déjà séropositifs lorsque les travailleurs de la santé ont réussi à leur faire passer un test de VIH de trois à neuf mois après leur naissance.

L'équipe n'a pas fourni de détails concernant les raisons pour lesquelles ces femmes ne semblent pas avoir passé de test de VIH durant leur grossesse. Les chercheurs laissent cependant entendre que certaines de ces femmes « proviennent vraisemblablement de populations marginalisées qui n'ont pas recours aux [services médicaux et sociaux durant la grossesse]. »

ABSENCE DE MULTITHÉRAPIE

Selon les chercheurs, un autre problème réside dans le fait que, depuis 2006, entre 2 % et 6 % des mères séropositives n'ont pas reçu de soins prénatals ou de multithérapie. En guise d'explication, les chercheurs avancent que l'infection au VIH aurait été diagnostiquée pour la première fois lors de l'accouchement ou après dans certains de ces cas.

AMÉLIORATION DES SOINS

Pour aider à prévenir d'autres cas de transmission verticale, les chercheurs réclament d'autres études et ressources pour cibler directement « les populations plus vulnérables, dont les immigrantes, les femmes autochtones et les femmes qui s'injectent de la drogue. »

— SEAN R. HOSEIN

RÉFÉRENCES :

1. Forbes JC, Alimenti AM, Singer J, et al. 21-year review of vertical HIV transmission in Canada (1990 to 2010). *AIDS*. 2012; *in press*.
2. Wood E, Milloy MJ, Montaner JS. HIV treatment as prevention among injection drug users. *Current Opinion in HIV/AIDS*. 2012; *in press*.
3. Saunders SJ, Weingarten LE, Maan E, et al. Evaluation of an emergency prevention program for mother to child transmission of HIV in British Columbia. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2011 Apr;33(4):338-43.
4. European Collaborative Study in EuroCoord, et al. Insufficient antiretroviral therapy in pregnancy: missed opportunities for prevention of mother-to-child transmission of HIV in Europe. *Antiviral Therapy*. 2011;16(6):895-903.
5. Chiappini E, Galli L, Lisi C, et al. Risk of perinatal HIV infection in infants born in Italy to immigrant mothers. *Clinical Infectious Diseases*. 2011 Aug 1;53(3):310-3.
6. Palladino C, Bellón JM, Perez-Hoyos S, et al. Spatial pattern of HIV-1 mother-to-child-transmission in Madrid (Spain) from 1980 till now: demographic and socioeconomic factors. *AIDS*. 2008 Oct 18;22(16):2199-205.
7. Ivy W 3rd, Dominguez KL, Rakhmanina NY, et al. Premastication as a Route of Pediatric HIV Transmission: Case-control and cross-sectional investigations. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2012 Feb 1;59(2):207-212.

Source : Nouvelles-CATIE : Bulletins de nouvelles concis sur le VIH/sida, 3 février 2012, www.catie.ca

Sur les traces de l'origine de l'épidémie

Par : André-Constantin Passiour

Le Dr Jacques Pepin est un éminent infectiologue au Département de microbiologie et des maladies infectieuses de l'Université de Sherbrooke. Il vient de publier un livre surprenant et captivant, intitulé *The Origins of AIDS*. Ayant lui-même œuvré pendant plusieurs années en Afrique, il a été en contact avec les populations touchées par cette maladie. Son expérience de « médecine de brousse », les avancées de l'époque et les vaccinations massives l'ont poussé à amorcer des recherches sur le virus du VIH. Il a épluché des documents et est remonté dans le temps pour découvrir que le virus existe depuis beaucoup plus longtemps qu'on l'aurait cru. Lorsqu'il se répand en Amérique du Nord et en Europe, ce sont essentiellement les hommes gais qui en sont victimes. Pourquoi et comment ? Le Dr Jacques Pépin nous l'explique dans une entrevue réalisée à la suite de la publication de *The Origins of AIDS*.

QU'EST-CE QUI VOUS A POUSSÉ À RÉDIGER CET OUVRAGE À CE MOMENT-CI DE VOTRE VIE PROFESSIONNELLE?

Je me suis d'abord intéressé au rôle des interventions médicales dans l'émergence du VIH. J'ai travaillé durant quatre ans au Zaïre dans les années 1980 et j'y ai traité, entre autres, environ mille patients aux prises avec la maladie du sommeil en utilisant de vieux médicaments donnés par voie intraveineuse. Plus tard, j'ai travaillé deux ans en Gambie sur l'infection à VIH-2. Un jour, j'ai compris qu'une bonne partie de la transmission du VIH-2 en Afrique de l'Ouest s'était faite par des injections contaminées, plutôt que par voie sexuelle. J'ai réalisé une première étude en Guinée-Bissau, qui a confirmé cette intuition. Ensuite, j'ai décidé de faire des études similaires en République Centrafricaine et au Cameroun, des régions potentiellement à l'origine du VIH-1. Petit à petit, je me suis rendu compte que j'avais assez de matériel pour écrire un livre. J'ai consacré quelques années à aller chercher les autres parties de l'histoire pour finalement les assembler. J'ai donc utilisé, en partie, des rapports de recherches disponibles dans la littérature scientifique, mais surtout beaucoup d'éléments historiques que je suis allé fouiller dans des bibliothèques et dans des archives en Europe.

DANS VOTRE OUVRAGE, VOUS AFFIRMEZ QUE LÉOPOLDVILLE (AUJOURD'HUI KINSHASA) EST LE LIEU OÙ LA MUTATION DE LA MALADIE DU SINGE À L'HOMME A DÉBUTÉ. COMMENT EN ÊTES-VOUS ARRIVÉ À CETTE IMPORTANTE DÉCOUVERTE?

Léopoldville est l'endroit où le virus a pris de l'expansion et s'est diversifié, mais le tout premier humain atteint du virus provenait d'ailleurs en Afrique Centrale. Il est maintenant certain que la source du VIH est le chimpanzé d'Afrique Centrale (*Pan troglodytes troglodytes*), qui habite le Sud-Cameroun, le



Dr Jacques Pépin

Gabon, le Congo-Brazzaville, la République Centrafricaine, la Guinée Équatoriale et une toute petite partie de la République Démocratique du Congo et de l'enclave de Cabinda. Mais c'est dans la grande agglomération de Léopoldville et dans sa ville jumelle de Brazzaville que le virus a trouvé les conditions propices à sa multiplication et sa diversification. Léopoldville était déjà, à cette époque, le nœud commercial de toute la région et attirait des milliers de migrants. On peut voir dans le livre, à Léopoldville même, comment des interventions médicales (à la clinique MTS, où on faisait un nombre inouï d'injections intraveineuses en se contentant de rincer les seringues entre deux patients) et des facteurs sociaux (le déséquilibre hommes-femmes et la prostitution qui en a découlé) se sont conjugués pour permettre au virus d'atteindre une masse critique, puis de se disséminer avec succès, d'abord à travers l'Afrique centrale, puis vers les États-Unis via Haïti.

COMMENT EXPLIQUEZ-VOUS QUE, MALGRÉ LE FAIT QUE CETTE MALADIE SOIT PRÉSENTE EN AFRIQUE DEPUIS LES ANNÉES 1930, CE N'EST QUE DANS LES ANNÉES 1980 QUE DES SCIENTIFIQUES L'ONT VÉRITABLEMENT « DÉCOUVERTE » ET NOMMÉE VIH? AURAIT-ON PU, À VOTRE AVIS, L'IDENTIFIER PLUS TÔT?

Les capacités diagnostiques des hôpitaux africains étaient très limitées : pas grand-chose comme examens de laboratoire, peu ou pas de radiologie, pas d'autopsies. Il y avait des centaines de maladies que ces hôpitaux étaient incapables de diagnostiquer. Dans ce contexte, il était impossible de reconnaître l'émergence d'une nouvelle maladie causant de la fièvre avec une perte de poids. De plus, l'infection opportuniste la plus fréquente avec le sida en Afrique est la tuberculose, qui était déjà très fréquente avant l'arrivée du sida. Le nombre de cas de tuberculose en Afrique a commencé à augmenter à partir des années 1950, mais les médecins ont attribué ce changement à l'augmentation des capacités diagnostiques et thérapeutiques et à de plus grands efforts de dépistage

SI CETTE MALADIE S'EST DÉVELOPPÉE EN AFRIQUE ÉQUATORIALE ET CENTRALE, COMMENT EXPLIQUER ALORS QU'ELLE SE SOIT PROPAGÉE AVEC AUTANT DE RAPIDITÉ EN EUROPE ET EN AMÉRIQUE DU NORD ET, SURTOUT, QU'ELLE Y AIT TOUCHÉ ESSENTIELLEMENT LES HOMMES GAIS?

L'atmosphère de libération qui a suivi les émeutes de Stonewall a fait en sorte que, pendant les années 1970 et le début des années 1980, certains hommes gais avaient un grand nombre de partenaires sexuels différents durant une année. La haute prévalence des autres MTS parmi cette population a aussi favorisé la transmission du VIH. Finalement, la probabilité de transmission par acte est plus élevée pour les relations homosexuelles que pour les relations hétérosexuelles. À noter que le virus s'est disséminé parmi les hommes gais aux États-Unis durant les années 1970, un bon demi-siècle après ses débuts en Afrique.

AU SUJET DE LA TRANSMISSION « HOMOSEXUELLE » DU VIRUS, IL Y A EU PLUSIEURS THÉORIES QUANT AU « PATIENT 0 ». À VOTRE AVIS, Y A-T-IL UNE PISTE VALABLE SUR LE PREMIER PORTEUR DU VIRUS QUI AURAIT VOYAGÉ EN AFRIQUE ET ENSUITE PROPAGÉ LA MALADIE VERS LES COMMUNAUTÉS GAIES À TRAVERS LES ÉTATS-UNIS ET L'EUROPE?

L'exportation du virus vers les Amériques s'est faite via Haïti. Après l'indépendance du Congo (en 1960), environ 4 500 Haïtiens sont allés travailler au Congo. Un de ceux-ci a amené le VIH-1 en Haïti vers 1967, où il y a eu de la transmission locale, de diverses façons. Il est fort probable que la transmission vers la communauté gaie des États-Unis se soit faite à travers le tourisme sexuel, qui était substantiel en Haïti durant les années 1970.

EST-CE QUE, D'UNE CERTAINE FAÇON, LA MOBILISATION DES COMMUNAUTÉS GAIES FORTEMENT ATTEINTES PAR CETTE MALADIE A CONTRIBUÉ À IDENTIFIER AVEC CERTITUDE LE VIRUS ET À DÉVELOPPER DES MÉDICAMENTS POUR L'ENSEMBLE DE LA POPULATION MONDIALE?

Sans aucun doute! Cette mobilisation a d'abord forcé les gouvernements à investir dans la recherche et dans la prévention, puis à mieux financer les soins, ce qui a ensuite amené l'industrie pharmaceutique à s'y intéresser. Il ne fait aucun doute que si l'infection était restée limitée à l'Afrique, nous n'aurions pas, aujourd'hui, des dizaines d'antirétroviraux hautement efficaces

EST-CE QUE NOS MOYENS MODERNES DE TRANSPORT RAPIDE (L'AVION, POUR NE PAS LE NOMMER) ONT CONTRIBUÉ À L'ESSOR DE LA MALADIE, POUSSANT LES GENS À VOYAGER PLUS À PARTIR DES ANNÉES 60 ET 70?

Absolument. Dans le livre, on peut suivre la dissémination transcontinentale du virus, qui a été grandement facilitée par le développement de l'aviation civile. Par exemple, le virus a été exporté de l'Afrique du Sud vers l'Inde à travers les voyages de la population sud-africaine d'origine indienne. En Afrique du Sud, les Noirs hétérosexuels sont infectés par le sous-type C (un type de virus), qui est venu du Congo, tandis que les Blancs homosexuels sont infectés par le sous-type B, qui y a manifestement été introduit à partir des États-Unis.

QUELLES SONT VOS CRAINTES POUR L'AVENIR? LE VIH/SIDA RISQUE-T-IL DE FAIRE ENCORE DES MILLIONS DE VICTIMES EN ASIE, EN RUSSIE ET AILLEURS DANS LE MONDE, CETTE FOIS-CI?

Le niveau actuel de financement ne pourra pas se maintenir, surtout avec la crise financière. Il faudra que les gouvernements nationaux prennent le relais et aussi qu'on trouve des façons de réduire les coûts autres que ceux des médicaments. Par ailleurs, au lieu d'attendre un vaccin miracle, il est essentiel de déployer les méthodes qui ont fait leurs preuves, en particulier la circoncision. Je crois qu'en Russie et en Asie la situation s'est stabilisée et s'améliore, même dans certains pays comme la Thaïlande.

AVEC VOTRE LONGUE EXPÉRIENCE COMME MÉDECIN-INFECTIOLOGUE, CROYEZ-VOUS QUE L'ON PUISSE, SOUS PEU, ÉRADICHER LE VIH PARTOUT SUR TERRE COMME ON L'A FAIT POUR D'AUTRES MALADIES?

Certainement pas de mon vivant.

Mise à jour sur la recherche I :

LA STIGMATISATION ENTOURANT LE VIH

En 2008, on a lancé une campagne novatrice ciblant les hommes gais et bisexuels et visant à mettre fin à la stigmatisation entourant le VIH. Cette campagne allait au-delà de messages plus « statiques » (souvent le trait caractéristique des campagnes de marketing social) en lançant des discussions dans la communauté au sujet de la stigmatisation et de la prise de décisions sur le plan sexuel – avec comme objectif final d'améliorer la santé sexuelle des hommes gais et bisexuels.

Plus récemment, on a publié un rapport portant sur la façon dont la campagne sur la stigmatisation entourant le VIH avait été créée, déployée et évaluée. La campagne avait-elle réussi à mobiliser la communauté gaie et à changer les attitudes et, possiblement, les comportements? Ce modèle de campagne est plutôt prometteur. Voyez ci-dessous les raisons de son succès.

EN QUOI CONSISTAIT CETTE CAMPAGNE?

La campagne contre la stigmatisation entourant le VIH a été mise au point par l'Alliance pour la santé sexuelle des hommes gais, une vaste coalition d'hommes gais et de leurs alliés, comprenant des représentants d'organismes de lutte contre le sida, de bureaux de santé publique et de secteurs du gouvernement, ainsi que des chercheurs et d'autres membres de la collectivité. Cette campagne visait à :

- réduire la stigmatisation entourant le VIH
- susciter un plus grand appui pour les hommes séropositifs
- rendre la divulgation de la séropositivité plus sûre
- décourager le fait de se fier à la divulgation de la séropositivité pour éviter la transmission du VIH
- inciter les personnes concernées à subir un test de dépistage

Contrairement à d'autres campagnes qui reposent souvent sur un message clé unique, cette campagne était fondée sur une question suscitant la réflexion : « Si vous étiez rejeté chaque fois que vous avouez être séropositif, dévoileriez-vous votre statut VIH? » Par cette question, on cherchait à encourager les hommes gais de l'Ontario à réfléchir et à discuter entre eux des effets de la stigmatisation entourant le VIH. On pouvait voir cette annonce sur des panneaux d'affichage, dans des médias ciblant les communautés gaies et ethniques, en ligne et dans du matériel de sensibilisation standard (boîtes de condoms, affiches, t-shirts et cartes postales). L'objectif était d'attirer les participants vers le site Web qui constituait le cœur de la campagne.

Le site Web comprenait des informations, un forum communautaire et une liste d'organismes pertinents en Ontario (y compris des centres de dépistage du VIH, des services de lutte contre le sida et d'autres organismes liés à la santé, des groupes communautaires gais et d'autres groupes sociaux).

COMMENT FONCTIONNAIT LE SITE WEB?

Lorsqu'on visitait le site Web pour la première fois, on nous accueillait avec la question « Si vous étiez rejeté chaque fois que vous avouez être séropositif, dévoileriez-vous votre statut VIH? » (en anglais) et le choix entre « oui » et « non ». On pouvait aussi voir une courte vidéo en langage familier abordant quelques points comme le fait que la stigmatisation incite les gens à cacher leur séropositivité et pourquoi il ne faut pas se fier à la divulgation de la séropositivité pour prévenir le VIH.

Pendant cinq mois, huit blogueurs embauchés pour la campagne – des hommes gais séronégatifs et séropositifs – ont animé de vives discussions en ligne sur une variété de sujets, par le biais d'articles affichés en continu et de vidéos.

COMMENT A-T-ON ÉVALUÉ LA CAMPAGNE?

La campagne contre la stigmatisation entourant le VIH a été évaluée par deux chercheurs indépendants en consultation avec l'Alliance pour la santé sexuelle des hommes gais. À l'aide de sondages distribués aux hommes gais et bisexuels avant et après la campagne, les chercheurs ont pu évaluer si la campagne avait influencé les attitudes quant à la stigmatisation entourant le VIH, au dépistage du VIH et à la divulgation du statut VIH chez les hommes gais et bisexuels qui avaient vu la campagne.

Pour plus de renseignements sur les modalités d'évaluation de la campagne.

Avant le lancement de la campagne (septembre 2008), les évaluateurs ont invité par courriel des membres d'un populaire site Web de rencontre pour les gais à participer à un sondage en ligne sur les attitudes et comportements liés à la stigmatisation et sur les pratiques à risque; le sondage (appelé « pré-évaluation ») recueillait aussi des données démographiques. Près de 2 000 hommes ont répondu.

Ensuite, après la campagne (qui s'est terminée en avril 2009), les évaluateurs ont à nouveau invité les membres du site Web à remplir un questionnaire (appelé « post-évaluation »). Le second sondage posait les mêmes questions que le premier, ainsi que quelques autres sur la sensibilité à la stigmatisation entourant le VIH et sur la façon dont ils avaient entendu parler de la campagne (avaient-ils reçu des condoms? Avaient-ils visité le site Web?). Près de 1 800 hommes ont répondu.

En comparant les réponses à la pré-évaluation et à la post-évaluation, il a été possible de déterminer si les hommes qui avaient vu la campagne avaient changé d'attitude, par rapport aux hommes qui n'avaient pas vu la campagne.

QU'ONT NOTÉ LES ÉVALUATEURS?

Les évaluateurs ont établi que la campagne avait réussi à sensibiliser les hommes gais et bisexuels en Ontario quant à la stigmatisation entourant le VIH. Les hommes qui avaient vu la campagne étaient :

- plus susceptibles de reconnaître la stigmatisation à laquelle sont confrontés les hommes séropositifs (81 % contre 70 % de ceux qui n'avaient pas eu connaissance de la campagne)
- plus en mesure de reconnaître que les hommes gais séropositifs peuvent être réticents à divulguer leur statut à leurs partenaires sexuels par crainte du rejet (73 % contre seulement 65 % des hommes qui n'avaient pas eu connaissance de la campagne)
- plus en mesure de comprendre pourquoi certains hommes séropositifs ne divulguent pas leur statut VIH - ils reconnaissaient que ces hommes pouvaient avoir des motifs pour ne pas divulguer leur séropositivité dans certaines circonstances

Les évaluateurs ont conclu que ces observations résultaient de l'usage d'une *combinaison* de marketing social classique (annonces), de nouvelles stratégies fondées sur les médias sociaux (site Web, vidéos, blogues) et d'activités communautaires de sensibilisation.

LE VERDICT?

Au cours de la campagne, le site Web a eu 20 844 visiteurs uniques. La campagne contre la stigmatisation entourant le VIH a suscité l'intérêt de nombreux hommes gais en Ontario : 4 000 personnes ont visité le site plus de 10 fois. Cela laisse entendre que de nombreuses personnes ont suivi les discussions sur les blogues et que la campagne a atteint une bonne ampleur (par le nombre de personnes touchées) mais aussi une bonne profondeur. Ces résultats montrent que bien des hommes gais s'intéresseront à une telle campagne et que les plus récentes approches fondées sur les médias sociaux peuvent être des moyens de sensibilisation utiles.

Rien ne montre que cette campagne a eu un effet sur le recours aux tests de dépistage et sur les comportements à risque de transmission chez les hommes gais et bisexuels, mais la campagne a réussi à sensibiliser tous les individus à la stigmatisation entourant le VIH et à son rôle dans la transmission du VIH, ainsi qu'à lancer des discussions sur la façon dont cette stigmatisation peut contribuer à des situations de vulnérabilité en matière de transmission du VIH. Elle a servi de forum offrant aux hommes un espace collectif pour réfléchir et discuter au sujet des perceptions et visions du risque lié au VIH dans leur vie quotidienne.

Les campagnes de marketing social qui cherchent à aborder la stigmatisation entourant le VIH et combinent des annonces relevant du marketing social classique, des activités communautaires de sensibilisation et un site Web/blogue peuvent permettre de lancer des discussions entre les hommes gais sur des questions importantes en lien avec la stigmatisation et la transmission du VIH. Les campagnes qui se fondent sur de solides activités communautaires de sensibilisation et utilisent une approche collaborative, comme la campagne fondée sur le site *serostigmatisation.com*, peuvent avoir une grande influence sur la façon dont les hommes perçoivent la stigmatisation entourant le VIH et la transmission du VIH.

RÉFÉRENCE :

Adam BD, Murray James, Ross Suzanne et al. *hivstigma.com*, an innovative web-supported stigma reduction intervention for gay and bisexual men. *Health Education Research*. 2011 Jan 17.

Source : CATIE, Point de mire sur la prévention, automne 2011, numéro 4
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 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.