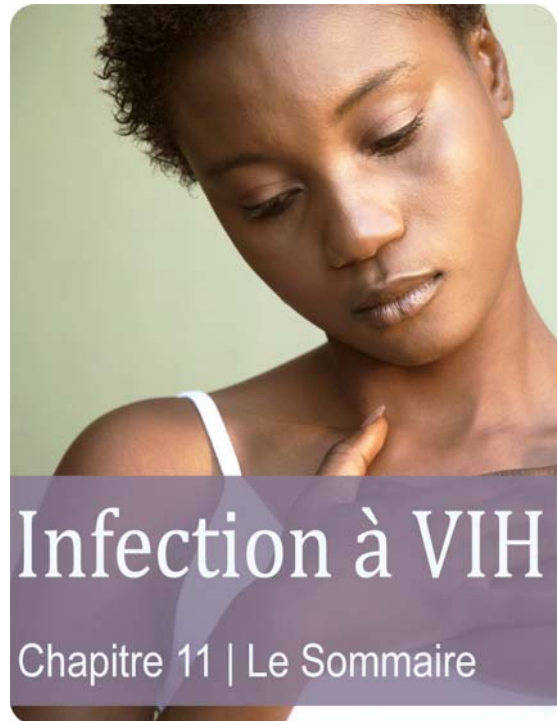




Project for an Ontario Women's Health Evidence-Based Report  
Projet d'élaboration du Rapport basé sur des données probantes  
de l'Ontario sur la santé des femmes.



**Auteurs :**

Ahmed M. Bayoumi, MD, MSc, FRCPC  
Naushaba Degani, PhD  
Robert S. Remis, MD, MPH, FRCPC  
Sharon L. Walmsley, MD, MSc, FRCPC  
Peggy Millson, MD, MHSc, FRCPC  
Mona Loutfy, MD, FRCPC, MPH  
Tamara Daly, MA, PhD  
LaRon E. Nelson, PhD  
Sandra Gardner, PhD  
Laurel Challacombe, MHSc  
Sharmistha Mishra, MD, MSc, FRCPC, DTMH  
Arlene S. Bierman, MD, MS, FRCPC

*L'Étude POWER est financée par Écho: pour l'amélioration de la santé des Ontariennes,  
un organisme du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.*

*Le contenu de ce chapitre ne reflète pas nécessairement les opinions d'Écho ou du ministère.*



## QUESTION TRAITÉE

D'importants progrès ont été réalisés au cours des 15 dernières années dans le traitement des personnes atteintes du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Ces progrès ont donné lieu à une amélioration marquée de la survie, de l'état fonctionnel et de la qualité de vie de ces personnes. Dans les pays riches en ressources, les agents antirétroviraux permettent de supprimer de façon soutenue la charge virale de la majorité des patients traités. Les nouveaux antirétroviraux sont moins toxiques et plus faciles à doser que les médicaments précédents. La surveillance et le traitement efficaces au cours de la grossesse ont produit une réduction spectaculaire des taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant. On s'attend à ce que les personnes vivant avec le VIH se rendent jusqu'à leur sixième ou septième décennie de vie et qu'un grand nombre d'entre elles n'aient aucun symptôme ou en aient très peu. Au niveau de la population, la diminution des niveaux moyens de charge virale est associée avec une baisse de la transmission du VIH. Malgré ces importants progrès, certaines disparités dans le traitement de certains groupes persistent. De plus, bien que d'importantes améliorations aient permis de réduire le nombre de nouveaux cas d'infection, l'incidence de l'infection à VIH au Canada continue de montrer que les taux sont démesurément élevés chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, chez les personnes qui s'injectent des drogues, chez les Autochtones et chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique. Vouloir que toutes les personnes infectées par le VIH puissent profiter des améliorations cliniques et de santé publique qui sont associées avec les progrès réalisés dans le traitement du VIH demeure un objectif à la fois essentiel et lointain.

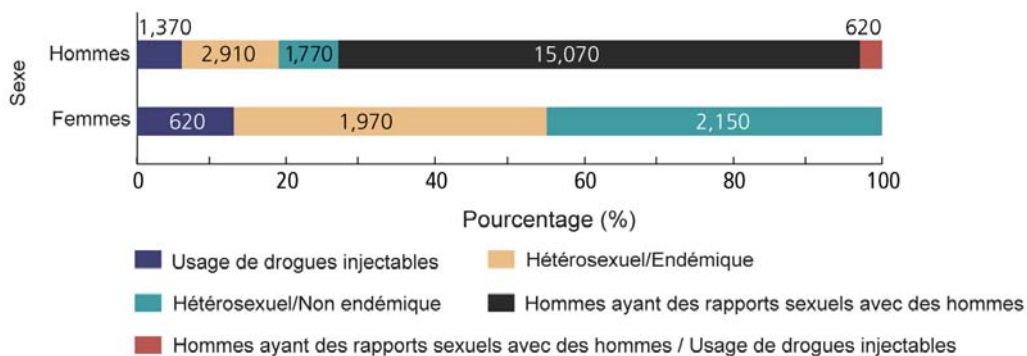
Au Canada, on estime qu'à la fin de 2008, quelque 65 000 personnes vivaient avec le VIH. Les femmes représentent environ 22 pour cent de ce nombre; de 12 200 à 16 400 Canadiennes sont, croit-on, séropositives pour le VIH. En Ontario, à la fin de 2008, 26 630 personnes vivaient avec le VIH. Bien que la prévalence de l'infection à VIH demeure plus élevée chez les hommes que chez les femmes, les femmes, avec le temps, représentent une proportion de plus en plus grande de la population séropositive pour le VIH. Il est donc important d'étudier les tendances de la maladie et les résultats des soins chez les femmes séropositives pour le VIH et dans certains groupes de femmes atteintes du VIH ou à risque d'être infectées par ce virus.

Dans ce chapitre **Infection à VIH** de l'Étude POWER, nous examinons l'accessibilité et la qualité des traitements donnés aux Ontariennes et aux Ontariens vivant avec le VIH ou à risque d'être infectés par le virus. La première section porte sur **l'incidence et la prévalence** du VIH et sur **les comportements à risque** des Ontariennes et des Ontariens, y compris des estimations modélisées de l'incidence et de la prévalence du VIH, le nombre de cas déclarés de sida et les comportements à risque pour le VIH. La deuxième section traite des indicateurs des **services communautaires pour le VIH**, y compris le financement accordé par le gouvernement aux services communautaires pour le VIH à l'échelle régionale et provinciale, et les mesures de la prestation et de l'utilisation des services. La section sur les **soins cliniques** renferme des indicateurs du dépistage prénatal du VIH, du traitement des femmes enceintes séropositives pour le VIH, des mesures de la qualité de vie, du fardeau des symptômes, du calcul de CD4 et de la charge virale. La dernière section consacrée aux **résultats pour la santé** porte sur les hospitalisations et les décès liés au VIH.

## CONSTATATIONS CLÉS

**Plus de 4 700 Ontariennes vivent avec le VIH et la plupart d’entre elles ont contracté le virus par des contacts sexuels.** Selon les estimations modélisées, 26 630 personnes vivent avec le VIH en Ontario (21 880 hommes et 4 750 femmes). Les femmes représentent 18 pour cent des personnes infectées. Selon les catégories d’exposition hiérarchiques des cas signalés, les catégories d’exposition auxquelles les femmes appartiennent le plus souvent sont celles du contact hétérosexuel/non endémique (45 pour cent des infections) et du contact hétérosexuel/endémique (42 pour cent des infections). Bien que seulement 13 pour cent des infections à VIH chez les femmes soient attribuables à l’usage de drogues injectables, ce taux équivaut à une prévalence de cinq pour cent du VIH chez les utilisatrices de drogues injectables en Ontario (selon une estimation de la population à risque) (**Figure 1**).

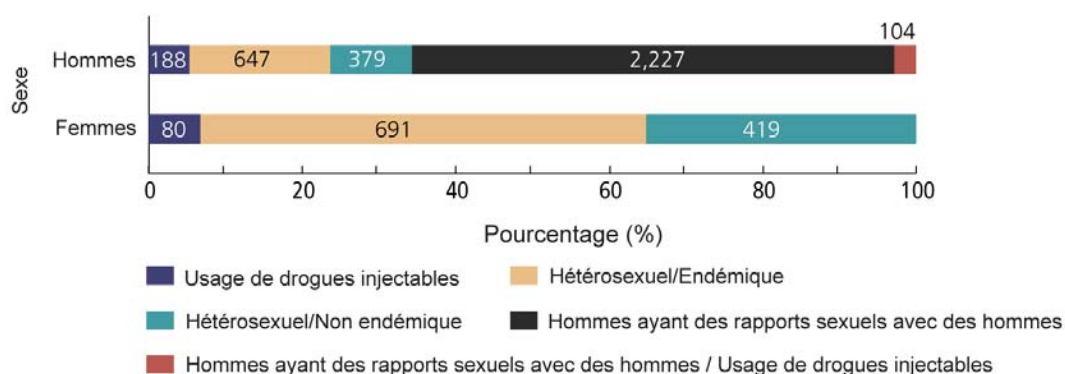
**Figure 1 | Nombre modélisé et pourcentage d’infections à VIH, par sexe et par catégorie d’exposition, en Ontario, 2008**



**SOURCE DE DONNÉES :** Modèle préparé par l’Ontario HIV Epidemiologic Monitoring Unit de l’Université de Toronto, qui intègre des données provenant des laboratoires de santé publique de l’Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé – laboratoires du VIH; programme d’amélioration des laboratoires; Division de la santé publique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée; Registraire général des statistiques de l’état civil de l’Ontario; Recensement de 2006 de Statistique Canada.

**Les femmes originaires d’un pays où le VIH est endémique représentent plus de la moitié du nombre total de nouveaux cas d’infection chez les femmes.** Selon les estimations modélisées, il y avait 4 735 nouveaux cas d’infection à VIH entre 2006 et 2008 (3 545 hommes et 1 190 femmes). Les femmes représentaient près du quart des nouveaux cas d’infection. L’incidence modélisée est demeurée relativement stable au cours de cette période de trois ans. Chez les femmes, la majorité des nouveaux cas d’infection (58 pour cent) se retrouvent chez les femmes de la catégorie d’exposition contact hétérosexuel/originaire d’un pays où le VIH est endémique. Dans les populations distinctes, l’incidence la plus élevée se retrouve dans le groupe des femmes qui consomment des drogues injectables (236 par 100 000 personnes-années à risque), suivie du groupe des femmes originaires d’un pays où le VIH est endémique (94 par 100 000 personnes-années à risque) (**Figure 2**).

**Figure 2 | Nombre modélisé et pourcentage de nouvelles infections à VIH attribuables aux catégories d'exposition, par sexe, en Ontario, de 2006 à 2008**



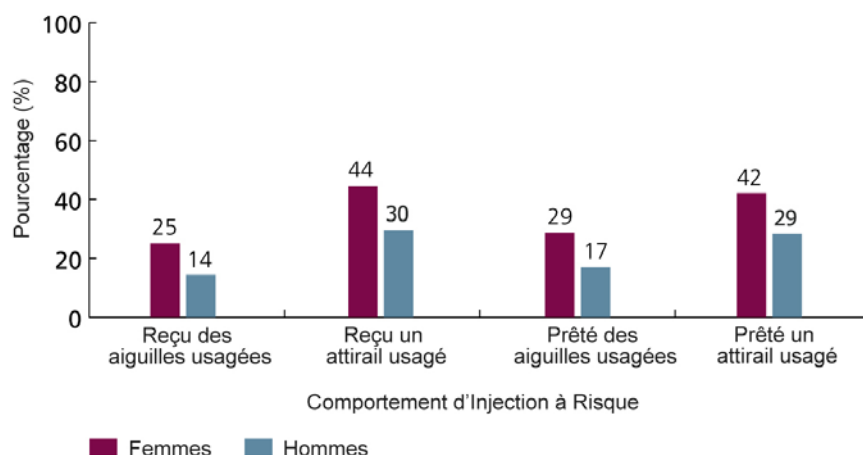
**SOURCE DE DONNÉES :** Modèle préparé par l'Ontario HIV Epidemiologic Monitoring Unit de l'Université de Toronto, qui intègre des données provenant des laboratoires de santé publique de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé – laboratoires du VIH; programme d'amélioration des laboratoires; Division de la santé publique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée; Registraire général des statistiques de l'état civil de l'Ontario; Recensement de 2006 de Statistique Canada.

**REMARQUE :** L'exposition est classifiée selon une hiérarchie dont les catégories sont mutuellement exclusives et à l'intérieur de laquelle chaque cas est placé dans la catégorie d'exposition (une seule catégorie) qui représente, avec la plus forte probabilité, la source de l'infection.

**Les taux d'utilisation déclarée du condom sont plus bas chez les femmes que chez les hommes.** Le condom demeure un important moyen de prévention de l'infection à VIH. Parmi les répondants à un sondage âgés de 15 à 49 ans qui ont eu de multiples partenaires sexuels au cours des 12 mois précédents, 59 pour cent déclarent qu'ils ont utilisé un condom la dernière fois qu'ils ont eu des relations sexuelles. Les femmes sont moins portées que les hommes à déclarer l'utilisation d'un condom (53 pour cent contre 65 pour cent). Les femmes et les hommes plus jeunes sont plus portés que les adultes plus âgés à signaler avoir utilisé un condom la dernière fois qu'ils ont eu des relations sexuelles. L'utilisation du condom varie également selon le groupe ethnoculturel et la période écoulée depuis l'immigration. Si l'on fait abstraction de l'âge, de l'ethnicité ou de la période écoulée depuis l'immigration, les taux d'utilisation du condom lors des plus récentes relations sexuelles sont, sur toute la ligne, plus bas chez les femmes que chez les hommes.

**Les femmes qui consomment des drogues injectables signalent avoir des comportements plus à risque que les hommes.** Le partage d'équipement chez les usagers de drogues injectables comporte un risque élevé de contracter le VIH. Chez les participants à l'étude I-Track en Ontario, 18 pour cent ont dit s'injecter à l'aide de seringues usagées, 34 pour cent ont dit recevoir un attirail d'injection usagé (eau, contenant ou cuiller pour chauffer la drogue et filtre), 21 pour cent ont dit avoir prêté des seringues usagées et 33 pour cent ont déclaré avoir prêté un attirail usagé. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de participer à tous ces comportements à risque (**Figure 3**). Les participants séropositifs pour le VIH ont moins tendance que les participants séronégatifs pour le VIH à déclarer avoir prêté un attirail usagé, mais les taux sont élevés chez les participants séropositifs pour le VIH à qui on a prêté de l'équipement usagé, une constatation inquiétante si l'on tient compte de la transmission d'autres souches du VIH ou d'autres virus transmissibles par le sang.

**Figure 3 | Pourcentage d'usagers de drogues injectables qui ont déclaré avoir des comportements d'injection à risque, par sexe et par type de comportement, en Ontario, 2007 et 2008**

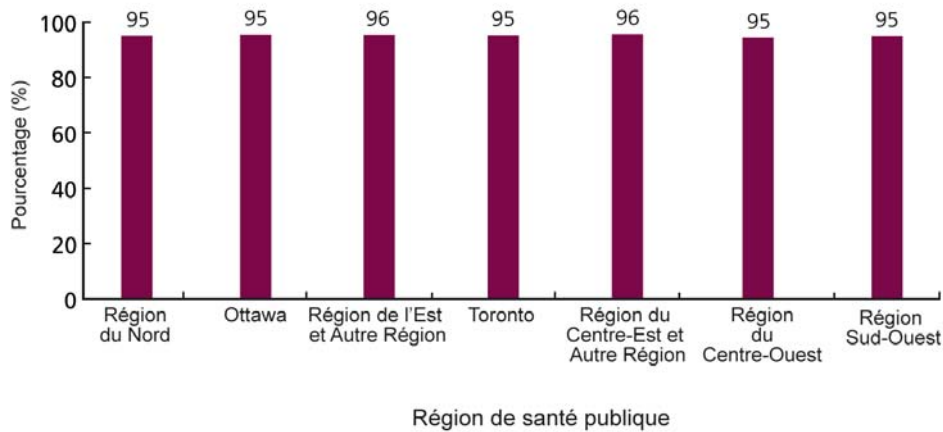


**SOURCE DE DONNÉES :** Étude I-TRACK : Surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada; phase 2 – sites de l'Ontario (Toronto, Sudbury, Thunder Bay, Kingston et Ottawa).

**Environ le tiers des utilisateurs des services communautaires pour le VIH sont des femmes.** En 2008-2009, le Bureau de lutte contre le sida du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et le Programme d'action communautaire sur le sida de l'Agence de la santé publique du Canada ont ensemble accordé des fonds de 23,8 millions de dollars qui ont été attribués à 83 programmes fournissant des services communautaires pour le VIH. Au cours de la première moitié de 2008-2009, 17 636 personnes ont obtenu des services de soutien; le tiers de ces personnes sont des femmes, même si elles représentent seulement 18 pour cent de la population séropositive pour le VIH dans l'Ontario. Parmi les personnes qui ont reçu des services pour l'usage de drogues injectables, 10 805 ont obtenu des services d'extension et 9 175 ont obtenu des services fournis sur place. Les femmes représentent près de 40 pour cent des utilisateurs de services d'extension et de services sur place pour l'usage de drogues injectables, même si elles constituent une plus petite proportion de cette population que les hommes. Ces constatations suggèrent que les femmes utilisent les services communautaires plus que les hommes.

**Plus de 90 pour cent des femmes enceintes séropositives pour le VIH qui connaissaient leur situation ont reçu des antirétroviraux pendant leur grossesse pour prévenir la transmission verticale du virus.** En Ontario, les taux de dépistage prénatal du VIH sont très élevés; 95 pour cent des femmes enceintes qui ont été soumises à des tests prénatals en 2009 ont été dépistées pour le VIH (**Figure 4**). De 2005 à 2009, 91 pour cent des femmes enceintes qui savaient qu'elles étaient séropositives pour le VIH ont reçu un traitement aux antirétroviraux pour prévenir la transmission verticale du VIH pendant la grossesse ou l'accouchement. Le pourcentage de femmes enceintes séropositives pour le VIH qui ont reçu un traitement aux antirétroviraux varie selon la catégorie d'exposition et le groupe ethnoculturel. Les femmes qui ont identifié l'usage de drogues injectables comme étant leur catégorie d'exposition au VIH présentent les taux les plus bas de traitement pendant la grossesse (**Figure 5**) et les femmes autochtones sont moins susceptibles que les femmes d'autres groupes ethnoculturels d'avoir suivi un traitement antirétroviral pendant la grossesse.

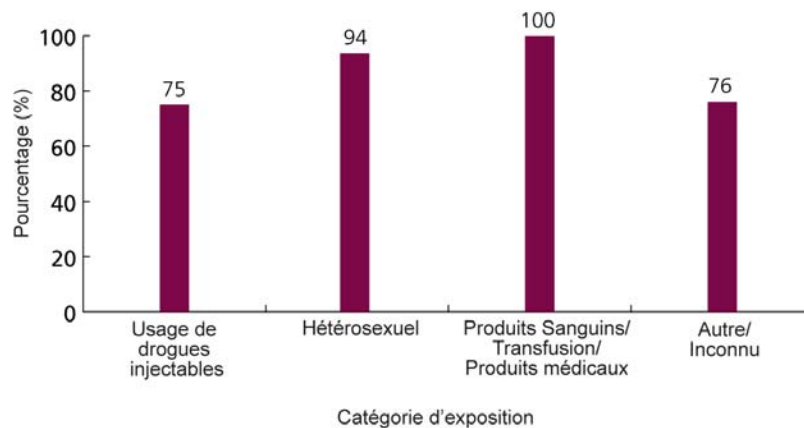
**Figure 4 | Pourcentage de femmes qui ont subi des tests prénatals pour le VIH, par région de santé publique, en Ontario, 2009**



**SOURCE DE DONNÉES :** Ontario HIV Epidemiologic Monitoring Unit, à l'aide de bases de données sur les tests prénatals pour le VIH et les diagnostics, laboratoires de santé publique – laboratoires du VIH, Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé

**REMARQUE :** Le dénominateur de cet indicateur est le nombre de grossesses pendant l'année civile, identifié d'après les données sur le dépistage prénatal des laboratoires de santé publique.

**Figure 5 | Pourcentage de femmes enceintes séropositives pour le VIH qui ont reçu un traitement antirétroviral pendant la grossesse, par catégorie d'exposition, en Ontario, 2005 à 2009**



**SOURCE DE DONNÉES :** Groupe canadien de recherche sur le SIDA pédiatrique, Programme canadien de surveillance prénatale du VIH au Canada du Groupe canadien de recherche sur le sida chez les enfants

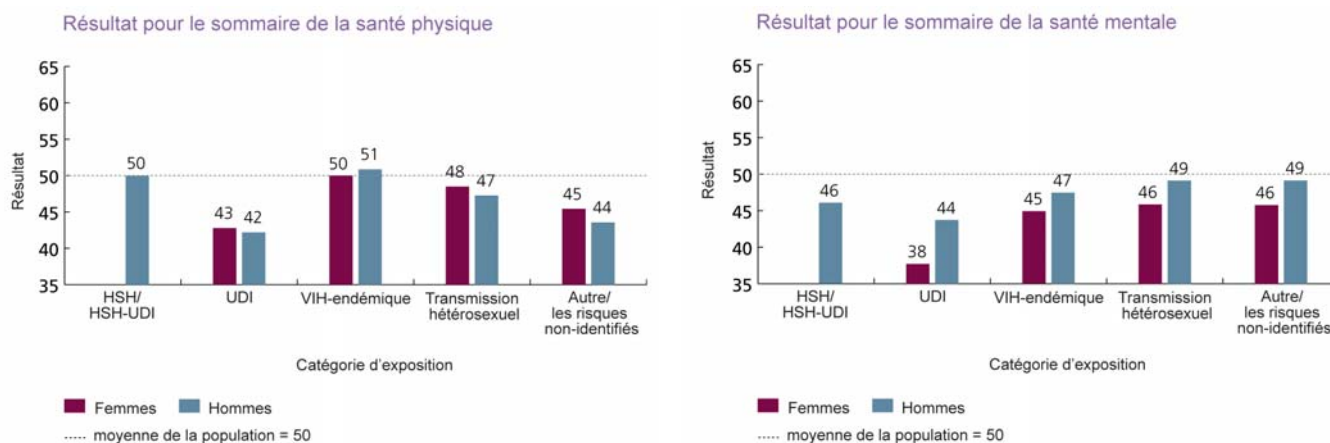
**REMARQUE :** L'échantillon inclut des enfants nés de femmes dont la séropositivité pour le VIH était connue et qui ont reçu un traitement à l'un des sites participants de l'Ontario

**La qualité de vie liée à la santé chez les adultes infectés par le VIH est moins bonne que celle de l'ensemble de la population, surtout pour ce qui est de l'état de santé mentale.**

La qualité de vie a été mesurée à l'aide du sondage Medical Outcomes Survey Short-Form 12 (SF-12) administré aux participants de l'étude Ontario HIV Treatment Network Cohort Study (OCS), une cohorte volontaire en clinique. Ce sondage comporte un résultat pour le sommaire de la santé physique et un autre pour le sommaire de la santé mentale.

Ces deux sommaires sont normalisés à l'échelle de l'ensemble de la population américaine, avec un résultat moyen de 50. Le résultat moyen du sommaire de la santé mentale chez les participants à l'étude OCS était cliniquement plus bas que la moyenne normalisée de la population (46 contre 50 respectivement). Le résultat moyen du sommaire de la santé physique chez les participants à l'étude OCS était également plus bas que la moyenne normalisée de la population (49 contre 50 respectivement), quoique cette différence ne soit pas importante au point de vue clinique. Les résultats moyens du sommaire de la santé physique et du sommaire de la santé mentale sont plus bas chez les personnes dont le niveau de scolarité est plus bas. Ces résultats varient selon l'âge et selon la catégorie d'exposition au VIH. Un fait important à souligner : les femmes qui consomment des drogues injectables ont un résultat moyen du sommaire pour la santé mentale de 38 (12 points de moins que le résultat normalisé de la population de 50) (**Figure 6**); cette estimation est toutefois fondée sur un petit nombre de femmes qui utilisent des drogues injectables, et pourrait être imprécise.

**Figure 6 | Résultats moyens du sommaire de la santé physique et du sommaire de la santé mentale du sondage Medical Outcomes Survey Short-Form 12 (SF-12), chez les participants à l'Ontario HIV Treatment Cohort Study (OCS), par sexe et par catégorie d'exposition, en Ontario**



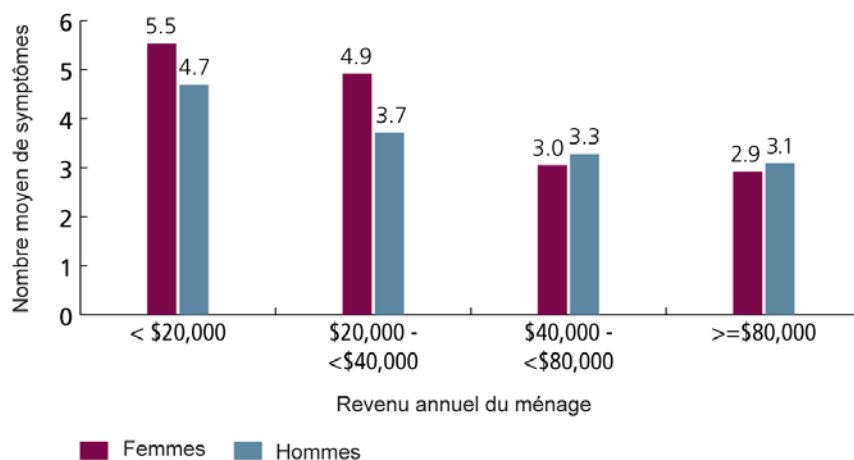
**SOURCE DE DONNÉES :** Ontario HIV Treatment Network Cohort Study (OCS)

**REMARQUE :** Inclut des données sur les participants qui ont eu leur première entrevue entre septembre 2007 et mars 2010 (464 femmes et 2 533 hommes)

**REMARQUE :** HSH = Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes; UDI = Usage de drogues injectables

**Les femmes présentent un fardeau de symptômes plus lourd que les hommes.** Les sondages sur les symptômes captent le fardeau de l'infection à VIH, les affections qui y sont associées, les facteurs sociaux et les événements indésirables liés au traitement. Le nombre moyen de symptômes qui dérangent ou dérangent beaucoup les répondants à l'étude OCS s'élève à 3,9 (sur 20); les femmes déclarent être dérangées par un plus grand nombre de symptômes que les hommes (4,5 contre 3,7 respectivement) (**Figure 7**). En ce qui concerne certains symptômes précis, le pourcentage de répondants de l'étude OCS qui ont indiqué que la fatigue, la nervosité, la douleur ou la tristesse les dérangent ou les dérangent beaucoup varie d'un répondant sur cinq à un répondant sur trois. Les femmes ont plus tendance que les hommes à déclarer avoir de la tristesse (45 pour cent contre 31 pour cent respectivement).

**Figure 7 | Nombre moyen de symptômes du AIDS Clinical Trial Group desquels les participants à l'Ontario HIV Treatment Cohort Study (étude OCS) ont dit qu'ils les dérangent ou les dérangent beaucoup, par sexe et par revenu annuel du ménage, en Ontario**



SOURCE DE DONNÉES : Ontario HIV Treatment Network Cohort Study (OCS)

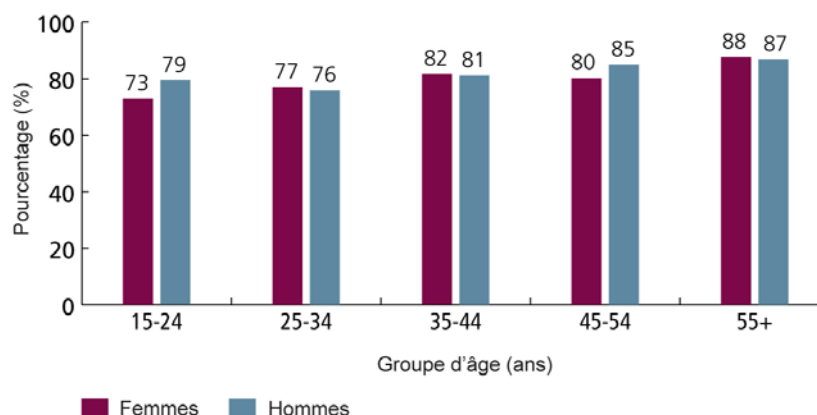
REMARQUE : Inclut les données des participants qui ont rempli un long questionnaire entre octobre 2007 et mars 2010 (205 femmes et 921 hommes)

**Une importante proportion de patients n'a pas eu d'évaluation de la charge virale peu de temps après avoir reçu un diagnostic d'infection à VIH.** Près d'une personne sur cinq ayant un diagnostic récent d'infection à VIH n'a pas eu de premier test de la charge virale dans les trois mois suivant le diagnostic positif. Une femme sur 14 et un homme sur 10 ayant un diagnostic récent d'infection à VIH n'a pas eu de test de la charge virale dans les 12 mois suivant le diagnostic positif. Le nombre moyen de jours écoulés avant le premier test de la charge virale chez les personnes ayant un diagnostic positif récent d'infection à VIH est de 64,6, et le nombre médian est de 36 jours. La période moyenne et médiane écoulée avant le premier test de la charge virale est légèrement plus longue pour les femmes que pour les hommes.

**Environ une personne séropositive pour le VIH sur cinq en Ontario n'a pas subi de test de la charge virale conformément aux lignes directrices.** Selon les lignes directrices de soins cliniques, le test de la charge virale devrait être administré tous les quatre mois. Il peut être administré moins fréquemment (tous les six mois) chez les patients qui observent le traitement de manière fiable, qui ont un calcul de CD4 élevé et qui ont une suppression virologique soutenue. Des 9 410 personnes vivant avec le VIH qui ont été identifiées comme suivant un traitement pour le VIH, 82 pour cent avaient eu deux tests de la charge virale ou plus en 2008. Cette donnée ne varie pas selon le sexe, mais elle varie selon l'âge (**Figure 8**) et selon la région de santé publique.



**Figure 8 | Pourcentage d'adultes séropositifs pour le VIH qui ont suivi un traitement et qui ont subi deux tests de la charge virale ou plus en 2008, par sexe et par groupe d'âge, en Ontario, 2008**



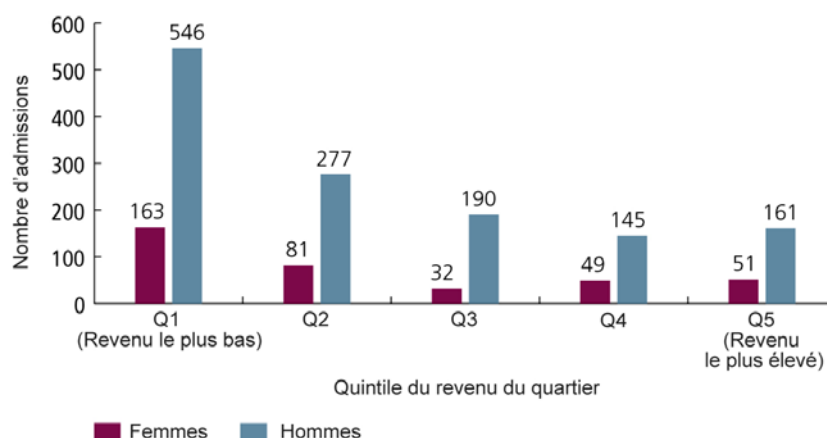
**SOURCE DE DONNÉES :** Laboratoires de santé publique – laboratoires du VIH, Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé. Préparé par l'Ontario HIV Epidemiologic Monitoring Unit de l'Université de Toronto

^ Traitement du VIH déterminé d'après la charge virale. Toutes les personnes qui avaient subi un test de la charge virale dans la deuxième moitié de 2007 et au moins un test en 2008

**Les femmes sont moins susceptibles que les hommes d'avoir une charge virale inférieure à la limite de quantification.** La suppression de la charge virale est l'un des indicateurs de la réussite du traitement. Chez les personnes vivant avec le VIH qui ont subi un test de la charge virale dans la deuxième moitié de 2007 et au moins un test en 2008, 63 pour cent avaient toutes leurs charges virales pour 2008 sous la limite de quantification. Les femmes étaient moins susceptibles que les hommes d'avoir toutes leurs charges virales sous la limite de quantification (58 pour cent contre 64 pour cent). Cette différence selon le sexe est attribuable en partie à la distribution dans un âge plus jeune chez les femmes, par comparaison avec les hommes.

**Le nombre d'admissions à l'hôpital pour le VIH est plus élevé chez les personnes vivant dans des quartiers à faible revenu.** Entre 2004-2005 et 2006-2007, il y a eu 2 448 admissions non facultatives à l'hôpital comprenant un diagnostic de VIH. De ce nombre, 70 pour cent (1 713 admissions) sont des cas dans lesquels le VIH est identifié comme un facteur contribuant considérablement à la durée du séjour. Le nombre d'admissions pour lesquelles le VIH a contribué considérablement à la durée du séjour varie selon le réseau local d'intégration des services de santé (RLISS), l'âge et le revenu du quartier. La proportion d'admissions non facultatives à l'hôpital pour lesquelles le VIH contribuait considérablement à la durée du séjour est de 0,8 par 1 000 admissions chez les femmes vivant dans les quartiers où le revenu est le plus bas, et de 0,4 par 1 000 admissions chez les femmes vivant dans les quartiers où le revenu est le plus élevé (**Figure 9**).

**Figure 9 | Nombre d'admissions non facultatives à l'hôpital pour lesquelles le VIH a contribué considérablement à la durée du séjour, par sexe et par quintile du revenu du quartier, en Ontario, de 2004-2005 à 2006-2007**

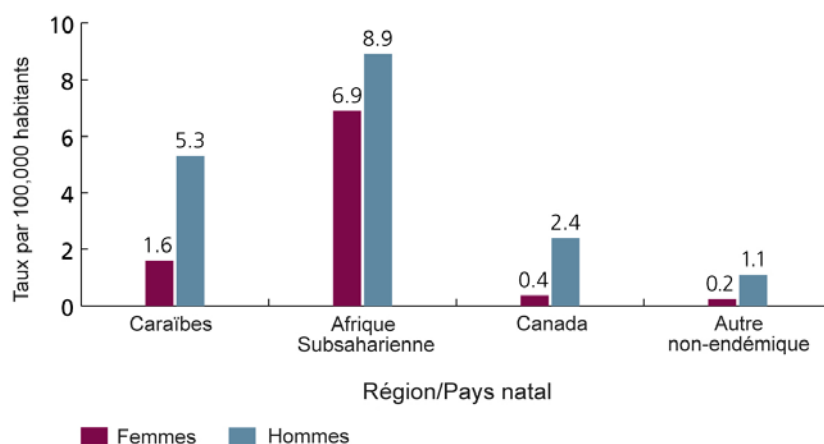


**SOURCE DE DONNÉES :** Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS-BDCP); Recensement de 2006 de Statistique Canada

**REMARQUE :** Ces données excluent les admissions liées aux accouchements

**Le taux de mortalité liés au VIH le plus élevé chez les femmes et chez les hommes se retrouve chez les personnes originaires de l'Afrique subsaharienne.** En 2006, 157 décès liés au VIH ont été signalés, ce qui représente un taux de mortalité lié au VIH de 1,3 par 100 000 habitants. Le taux de mortalité lié au VIH est plus élevé chez les hommes que chez les femmes et varie selon l'âge et selon la région ou le pays natal (**Figure 10**). Le taux de mortalité le plus élevé chez les femmes et chez les hommes se retrouve chez les personnes nées en Afrique subsaharienne. Il est possible que les décès chez les personnes infectées par le VIH ne soient pas tous déclarés ou codifiés correctement et ces décès ne tiennent pas compte du décès des personnes infectées par le VIH dont la cause de décès n'est pas le VIH.

**Figure 10 | Décès liés au VIH (par 100 000 habitants), par sexe et par région/pays natal, en Ontario, 2006**



**SOURCE DE DONNÉES :** Registraire général des statistiques de l'état civil, Recensement de 2006 de Statistique Canada de 2006 ; préparé par l'Ontario HIV Epidemiologic Monitoring Unit

## **MESSAGES CLÉS**

Nous avons examiné la prévention et le traitement du VIH partout en Ontario et avons porté notre attention sur le genre, le statut socioéconomique, l'ethnicité, la région ou le pays natal, les catégories d'exposition au VIH et les variations géographiques lorsqu'il y avait des données disponibles. Au cours des 15 dernières années, des progrès considérables ont été réalisés dans la prévention de la transmission du VIH et le traitement des personnes vivant avec le VIH. Ces améliorations ne sont toutefois pas réparties équitablement. Les différences dans l'accès au traitement, la qualité des soins et les efforts de prévention sont souvent liées aux déterminants sociaux de la santé, ce qui nous fait voir que pour améliorer la santé, nous devons procéder à une vaste action intersectorielle, notamment avec les systèmes juridiques, d'éducation et de soutien du revenu.

L'épidémie de VIH demeure concentrée dans les grands centres urbains de l'Ontario, mais dans tous les RLISS, il y a des personnes vivant avec le VIH. La nature de l'épidémie varie toutefois d'une région à l'autre. La planification à l'échelon local est importante pour répondre aux différents besoins de prévention et de traitement des femmes et des hommes, une attention particulière devant être portée aux immigrants récents originaires de pays où le VIH est endémique (qui, dans certains cas, arrivent au Canada déjà infectés ou dans d'autres cas, sont infectés après l'immigration), aux Autochtones, aux usagers de drogues injectables et aux hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes.

Les personnes infectées par le VIH qui ne savent pas qu'elles en sont infectées sont plus susceptibles de transmettre le virus. Nos constatations s'appuient sur des analyses précédentes suggérant qu'un grand nombre d'Ontariennes et d'Ontariens qui vivent avec le VIH ne connaissent pas leur situation<sup>8</sup>. Ces analyses suggèrent également qu'il y a une deuxième lacune dans les soins qui est d'ailleurs moins appréciée. Plus précisément, un grand nombre de personnes qui savent qu'elles sont séropositives pour le VIH ne reçoivent pas régulièrement les soins de santé conformes aux lignes directrices pour le traitement de l'infection à VIH. Ces importantes constatations font ressortir la nécessité de tenir compte de la façon dont les tests et les soins pour le VIH sont structurés et offerts en Ontario.

Les six mesures suivantes pourraient permettre d'accélérer la réduction du fardeau de l'infection à VIH, d'améliorer les résultats pour la santé des femmes et des hommes vivant avec le VIH et de réduire les iniquités en matière de santé liées à l'infection à VIH.

### **Il faut obtenir des données plus complètes et faire de meilleurs liens entre les données pour mesurer d'importants indicateurs de la qualité**

- L'Ontario a d'excellentes données pour mesurer les indicateurs liés au VIH. Cela est attribuable en partie à la coordination centralisée de certains tests de laboratoire importants (y compris les tests diagnostiques pour le VIH, le test de la charge virale du VIH et le test de la résistance génotypique) et au programme d'amélioration des laboratoires (qui recueille des données supplémentaires sur les risques et les antécédents ainsi que les données des tests pour mesurer l'incidence du VIH) des laboratoires de santé publique. Des données administratives sur la santé sont également disponibles auprès de l'Institut de recherche en services de santé (IRSS). On retrouve toutefois d'importantes lacunes au niveau des données et de certains aspects importants que l'on ne peut mesurer à l'échelle de la population.

- L'interprétation d'un grand nombre d'indicateurs de la qualité exige que l'on comprenne le contexte dans lequel les soins pour le VIH sont donnés. Les initiatives visant à relier des banques de données en Ontario, telles que celles qui lient les données de l'étude OCS et les données administratives des laboratoires de santé publique sur les visites chez le médecin, les hospitalisations et l'usage de drogues, permettraient de mieux mesurer et surveiller d'importants indicateurs cliniques pour les personnes qui reçoivent des soins. Si d'autres bases de données étaient liées, y compris les données sur les tests pour le VIH (lorsque les tests de base ont été administrés) et les données des laboratoires privés (pour le calcul de CD4 et d'autres résultats de laboratoire), il serait beaucoup plus facile de mesurer d'importants indicateurs.
- Nous avons également besoin de plus d'information sur la continuité des soins pour les usagers de drogues injectables séropositifs pour le VIH et sur les soins donnés aux usagers de drogues injectables qui sont infectés à la fois par le VIH et par d'autres maladies transmissibles par le sang, l'hépatite C en particulier.

### **Il nous faut cibler les efforts de prévention sur certains groupes, y compris les Autochtones et les femmes plus âgées**

- Chaque année, plus d'un millier de personnes reçoivent un diagnostic d'infection à VIH et dans certains groupes, y compris les femmes et les hommes autochtones et les femmes plus âgées, les personnes sont diagnostiquées ou commencent un traitement lorsque l'infection est avancée. Les stratégies visant à promouvoir la prévention du VIH, les tests et l'accès aux soins doivent continuer et prévoir des efforts ciblant certains groupes difficiles à rejoindre. Ces stratégies amélioreraient la santé des Ontariennes et des Ontariens vivant avec le VIH et la santé des personnes à risque d'être infectées par le VIH.

### **Les taux de tests pour le VIH pendant la grossesse sont élevés chez les femmes qui reçoivent des soins prénatals. Les femmes qui ne reçoivent pas de soins prénatals et la qualité du consentement demeurent des questions préoccupantes.**

- La transmission du VIH de la mère à l'enfant peut être presque complètement éliminée à l'aide du traitement antirétroviral et d'interventions obstétriques. Un système de surveillance en Ontario permet d'obtenir des données en temps réel sur les tests pour le VIH administrés aux femmes enceintes. La baisse spectaculaire du nombre de nouveau-nés infectés par le VIH en Ontario et les taux très élevés de tests pendant la grossesse sont deux facteurs importants qui montrent que l'intervention coordonnée et les lignes directrices de pratique clinique ont changé les soins et amélioré les résultats pour la santé. Bien que seulement un petit nombre de femmes refusent les tests pour le VIH pendant la grossesse, nous n'avons aucune donnée nous permettant de caractériser ces femmes ou de connaître les raisons de leur refus. Des études futures nous permettront probablement de savoir, en rétrospective, qui sont ces femmes.
- De plus, nous n'avons pas de données complètes sur la prévalence du VIH chez les femmes enceintes qui ne reçoivent pas de soins prénatals, même si le nombre de ces femmes est petit. Avec les nouvelles technologies de test qui existent, telles que les analyses effectuées rapidement au point de service, qui peuvent donner des résultats en quelques minutes seulement (comparé aux tests conventionnels, dont les résultats peuvent prendre deux semaines), on peut accroître encore plus les taux de tests effectués avant l'accouchement. Toutefois, nous ne savons pas combien de femmes accepteraient les analyses rapides au

point de service ou quel serait le rendement possible de ces tests en Ontario. Il nous faut répondre à ces questions importantes pour réduire davantage et même éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans la province.

- Les taux de tests impressionnants chez les femmes enceintes s'accompagnent également d'une importante mise en garde. Nous n'avons pas de données systématiques sur le nombre de femmes qui ont subi des tests sans leur consentement ou dont la qualité du consentement est sous-optimale.
- Les taux élevés de tests chez les femmes enceintes témoignent du succès d'un programme de santé publique. Ce programme pourrait servir de modèle pour augmenter les taux de tests dans d'autres groupes, y compris les groupes à risque élevé dans lequel les taux de tests sont bas.

### **Les efforts de prévention chez les usagers de drogues injectables semblent être efficaces, mais il nous faut procéder à des interventions ciblées pour les femmes qui s'injectent de la drogue**

- Dans l'ensemble, en Ontario, la prévalence du VIH chez les usagers de drogues injectables demeure assez stable aux alentours de cinq pour cent, bien que les taux varient considérablement d'une ville à l'autre. Bien que ce taux absolu soit préoccupant, il est relativement bas comparé aux taux de prévalence du VIH chez les usagers de drogues injectables partout dans le monde. Ce faible taux s'explique possiblement par l'adoption précoce et répandue de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, par la mise sur pied d'un réseau de services de toxicomanie et de services de soutien pour les usagers de drogues injectables, et par la disponibilité accrue du traitement de substitution pour les usagers de drogues injectables, et plus particulièrement l'élargissement du traitement d'entretien à la méthadone (TEM) et la disponibilité de services à seuil bas pour le TEM (qui permettent aux usagers de drogues injectables de poursuivre leur TEM même si elles continuent de prendre de la drogue pendant qu'elles participent au programme).
- Le taux de comportements à risque déclarés par les femmes qui s'injectent de la drogue demeure élevé. Ces comportements incluent l'injection de drogues à l'aide de seringues usagées et d'un attirail usagé. Cette constatation suggère que les femmes présentent un risque particulièrement élevé de contracter le VIH et que des interventions ciblant les femmes qui s'injectent de la drogue seraient particulièrement bénéfiques.
- Les données de l'étude OCS suggèrent que les usagers de drogues injectables sont diagnostiqués relativement tôt dans le cours de l'infection à VIH en Ontario, comparé à d'autres groupes. Ce diagnostic précoce comporte d'importants avantages tant pour les personnes (il facilite le traitement) que pour les interventions de santé publique (il limite la transmission du virus). Comme ces constatations se fondent sur une cohorte volontaire, il est possible qu'elles soient susceptibles à une partialité au niveau de la sélection et devraient, autant que possible, être confirmées à l'aide de données à l'échelle de la population.

### **Les écarts importants qui existent au niveau de l'accessibilité et de la qualité des soins pour le VIH devraient faire l'objet d'études**

- La surveillance régulière de la situation du VIH constitue une partie importante du traitement de toutes les personnes qui vivent avec le VIH, qu'elles prennent des médicaments antirétroviraux ou non. La surveillance de la charge virale représente une mesure subrogative des soins de santé reçus spécifiquement pour le VIH. De toutes les personnes qui ont subi un test de la charge virale dans la deuxième moitié de 2007, seulement une sur cinq n'a pas reçu au moins deux autres tests l'année suivante. Ces constatations suggèrent que près de 20 pour cent des personnes vivant avec le VIH ne reçoivent pas les soins pour le VIH qui sont conformes aux lignes directrices. Il nous faut faire des analyses plus poussées afin de relever les raisons de l'irrégularité des tests de la charge virale chez les personnes qui se présentent pour recevoir un traitement.
- Nous avons observé qu'il existe un écart important entre le nombre de personnes (sur plusieurs années) qui sont séropositives pour le VIH en Ontario et le nombre de personnes qui reçoivent régulièrement des soins pour le VIH qui sont conformés aux lignes directrices et fondés sur les tests de la charge virale. Au milieu de 2007, 16 860 personnes vivantes savaient qu'elles étaient séropositives pour le VIH. De ce nombre, 10 930 (65 pour cent) ont subi au moins un test de la charge virale au cours de l'année<sup>13</sup> et 9 410 (55 pour cent) ont reçu au moins un test dans la deuxième moitié de 2007. Ces constatations font ressortir le fait qu'une forte proportion de personnes dont les résultats des tests pour le VIH sont positifs ne font pas surveiller leur infection régulièrement. Ces estimations concordent avec les constatations provenant des États-Unis<sup>14</sup> et d'ailleurs au Canada<sup>15</sup>. La recherche visant à identifier les facteurs, au niveau des systèmes et des patients, qui contribuent au manque de suivi et d'interventions pour améliorer la rétention constitue une priorité pour les études et les programmes à l'avenir.

### **Malgré l'efficacité des traitements, certaines personnes vivant avec le VIH ont de nombreux symptômes et une qualité de vie moindre, et surtout les femmes, les usagers de drogues injectables et les personnes dont le niveau de scolarité est plus bas**

- L'expérience de vivre avec le VIH varie d'un groupe à l'autre. Comme dans le cas des maladies chroniques, nous avons observé que les taux de symptômes de la dépression sont plus élevés chez les femmes vivant avec le VIH que chez les hommes vivant avec le VIH.
- Les personnes qui ont des antécédents d'usage de drogues injectables ont un état de santé physique et mentale moins bon que les personnes qui n'ont jamais pris de drogues injectables, et les femmes ont une moins bonne santé que les hommes dans ces cas. Ces constatations font ressortir le fait que les personnes qui consomment de la drogue, et surtout les femmes, ont des besoins de santé uniques qui ne sont peut-être pas complètement comblés.
- Nous avons constaté que les personnes dont le niveau de scolarité est plus bas ont une moins bonne santé physique et mentale. Cette constatation fait ressortir la nécessité de continuellement porter attention aux déterminants sociaux de la santé en général, afin de répondre aux besoins de santé des personnes de toutes les couches socioéconomiques, et en particulier, afin d'offrir aux personnes vivant avec le VIH des services de réadaptation efficaces et accessibles en santé physique et mentale.

## L'ÉTUDE

Les indicateurs dont nous rendons compte résultent d'un processus de sélection rigoureux qui inclut une étude approfondie de la littérature portant sur les indicateurs existants, ainsi que les commentaires et l'assentiment d'experts dans le domaine (voir le chapitre 1, Introduction à l'Étude POWER). Les indicateurs qui ont été inclus dans ce chapitre ont été relevés à plusieurs sources et beaucoup d'entre eux sont utilisés à grande échelle pour mesurer la qualité de soins. Nous avons pris ces rapports comme point de départ et y avons intégré une analyse fondée sur le genre et sur l'équité (voir le chapitre 2, Le cadre de l'Étude POWER). Ces analyses sont importantes parce que les tendances de la maladie, de l'invalidité et de la mortalité sont différentes chez les femmes et chez les hommes. On observe également des différences entre les femmes et les hommes pour ce qui est des contextes sociaux, des soins de santé et des facteurs biologiques qui, pris ensemble, contribuent aux différences selon le genre observées en santé. De plus, les iniquités entre les femmes et les hommes en matière de santé qui sont bien documentées et qui sont associées avec les facteurs sociaux démographiques sont telles que les différences observées entre certains groupes précis de femmes sur le plan du fardeau de la maladie pourraient être plus prononcées que les différences générales qui existent entre les femmes et les hommes.



Les données utilisées pour produire cette section proviennent de plusieurs sources, y compris le Recensement de 2006 de Statistique Canada; l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005 (Cycle 3.1); la Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé; le Registraire général des statistiques de l'état civil; l'Ontario HIV Treatment Network Cohort Study (OCS); le Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada, une initiative du Groupe canadien de recherche sur le sida chez les enfants (GCRSE); les laboratoires de santé publique de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé – laboratoires du VIH; l'étude I-TRACK : Surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada et l'Ontario Community-based and AIDS Reporting Tool (OCHART). Les indicateurs ont été stratifiés selon le sexe, puis stratifiés à nouveau selon le statut socioéconomique, l'âge, l'ethnicité, la région ou le pays natal, la catégorie d'exposition au VIH et la région géographiques lorsqu'il y avait des données disponibles et la taille d'échantillon a permis. La liste complète des indicateurs contenus dans ce chapitre et leurs sources de données se trouvent à l'Annexe 11.2.

### Pour référence à ce chapitre :

Bayoumi AM, Degani N, Remis RS, Walmsley S, Millson M, Loutfy M, Daly T, Nelson LE, Gardner S, Challacombe L, Bierman AS. Infection à VIH. Dans : Bierman AS, rédactrice. *Projet d'élaboration du Rapport basé sur des données probantes de l'Ontario sur la santé des femmes* : Volume 2 : Toronto; 2011.