

STRATÉGIE CANADIENNE SUR LE VIH/SIDA
1999-2000
RAPPORT DE CONTRÔLE ANNUEL
RAPPORT TECHNIQUE 2:
TENDANCES FONDAMENTALES DU VIH/SIDA AU CANADA

Préparé
pour Santé Canada
par
Le Centre de promotion de la santé
Université de Toronto

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
Antécédents: tendances historiques du VIH/sida au Canada	6
Tendances nationales actuelles du VIH/sida au Canada	9
Notes en fin d'ouvrage	35

Rapport Technique 2: Tendances fondamentales du VIH/sida au Canada

Introduction

Un nombre d'études évaluatives qui en sont aux étapes de la planification ou de la mise en oeuvre aideront à informer les Canadiens sur les impacts des activités et composantes fondamentales de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida (SCVS) dans les années à venir. Néanmoins, les mesures ultimes du progrès envers les buts de la Stratégie sont:

- l'incidence et la prévalence du VIH;
- l'incidence et la prévalence du sida;
- la mortalité prématurée reliée au sida;
- la qualité de vie des gens atteints du VIH/sida.

Ces indicateurs ont été utilisés historiquement pour suivre de près l'évolution de l'épidémie au Canada et, ainsi, pouvoir fournir un cadre permettant de mesurer l'impact et le succès de la Stratégie en cours. Le but de ce rapport technique est de mettre à jour les données de base rapportées dans le premier rapport annuel de contrôle pour la Stratégie.

L'épidémie continue de se transformer, ce qui signifie une évolution des besoins des différents groupes affectés par le VIH/sida et des nouveaux défis pour les décideurs, les médecins, les soignants, les chercheurs et les autres.

Diagnostiques du VIH (rapports de tests positifs)

Un total cumulatif de 45 910 tests positifs de VIH a été rapporté au Canada jusqu'au 31 décembre 1999 (ce nombre a augmenté à 48 014 au 31 décembre 2000). Même si le nombre cumulatif de diagnostics continue d'augmenter, le nombre de nouveaux diagnostics a montré certains signes de diminution ces dernières années. En 1999, 2 240 tests positifs de VIH ont été rapportés, comparativement à 2 983 en 1995.

Durant 1999, la plus grande proportion de tests positifs de VIH chez les adultes — 37,2 pour cent — a été attribué aux hommes qui ont eu des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRH), suivis des gens utilisant des drogues injectables (UDI) avec 28,5 pour cent, et ceux impliqués dans la transmission hétérosexuelle avec 28,5 pour cent. De 1996 à 1999, la proportion de tests positifs liés aux HRH et aux UDI a continué de diminuer régulièrement, alors que la proportion de nouveaux diagnostics attribués au contact hétérosexuel a augmenté. On a aussi noté des augmentations dans le pourcentage de tests positifs attribués aux femmes.

Incidence du VIH

L'incidence réelle du VIH au Canada demeure inconnue. Les rapports de tests positifs du VIH (les cas rapportés de diagnostics du VIH) minimisent l'ampleur du problème, étant donné que toutes les personnes infectées par le VIH ont été évaluées. Le nombre de rapports des tests de VIH pour une année donnée est composé en partie d'individus infectés durant cette année, mais il est surtout composé d'individus infectés au cours des années précédentes. De plus, certains individus atteints au cours d'une

année donnée, seront diagnostiqués (testés positifs pour le VIH) pour cette même année, mais la majorité ne le sera que beaucoup plus tard. Ainsi, la relation entre l'incidence du VIH et les rapports de test de VIH est déterminée par la façon d'évaluer le VIH. Elle est influencée par de nombreux facteurs et elle n'est pas bien connue en termes quantitatifs.

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) a décrit ce dilemme comme suit: « Les études de cas du VIH sont même plus difficiles à interpréter que les cas de sida rapportés, étant donné qu'il n'est pas possible de savoir jusqu'à quel point ceux qui sont évalués sont représentatifs de la population globale. Même les tendances, avec le temps, sont difficiles à interpréter, étant donné que les changements à l'accès à l'évaluation, l'accès à la thérapie, l'efficacité perçue de la thérapie, les règlements et les autres facteurs peuvent affecter la volonté des gens d'être testés pour le VIH. »

Malgré ces difficultés, les données des rapports des tests de VIH peuvent être jumelées à celles sur la façon d'évaluer le VIH comme méthode d'estimer l'incidence du VIH. Le Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose de Santé Canada, a utilisé cette méthode conjointement à d'autres méthodes pour produire des estimations de l'incidence du VIH au niveau national. Le Bureau a estimé que 4 190 nouvelles infections à VIH se sont produites au Canada en 1999 (avec l'étendue d'incertitude ou EI : 3 310 à 5 510), comparativement à une estimation de 4 200 nouveaux cas au cours de 1996 (EI: 3 700 à 4 750). Ceci semble être une augmentation substantielle sur l'estimation des 2 500 à 3 000 nouveaux cas d'infection par année pour la période s'étendant de 1989-1994.¹

Changements dans l'incidence parmi les différents groupes et par modes de transmission

Entre 1996 et 1999, il y a eu une augmentation de 30 pour cent du nombre estimé de nouveaux cas de VIH attribués au HRH. En 1996, une estimation de 1 240 nouveaux cas furent attribués aux HRH, avec une étendue d'incertitude associée de 1 050 à 1 460. En 1999, une estimation de 1 610 nouvelles infections a été attribuée aux HRH (EI: 1 190 à 2 060). Conjointement avec les résultats d'études plus localisées, ceci suggère une interruption possible dans les réductions constantes des taux d'infection attribuables aux HRH à partir des années 1980.

Le nombre estimé de nouvelles infections attribuables aux UDI a diminué de 1 970 en 1996 (EI: 1 600 à 2 400) à 1 430 en 1999 (EI: 1 030 à 1 860). Conjointement avec les résultats d'études plus localisées, ceci suggère le renversement possible des augmentations continues des taux d'infection attribuables aux UDI remontant aux années 1980.

L'estimation du nombre de nouvelles infections attribuées à l'indice hétérosexuel est passée de 700 en 1996 (EI: 540 à 910) à 880 en 1999 (EI: 610 à 1 170). Cette hausse semble être constante avec les augmentations historiques du taux d'infection (et les résultats des tests positifs du VIH) déclarées précédemment.

Entre 1996 et 1999, il y a eu une légère diminution de l'estimation du nombre de nouvelles infections chez les femmes, passant de 950 en 1996 (EI: 780 à 1 150) à 920 en 1999 (EI: non disponible). Selon les estimations pour 1999, il y a eu 370 nouveaux cas d'infection à VIH chez les peuples autochtones (9 pour cent de nouvelles infections) comparativement à une estimation de 310 nouveaux cas en 1996 chez cette même population. Malheureusement, il n'y a pas d'étendue d'incertitude publiée sur laquelle il serait possible d'évaluer la stabilité de ces estimations.

Alors que les estimations ci-haut suggèrent d'importants changements de la nature de l'épidémie du VIH au Canada, il serait prématuré pour diverses raisons, de tirer des conclusions quelles qu'elles soient concernant le succès ou l'échec des activités courantes de la SCVS, étant donné particulièrement le haut degré d'incertitude associé à ces estimations. Néanmoins, ces changements devraient être suivis de près, à la fois dans les études nationales et dans les études communautaires. Elles seront mises à date dans les rapports ultérieurs.

Prévalence du VIH

Il peut y avoir peu de doute que la prévalence du VIH — le nombre de personnes vivant avec le VIH/sida au Canada — continue d'augmenter, et que plus de gens vivent plus longtemps avec le VIH/sida. Ceci peut être déduit par le fait que le nombre de décès reliés au sida au Canada a chuté substantiellement ces dernières années à des chiffres beaucoup plus bas que ceux estimés pour les nouvelles infections à VIH.

Les estimations nationales les plus récentes de la prévalence du VIH au Canada remontent à 1999. À la fin de cette année, on estimait que 49 800 Canadiens vivaient avec le VIH (EI: 45 000 à 54 600). Il s'agit d'une augmentation substantielle par rapport à l'estimation de 40 100 Canadiens qui vivaient avec le VIH à la fin de 1996² (EI: 37 100 à 43 300). On estime aussi que quelque 15 000 ou 30% d'individus atteints du VIH étaient vivants, mais qu'ils n'avaient pas été diagnostiqués comme tels à la fin de l'année 1999.³

Selon les plus récentes estimations nationales, les HRH représentaient 59 pour cent des gens vivant avec le VIH/sida à la fin de 1999, suivis des utilisateurs de drogues injectables (19 pour cent) et des hétérosexuels (16 pour cent). Les femmes représentaient 14 pour cent des gens vivant avec le VIH à la fin de 1999, alors que les Autochtones représentaient 5,5 pour cent.

Changements dans la prévalence par groupe de population et par mode de transmission

De toute évidence, la population vivant avec le VIH/sida devient de plus en plus diversifiée. L'épidémie se déplace d'une population qui touchait au départ les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, à une nouvelle population qui englobe progressivement d'autres groupes.

Même si les HRH représentent encore la majorité des Canadiens qui vivent avec le VIH/sida (59 pour cent), la proportion des gens atteints du VIH/sida continue d'augmenter chez les femmes, les Autochtones et chez ceux dont le mode de transmission a été classifié comme UDI ou de rapports hétérosexuels — un modèle de changement en cours qui est antérieur à la SCVS actuelle.

Morbidité et mortalité prématurée

Selon les estimations en date du 31 décembre 2000, 19 153 cas de sida et 12 419 décès liés au sida ont été déclarés au Canada. Toutefois, il y a de fortes indications d'une baisse du nombre de cas déclarés de sida et des décès qui y sont reliés (cette baisse a été plus marquée dans certains groupes de population par rapport à d'autres).

Selon les estimations pour l'année 2000, 644 cas de sida et de 127 décès reliés au sida auraient été déclarés au Canada, comparativement aux 1 727 cas de sida et aux 1 485 décès qui lui étaient reliés en 1995 (tous les résultats ont été ajustés en fonction des délais de publication). Il n'y a pas assez de preuves pour déterminer si cette tendance à la baisse peut être soutenue. Pour ce qui est des autres communautés ethniques canadiennes, la diminution du nombre de cas de sida signalés semble la moins prononcée chez les Autochtones.

Problèmes de qualité de vie

Les nouvelles données de recherche suggèrent que la qualité de vie des gens vivant avec le VIH/sida semble s'améliorer. En même temps, de nouveaux problèmes de qualité de vie surgissent en raison du fait que plus de gens vivent avec le VIH plus longtemps.

Déterminants de la santé

Un ensemble croissant de preuves suggère que les membres de groupes socio-économiquement désavantagés sont:

- plus susceptibles d'avoir des conditions de vie et de travail qui augmentent leur vulnérabilité au risque d'infection par le VIH;
- plus susceptibles de devenir séropositifs;
- moins susceptibles de suivre un régime de traitement;
- plus susceptibles de mourir prématurément que les membres de groupes moins défavorisés.

Sources de données et lacunes

Il existe des bases de données impressionnantes permettant d'évaluer continuellement l'épidémie du VIH/sida au Canada. Les sources de données englobent les systèmes nationaux de surveillance, les rapports de tests positifs du VIH, les estimations imputées d'incidence et de prévalence du VIH, les résultats d'études communautaires (incluant les études sur les populations particulières), les rapports de cas de sida, les rapports de décès reliés au sida et les études sur des déterminants plus élaborés de la santé.

En même temps, il y a des lacunes significatives dans la base d'informations canadiennes sur le VIH/sida, et plusieurs problèmes qui ressortent doivent être approfondis pour que nous soyons en mesure de les contrôler et de répondre aux changements de l'épidémie. Spécifiquement, il y a un besoin pour:

- des améliorations continues dans la mesure de l'incidence et de la prévalence du VIH. Les bases de données canadiennes dans les domaines de surveillance et d'épidémie, même si elles sont impressionnantes dans leur étendue, varient substantiellement dans leur niveau de précision, spécialement d'un groupe à l'autre. Les résultats signalés de tests de VIH doivent être complétés d'une meilleure information sur le comportement lors des tests de VIH. De même, les estimations d'incidence et de prévalence du VIH doivent être plus précises afin de guider les efforts de prévention, de traitement et de soins.
- des bases de données qui reflètent mieux les changements de l'épidémie même. Il est particulièrement nécessaire d'avoir une meilleure information sur les populations carcérales, les utilisateurs de drogues injectables, les femmes, les Autochtones et les membres des autres communautés ethniques, raciales et culturelles.
- se centrer davantage sur les indicateurs intermédiaires et sur les études d'évaluation des impacts des activités de la SCVS (particulièrement les études ciblant les interventions dans les communautés clés).
- une meilleure information sur le VIH/sida venant des études nationales majeures, telle que l'*Étude nationale sur la santé de la population*, les enquêtes régionales sur la santé des Premières nations et des Inuits et l'étude canadienne planifiée sur la santé communautaire.

- une plus grande attention pour élargir les déterminants de la santé reliés au VIH/sida, incluant le revenu, l'éducation, le logement et la sécurité.
- de la recherche additionnelle reliée à la qualité de vie des gens atteints du VIH/sida.

Antécédents : tendances historiques du VIH/sida au Canada

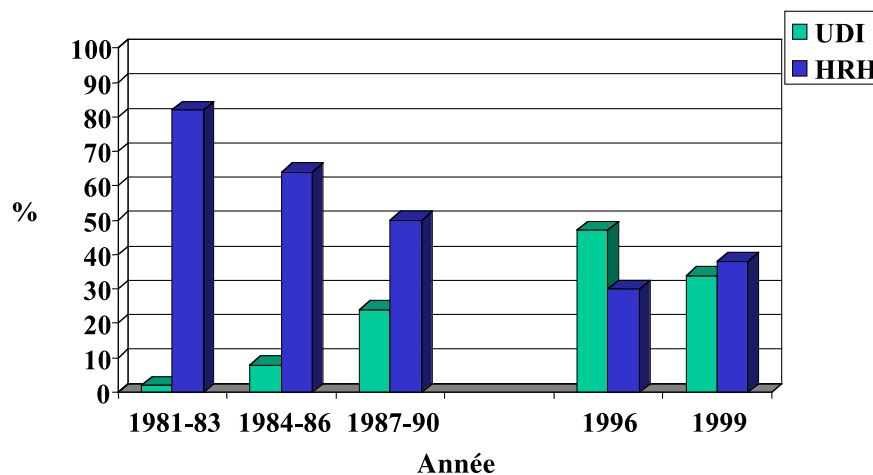
Cette partie fournit un bref survol des tendances épidémiologiques qui ont influencé le développement de la Stratégie canadienne renouvelée sur le VIH/sida. Cette information fournira aussi un contexte pour contrôler l'impact futur et le succès de la Stratégie.

Selon les estimations de 1996 (l'année la plus récente qui a précédé la SCVS et pour laquelle les estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH sont disponibles), 4 200 personnes ont été infectées par le VIH au Canada au cours de l'année (EI: 3 700 à 4 750) et 40 100 personnes vivaient avec le VIH/sida au Canada. (EI:37 100 à 43 300).

Bien que les rapports sur le VIH/sida réfèrent communément à un « changement rapide » de l'épidémie, un examen de l'information disponible suggère qu'au Canada, l'épidémie a progressé régulièrement depuis au moins la dernière décennie. Les rapports de Santé Canada suggèrent que, du début des années 1980 jusqu'à 1996, il y a eu une diminution progressive et relativement continue dans la prévalence de nouvelles infections chez les HRH, accompagnée d'une croissance du taux d'infection chez les autres groupes à risque. Spécifiquement:

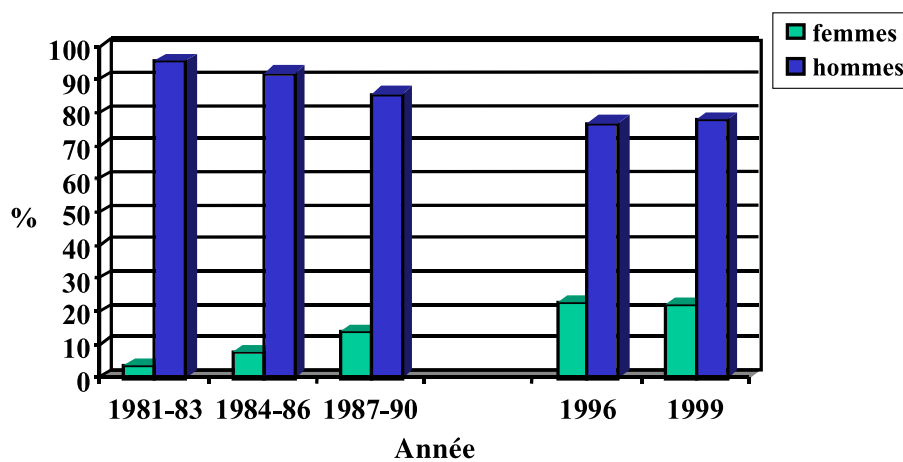
- la proportion estimée de nouveaux cas d'infection représentée par les HRH a diminué de plus de 80 pour cent en 1981-83 à 29,5 pour cent en 1996;
- La proportion estimée de nouveaux cas d'infection représentés par les utilisateurs de drogues injectables, a augmenté de moins de 10 pour cent avant 1986 à 46,9 pour cent en 1996; et
- la proportion estimée de nouveaux cas d'infection représentés par les femmes a augmenté de moins de 10 pour cent avant 1986 à 22,6 pour cent en 1996.⁴

Figure 1
Pourcentage de UDI et HRH dans les estimations des nouvelles infections à VIH au Canada, par période de temps



Note : Estimés avant 1996 par rétrocalcul
 Source : Santé Canada, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose.

Figure 2
Pourcentage de femmes et d'hommes dans les estimations des nouvelles infections à VIH au Canada, par période de temps



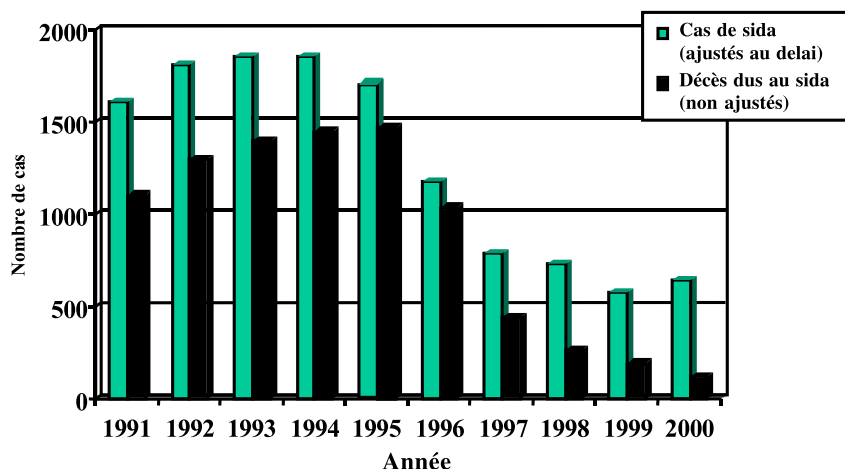
Note : Estimés avant 1996 par rétrocalcul
 Source : Santé Canada, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose.

Ceci est confirmé par *Albert et Williams*, qui en 1998 décrivaient deux vagues significatives de l'épidémie canadienne: « La première vague de l'épidémie a été causée par de très hauts taux d'infection chez les HRH et la seconde a été causée par de très hauts taux d'infection dans la population des UDI. Les infections intensives dans la population des UDI n'ont probablement débuté qu'en 1985, au moment où celles chez les HRH avaient déjà atteint leur sommet. »⁵

Aussi, bien que les données sur les taux d'infection soient moins abondantes pour les autres groupes de population, lors de la mise en place de la SCVS, des inquiétudes ont été formulées au sujet de la possibilité d'un accroissement important de l'incidence du VIH/sida chez les Autochtones et dans les populations carcérales.^{6, 7}

Une autre tendance significative, illustrée à la Figure 3, est cette diminution importante de cas de sida et de mortalité reliés au sida, au Canada, ces dernières années. Malgré les limites importantes de ces sources de données, ainsi que les problèmes potentiels qui n'ont pas été rapportés en assez grande quantité, il est clair que le nombre annuel rapporté de cas de sida et de décès reliés au sida, a diminué ces dernières années. Le nombre de diagnostics de sida a baissé de 1 859 en 1993 à 584 en 1999 et il a augmenté légèrement à 644 en 2000. Le nombre de décès rapportés, reliés au sida, a aussi diminué de 1 405 en 1993 à 127 en 2000.⁸ Même, après ajustement à cause des délais des rapports, ces baisses sont significatives et sont attribuables en partie au nouveau régime de traitement antirétroviral et peut-être aussi à des efforts de prévention secondaire plus efficaces.^{9,10}

Figure 3
Cas signalés de sida et décès reliés au sida, par année,
Canada, 1991-2000



Source : Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2000. Santé Canada, avril 2001.

Tendances nationales actuelles du VIH/sida au Canada

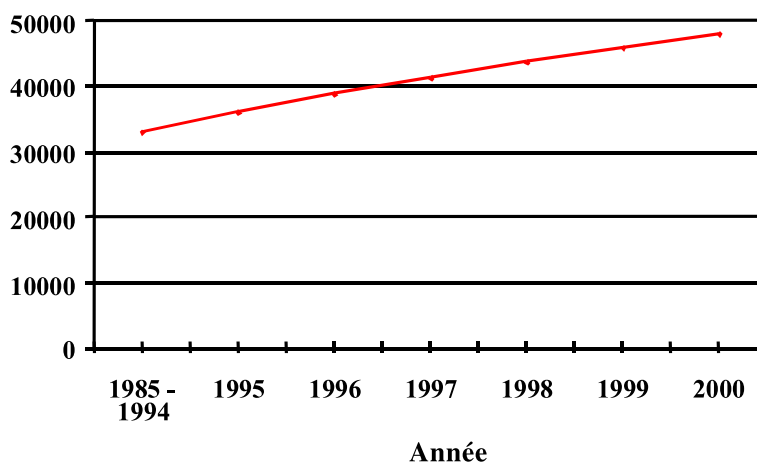
Cette section décrit les tendances nationales actuelles du VIH/sida au Canada. Dans la mesure du possible, les mêmes sources de données (systèmes de surveillance nationale, complétés à l'occasion, par l'information obtenue d'études communautaires) ont été utilisées pour déterminer à la fois les tendances courantes et historiques.

Un doute considérable demeure quant à l'incidence véritable et à la prévalence du VIH, particulièrement chez certains groupes. Ce rapport résume néanmoins des données courantes qui soulève la possibilité d'un important nouveau départ à partir des tendances historiques mentionnées plus haut. Plus loin dans ce chapitre, les changements de l'épidémie sont décrits en détail pour mieux illustrer les tendances nationales clés et les défis qui s'annoncent.

Nouveaux diagnostics: rapports de tests positifs du VIH

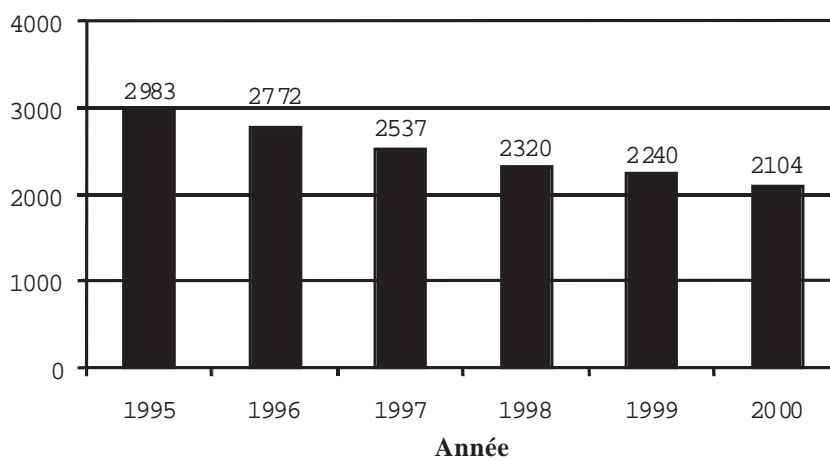
Le nombre de rapports de tests positifs du VIH fournit une importante estimation du nombre et des caractéristiques des Canadiens *connus* comme séropositifs. Il reflète le nombre de gens qui ont été testés, diagnostiqués et rapportés comme séropositifs. Toutefois, il est à noter que le nombre de personnes *connues* comme séropositives ne donne pas nécessairement une appréciation précise du nombre de gens qui sont, en fait, infectées par le VIH, étant donné qu'un nombre de personnes infectées n'ont pas encore été testées pour le VIH (cette importante mise en garde sera discutée plus loin dans ce rapport technique).

Figure 4
Nombre cumulatif de tests positifs pour le VIH signalés
au Canada, au 31 décembre 2000



Source : Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2000. Santé Canada, avril 2001.

Figure 5
Nombre annuel de tests positifs pour le VIH signalés
au Canada, 1995-2000



Source : Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2000. Santé Canada, avril 2001.

Tel qu'illustré dans la Figure 4, un total cumulatif de 45 910 tests positifs du VIH a été rapporté au Canada au 31 décembre 1999. Ce nombre a augmenté à 48 014 au 31 décembre 2000.¹¹

Approximativement 95 pour cent des tests positifs du VIH, des cas de sida et des décès liés au sida rapportés se retrouvent dans les quatre plus grandes provinces (tels que mesurés par la population) — l'Ontario, le Québec, la Colombie-Britannique et l'Alberta — lesquelles représentent ensemble 85 pour cent de la population canadienne. Il est à noter, toutefois, que malgré des améliorations récentes dans les pratiques de rapport connues, le nombre de diagnostics du VIH rapportés au Québec à la fin de 1999, sous-évalue le nombre actuel d'infections du VIH, puisque le processus d'exclure les rapports en duplicata est en développement. De plus, le nombre de diagnostics du VIH rapportés dans tout le Canada en sous-estime le nombre réel.

La Figure 5 révèle que le nombre de tests séropositifs a démontré des signes de ralentissement ces dernières années. En 1995, 2 983 tests positifs ont été rapportés; au 31 décembre 1999, ce nombre a diminué à 2240 cas. En 1999, 39 (1,7 pour cent) concernent des enfants de moins de 15 ans — une baisse substantielle des 87 tests positifs pour cette population signalés en 1996.

En 2000, 2 104 tests positifs du VIH (avec l'élimination des duplicatas dans la mesure du possible) ont été rapportés par le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses de Santé Canada (CPCMI), incluant 18 enfants.¹²

Tests positifs du VIH parmi les différentes populations

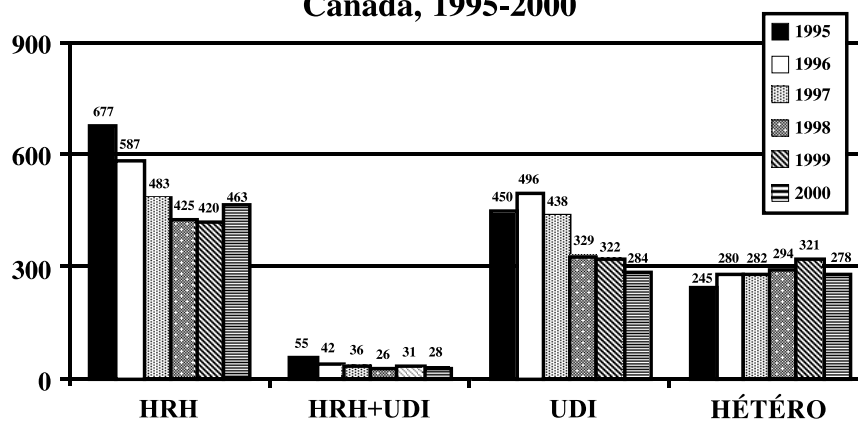
La prévalence de test du VIH semble varier parmi les différents groupes de population et par le mode de transmission. Cette section fournit une brève description des tendances dans les tests positifs du VIH au Canada:

- par mode de transmission;
- chez les hommes et les femmes;
- chez les peuples autochtones

Mode de transmission

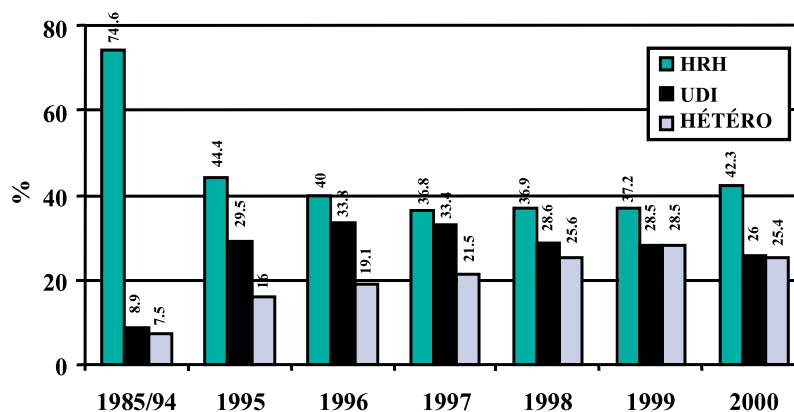
Les Figures 6 et 7 fournissent des données sur le nombre et la proportion de résultats de tests séropositifs chez les adultes, par mode de transmission. Ces estimés doivent être traités avec précaution, étant donné que les changements dans le nombre de tests positifs peuvent refléter des changements dans la prévalence de test chez certains groupes. Aussi, l'information sur le mode de transmission n'était pas disponible pour plus de la moitié des rapports de tests positifs au cours de l'année 2000.¹³

Figure 6
Nombre annuel de tests positifs pour le VIH signalés
chez les adultes, par mode de transmission,
Canada, 1995-2000



Source : Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2000. Santé Canada, avril 2001.

Figure 7
Pourcentage de tous les tests positifs pour le VIH signalés chez
les adultes, par populations choisies, Canada, 1985/94-2000



Source : Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2000. Santé Canada, avril 2001.

Chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, le nombre de rapports de tests séropositifs par année diminue de façon régulière allant de 677 en 1995 à 463 en l'an 2000. Toutefois, les HRH représentent encore le plus haut taux de tests positifs pour n'importe lequel des modes de transmission.

Le nombre de tests séropositifs attribués aux UDI a également baissé au cours de cette période, passant d'un maximum de 496 cas en 1996, à 284 cas en 2000.¹⁴ Jusqu'à un certain point, cette tendance est compatible avec une diminution récente importante des taux d'incidence des UDI rapportés par le groupe de Vancouver.¹⁵ Les facteurs causaux soulignant cette baisse apparente de l'incidence du VIH chez les UDI, particulièrement à Vancouver, ont été le sujet de débats considérables.¹⁶ Une meilleure compréhension de ces facteurs sera utile dans les futurs efforts de prévention.

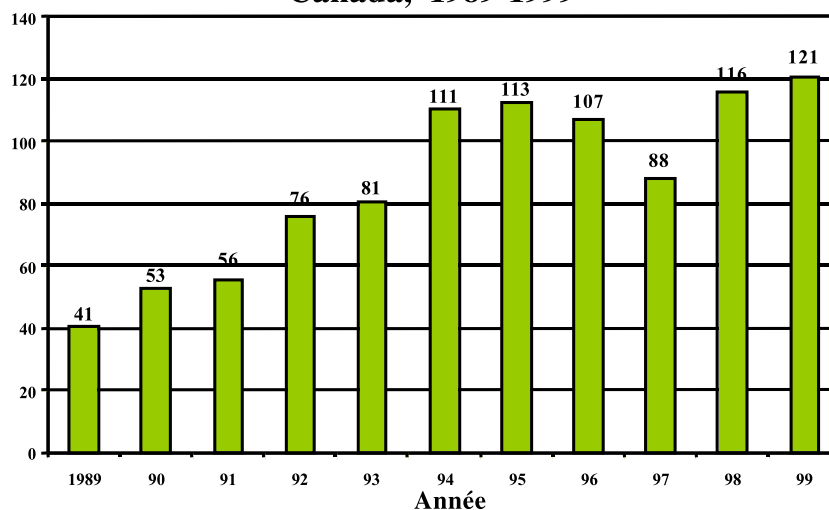
Alors que le nombre de tests positifs attribués aux HRH et aux UDI a baissé au cours de cette période, le nombre de tests positifs attribués au contact hétérosexuel a augmenté régulièrement, passant de 245 en 1995 à 321 en 1999.

Malgré les limites intrinsèques de l'utilisation des résultats de tests pour contrôler les changements dans l'épidémie du VIH, les résultats constatés plus haut suggèrent une évolution continue de l'épidémie au cours des dernières années. De 1985 à 1994, les HRH représentaient 74,6 pour cent des résultats de tests positifs chez les adultes; en 1999, ce mode de transmission n'en représentait que 37,2 pour cent. Par contre, les UDI ont représenté 8,9 pour cent des rapports de tests positifs pour la période de 1985 à 1994, mais il y a eu une augmentation jusqu'à 33,4 pour cent de nouveaux diagnostics chez les adultes en 1997, pour ensuite diminuer à 28,5 pour cent en 1999. La transmission hétérosexuelle a représenté quant à elle, 7,5 pour cent seulement des nouveaux cas d'infection chez les adultes pour la période de 1985 à 1994, mais elle a augmenté à 28,5 pour cent des nouveaux cas en 1999.

Les résultats de l'année 2000 suggèrent la possibilité de changements qui se poursuivent dans l'épidémie. Chez les adultes, les HRH totalisaient 42,3 pour cent de nouveaux cas (une augmentation), alors que les UDI représentaient 26,0 pour cent de nouveaux cas (une diminution). En 2000, 25,4 pour cent des tests positifs du VIH chez les adultes ont été attribués au contact hétérosexuel (une diminution). Le contrôle doit se poursuivre pour déterminer si ces tendances se maintiennent.¹⁷

La « transmission périnatale » est la transmission du VIH d'une femme enceinte infectée du VIH à son nouveau-né. La transmission peut se produire durant la gestation (in utero), durant l'accouchement (lorsque le fœtus entre en contact avec le sang maternel et la muqueuse dans le canal d'accouchement) ou après l'accouchement, par le lait maternel. Tel que mentionné précédemment, la proportion de nouvelles infections à VIH chez les femmes continue d'augmenter. Les preuves suggèrent aussi que les augmentations peuvent être les plus rapides chez certains sous-ensembles de jeunes femmes socio-économiquement défavorisées.^{18,19,20}

Figure 8
Nombre signalé de nourrissons exposés au VIH
durant la période périnatale, selon l'année de naissance,
Canada, 1989-1999



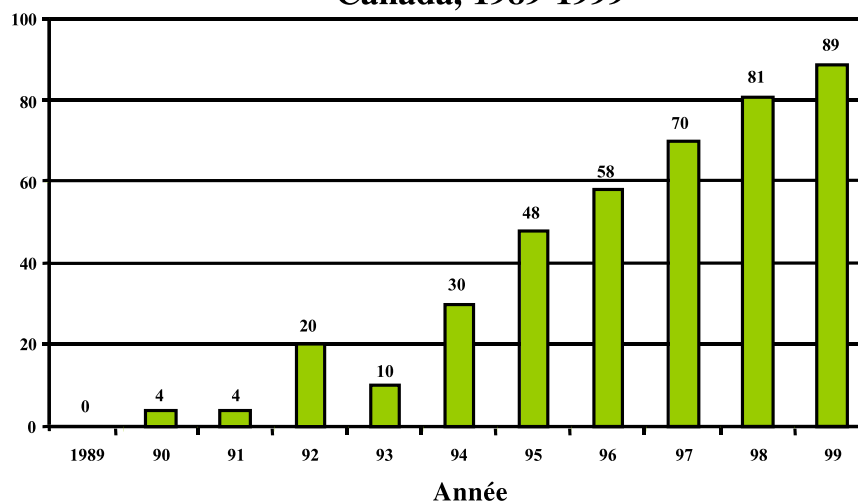
Source : Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 30 juin 2000. Santé Canada, novembre 2000.

Le Groupe canadien de recherche sur le sida chez les enfants suit des cas de nourrissons reconnus comme ayant été exposés périnatalement au VIH. Un total de 963 nourrissons ont été exposés au VIH par leur mère entre 1989 et 1999; 262 de ces enfants ont été reconnus depuis comme étant séropositifs et 110 autres ont un statut sérologique indéterminé et continuent d'être suivis. Il faut insister toutefois sur le fait que ces statistiques sont basées sur des femmes qui étaient *reconnues* comme étant séropositives lors de leur grossesse. Il ne reflète pas le nombre total de nourrissons qui ont été exposés « périnatalement », parce que ce ne sont pas toutes les femmes enceintes qui connaissent leur statut sérologique.

Au niveau national, le nombre de nourrissons qui ont vu le jour de mères séropositives a augmenté régulièrement au cours de la dernière décennie (voir Figure 8). Que cela constitue une tendance valide ou que ce soit simplement le résultat d'une augmentation des tests de VIH chez les femmes enceintes, cela reste à déterminer. Par exemple, Remis (1999) rapporte que les taux de tests de VIH chez les femmes enceintes en Ontario ont augmenté approximativement de 50 pour cent entre 1992 et 1998, alors que les taux de tests chez les hommes sont demeurés inchangés. En outre, la hausse des tests de VIH chez les Ontariennes se retrouvait presque exclusivement parmi les femmes de 15 à 39 ans. De même, les données du Québec présentent une hausse dramatique entre 1997 et 1999, quant au nombre de médecins qui ont offert ou prescrit le test de VIH à des femmes enceintes.^{21,22} Des questions demeurent pour les sous-groupes de femmes caractérisées par des conditions de travail et de vie à plus haut risque et par la probabilité de tester le VIH à l'intérieur de ces sous-ensembles de population.²³

Une étude de tous les centres pédiatriques canadiens sur le VIH a découvert que 19 pour cent des femmes reconnues comme étant séropositives au moment de l'accouchement, entre 1995 et 1997, étaient autochtones.²⁴

Figure 9
Pourcentage de nourrissons exposés au VIH durant la
période périnatale et exposés à la thérapie antirétrovirale
(TAR) à titre prophylactique, selon l'année de naissance,
Canada, 1989-1999



Source : Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 30 juin 2000. Santé Canada, novembre 2000.

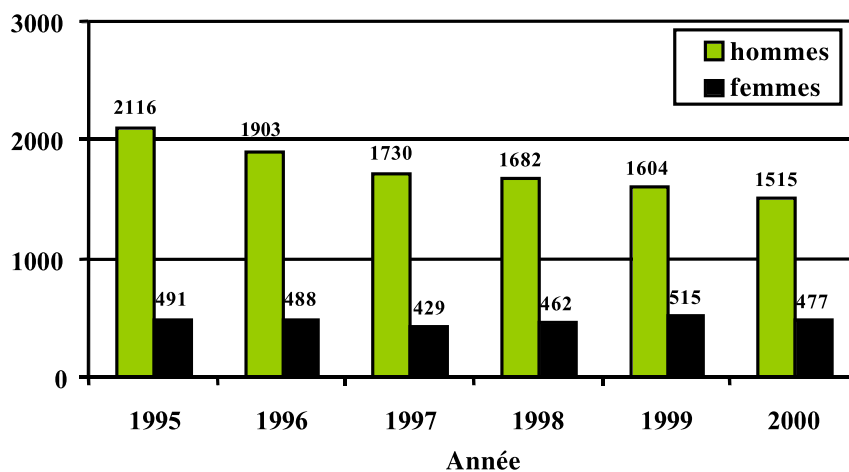
Une proportion croissante de nourrissons reconnus comme ayant été exposés au VIH durant la période périnatale au cours de la dernière décennie, ont reçu certains traitements pendant la gestation et après leur naissance. La Figure 9 montre qu'en 1999, 89 pour cent de ces nouveau-nés ont été exposés à la thérapie antirétrovirale (TAR) à titre prophylactique. Toutefois, la nature d'une telle thérapie varie de façon significative, allant de l'exposition au AZT dans la période néonatale seulement, à l'exposition de trois TAR ou plus à partir de la conception.²⁵ Un article récent de *King et coll.* (2000) confirme qu'un nombre croissant de paires (mère — nouveau-né) reçoivent la TAR durant la grossesse, et que la transmission périnatale du VIH « a été réduite à 4,8 pour cent avec la monothérapie AZT et à 2,5 pour cent lorsque la combinaison de thérapies a été offerte ».²⁶

Hommes et Femmes

Dans presque tous les cas sauf peut-être 10 pour cent, le genre est identifié dans les rapports des résultats de tests de VIH. Comme on peut le voir dans les Figures 10 et 11, le nombre de tests positifs déclarés chez les hommes adultes a baissé de 2 116 en 1995 à 1 515 en 2000. Chez les femmes adultes, le nombre de tests positifs déclarés a diminué légèrement, passant de 491 en 1995 à 477 en 2000.

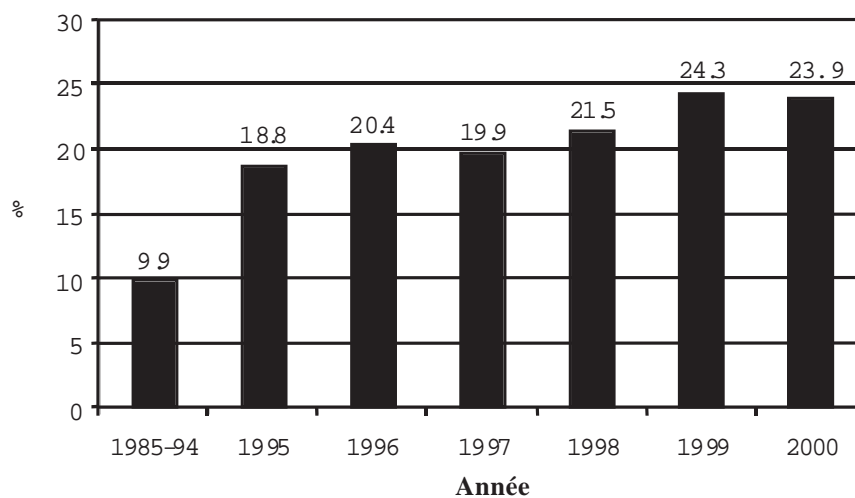
Sur chacun des continents, à l'exception de l'Afrique subsaharienne, le nombre d'infections à VIH chez les hommes surclasse celui des femmes. Au Canada, il y avait six fois plus de tests positifs déclarés chez les hommes que chez les femmes dans les données cumulatives de l'an 2000. Toutefois, la proportion de tests positifs du VIH chez les femmes s'est accrue de façon soutenue, passant de 18,8 pour cent en 1995 à 24,3 pour cent en 1999.²⁷ De plus, en 2000, 23,9 pour cent de tous les tests positifs de VIH faits chez les adultes, ont mis en cause des femmes.

Figure 10
Hommes et femmes adultes : nombre annuel de tests positifs pour le VIH signalés au Canada, 1995-2000



Source : Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2000. Santé Canada, avril 2001.

Figure 11
Pourcentage de tests positifs de VIH chez les femmes adultes par rapport à l'ensemble des cas signalés chez les adultes, Canada, 1985/94-2000



Source : Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2000. Santé Canada, avril 2001.

Dans un peu plus de la moitié des tests séropositifs impliquant des femmes adultes en 2000, le mode de transmission a été enregistré.²⁸ Dans 55,9 pour cent de ces cas, le mode de transmission a été le contact hétérosexuel, un accroissement substantiel par rapport au 35,5 pour cent rapporté en 1995. Au même moment, il y avait une légère diminution du nombre de tests positifs attribués au UDI, passant de 53,6 pour cent en 1995 à 38,5 pour cent en 2000.

Chez les hommes adultes séropositifs pour lesquels le mode de transmission a été enregistré, 54,0 pour cent des nouveaux cas d'infection de l'année 2000 ont été attribués aux HRH, soit une diminution substantielle par rapport aux 55,4 pour cent rapportés en 1995. Un pourcentage additionnel de 22,4 pour cent de nouveaux cas d'infection chez les hommes pour l'année 2000 a été attribué aux UDI, et 3,3 pour cent à la catégorie combinée HRH+UDI, comparativement à 23,6 pour cent et 4,3 pour cent, respectivement en 1995. En 2000, 17,2 pour cent de nouveaux cas d'infection chez les hommes ont été attribués au contact hétérosexuel, une augmentation substantielle par rapport au 11,3 pour cent de 1995.

Les peuples autochtones

Il y a un manque manifeste d'information sur les résultats de tests pour les membres des différentes communautés culturelles, raciales et ethniques, incluant les peuples autochtones, au Canada. Depuis 1998, seulement 27,8 pour cent des tests positifs de VIH ont fait mention du facteur ethnique.

Les données nationales sur les résultats de tests du VIH chez les peuples autochtones au Canada sont actuellement en développement. Toutefois, de récentes données sur les infections diagnostiquées de VIH qui nous viennent des provinces et des territoires où l'on rapporte de l'information quant à l'aspect ethnique (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Yukon, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve) révèlent que les Autochtones constituent une proportion significative de tests positifs lorsque le caractère ethnique est rapporté, passant de 19,5 pour cent en 1998 à 25,8 pour cent en 1999, pour ensuite redescendre à 17,7% en 2000.^{29, 30}

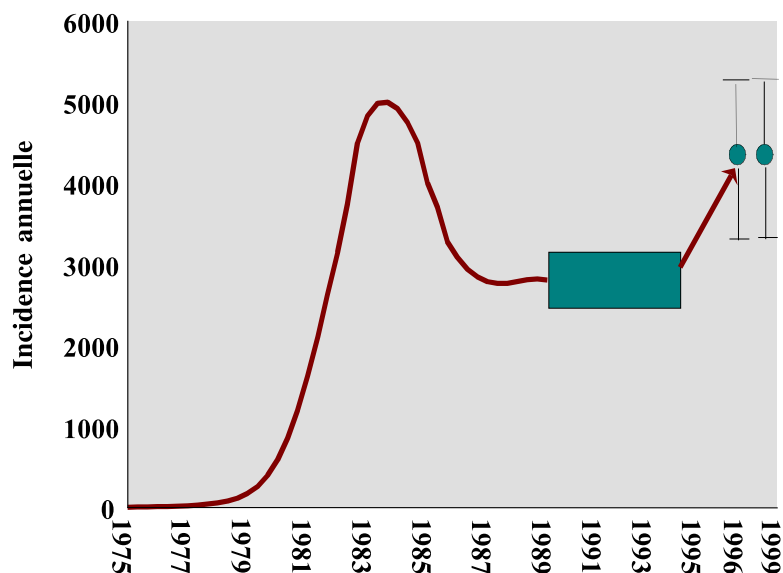
Incidence du VIH

L'incidence du VIH fait référence à la prévalence à laquelle de nouveaux cas d'infection au VIH surviennent durant une période de temps donné, et pour cette raison, il s'agit d'un important indicateur des dynamiques courantes de l'épidémie.³¹ La connaissance de l'incidence, à la fois pour la population en général et pour les populations vulnérables ou « groupes principaux », peut aider le Canada à mieux cibler les initiatives en matière de prévention. L'incidence du VIH a aussi une importance pour les programmes de soins, traitements et de soutien. Par exemple, pour les taux élevés de co-infection élevés de VIH et de l'hépatite C rapportés, les hausses récentes de l'incidence du VIH chez les utilisateurs de drogues injectables ont des implications importantes pour les traitements.³² L'incidence du VIH, selon *Albert et Williams* est « un indicateur de haut niveau de succès ou d'échec du contrôle de l'épidémie ».³³

Estimation de l'incidence du VIH

Tel que mentionné précédemment dans ce rapport technique, le nombre de rapports de tests séropositifs ne représente pas de façon précise l'incidence du VIH au Canada. Une variété de méthodes a été développée pour évaluer l'incidence du VIH. De 1975 à 1989, par exemple, la méthode du rétrocalcul des nouvelles infections rapportées dans les cas de sida, a été utilisée. Cependant, de nouveaux traitements qui augmentent l'intervalle entre l'infection à VIH et le début du sida, empêchent l'utilisation de cette méthode. D'autres méthodes sont actuellement utilisées pour évaluer le nombre moyen annuel d'infections à VIH, pour les années 1989 à 1994 dans son ensemble (démontré comme un bloc dans la Figure 12) et pour les années 1996 et 1999. Ces dernières évaluations conjuguent les données de surveillance du VIH/sida, les statistiques vitales, les études épidémiologiques et les études d'évaluation du comportement dans une sorte de processus de triangulation dans le but de maximiser l'utilisation de l'information disponible.

Figure 12
Tendance estimative de l'infection à VIH au Canada



Source : Santé Canada, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, 2000.

Les méthodologies utilisées pour créer ces plus récentes estimations ont été décrites en détail dans bon nombre de revues et d'exposés.^{34, 35, 36, 37, 38} Toutefois, une limite très importante de ces méthodologies est que, par nécessité, elles occasionnent une grande marge d'incertitude. Conséquemment, les sections suivantes présentent des estimations avec leur étendue d'incertitude, où elles ont été déclarées. Ces estimations doivent être interprétées avec discernement puisque différentes méthodes furent utilisées pour calculer les étendues d'incertitude pour 1999, comparativement à l'année 1996.

Le nombre estimé d'incidence d'infections à VIH au Canada a atteint un sommet à plus de 5 000 par année dans le milieu des années 1980, pour ensuite se stabiliser entre 2 500 à 3 000 nouveaux cas par année en 1996 et 1999. On estime que 4 190 personnes ont été nouvellement infectées par le VIH, au Canada, en 1999, (EI: 3 310 à 5 150), comparativement à un nombre approximatif semblable (4 200) en 1996 (EI: 3 700 à 4 750).³⁹

Même si l'estimation de l'incidence du VIH pour 1996 (l'année la plus récente pré-SCVS pour laquelle les estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH sont disponibles) n'est pas très différente de celle obtenue trois ans plus tard (1999), ceci ne doit pas être interprété comme une indication que la Stratégie actuelle manque d'efficacité, spécialement à cause du haut niveau d'incertitude de ces estimations et le temps requis pour programmer les interventions qui puissent avoir un impact quantifiable.

Incidence du VIH parmi les différents groupes de population

Cette section fournit une brève description de l'incidence estimée du VIH au Canada:

- par mode de transmission;
- chez les hommes et les femmes;
- chez les peuples autochtones.

Tendances dans le mode de transmission

Même si l'incidence estimée du VIH au Canada était essentiellement la même en 1999 qu'en 1996, la distribution des infections entre les catégories d'exposition étudiées semble avoir changé.

Tel que présenté dans le Tableau 1, entre 1996 et 1999, il y avait 30 pour cent d'augmentation dans l'estimation du nombre de nouveaux cas d'infection par année chez les HRH (de 1 240 à 1 610) et une diminution de 27 pour cent du nombre de nouveaux cas chez les utilisateurs de drogues injectables (de 1 970 à 1 430). En 1996, le groupe dominant de l'épidémie se trouvait chez les UDI, pour lesquels le taux estimé d'incidence de 1 970 nouveaux cas (EI: 1 600 à 2 400) était plus élevé que chez les HRH (1 240 nouveaux cas avec un EI de 1 050 à 1 460). Vers 1999, toutefois, le nombre le plus élevé de nouveaux cas d'infection se trouvait chez les HRH, avec un taux estimé à 1 610 (EI: 1 190 à 2 060) comparativement à une estimation de 1 430 chez les UDI (EI: 1 030 à 1 860). Aussi, il convient de noter une augmentation de 26 pour cent, de 700 en 1996 à 880 en 1999, dans l'estimation de nouvelles infections attribuables au contact hétérosexuel.

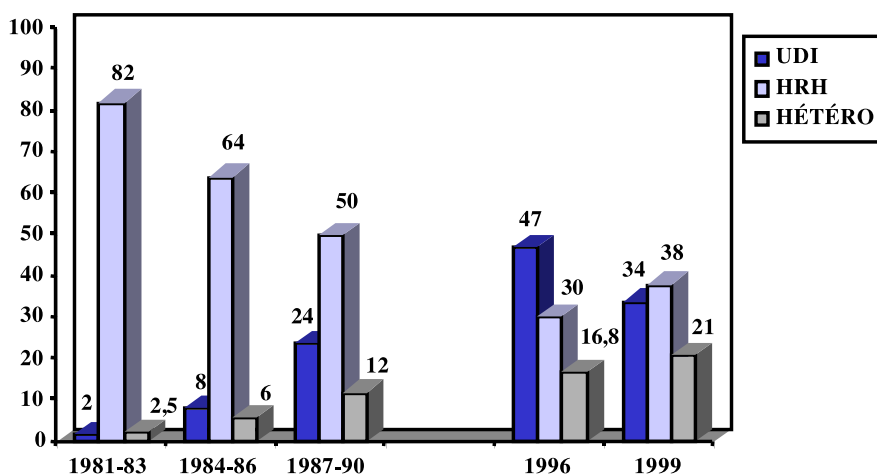
Tableau 1: Estimations et étendue d'incertitude pour le nombre d'infections à VIH au Canada en 1999 et 1996, par catégorie d'exposition

	HRH	HRH+UDI	UDI	Hétérosexuel	Total
1999 Estimation	1 610	270	1 430	880	4 190
1999 EI	1 190 – 2 060	190 – 360	1 030 – 1 860	610 – 1 170	3 310 – 5 510
1996 Estimation	1 240	290	1 970	700	4 200
1996 EI	1 050 – 1 460	230 – 370	1 600 – 2 400	540 – 910	3 700 – 4 750

Il faut noter que ces tendances ne correspondent pas nécessairement et directement à celles rapportées plus tôt, lesquelles étaient reliées aux rapports de tests séropositifs. Il y a plusieurs raisons possibles pour ceci, incluant les taux différentiels et les périodicités de tests de VIH parmi les différents groupes de population discutés précédemment. Une meilleure compréhension de ces différences devrait aider les responsables de la santé et les autres à mieux distinguer les caractéristiques de l'épidémie « connue » (ceux qui ont été évalués positifs pour le VIH), l'épidémie « cachée » (ceux qui sont séropositifs mais qui ignorent leur situation) et par extension, la « véritable » épidémie.

Ainsi, les énoncés généraux suivants peuvent être faits au sujet de la distribution des nouveaux cas chez les différentes catégories d'exposition, basés sur les estimations d'incidence de VIH présentées dans le Tableau 1. Selon les estimations pour 1999, les HRH représentaient 38 pour cent de tous les nouveaux cas d'infection du VIH au Canada, contre 30 pour cent des nouveaux cas en 1996 (voir la figure 13). Ceci semble inverser une tendance à la baisse à long terme dans la proportion des nouveaux cas d'infection attribuables aux HRH, lesquels ont diminué de 82 pour cent pour la période de 1981-83, à 64 pour cent en 1984-86, 50 pour cent en 1987-90 et 30 pour cent en 1996. Ce changement apparent dans le taux d'infection à VIH chez les HRH justifie une attention soignée de la part des planificateurs de programmes et il s'agit d'une tendance qui devrait être suivie de près dans le futur.

Figure 13
Pourcentage d'UDI, de HRH et de transmission
hétérosexuelle parmi les nouvelles infections à VIH
au Canada, par période de temps
(résultats avant 1996 par rétrocalcul)



Source : Santé Canada, Bureau de VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, 2000.

Quant au mode de transmission chez les UDI, la baisse du nombre estimé de nouveaux cas d'infection dans cette population, entre 1996 et 1999, paraît aussi inverser une tendance à long terme (voir Figure 13). Au cours de la période de 1981-83, 2 pour cent des nouveaux cas d'infection à VIH ont été attribués aux UDI. Ce pourcentage a augmenté à 8 pour cent en 1984-86, à 24 pour cent en 1987-90 et à 47 pour cent en 1996. Il serait prématuré d'attribuer cette baisse possible de la tendance de longue date aux activités de la SCVS en soi, étant donné le niveau relativement élevé d'incertitude implicite dans ces estimations (particulièrement dans les dernières années). Comme dans le cas des HRH, les tendances de l'infection à VIH chez les utilisateurs de drogues injectables devront être suivies de près dans les années à venir.

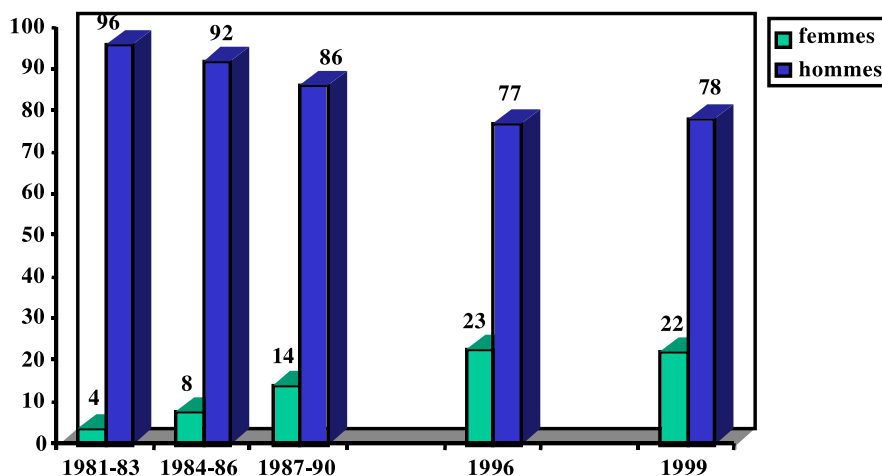
Tel que démontré dans la Figure 13, le nombre et la proportion estimés de nouveaux cas d'infection attribuables au contact hétérosexuel semblent avoir augmenté entre 1996 et 1999. Ceci est en accord avec une tendance longtemps établie quant à l'accroissement du nombre d'infections attribuables au contact hétérosexuel. Dans la période 1981-83, seulement 2,5 pour cent de nouveaux cas ont été attribués au contact hétérosexuel. Ce taux a augmenté à 6 pour cent en 1984-86, à 12 pour cent en 1987-90, à 16,8 pour cent en 1996 et à 21 pour cent en 1999. Encore ici, il serait prématuré d'attribuer cette

tendance aux succès ou aux échecs de la Stratégie actuelle. Cependant, la croissance apparente des taux d'infection à VIH attribuables au contact hétérosexuel remontant à 1981 justifie clairement une attention additionnelle.

Les Hommes et les Femmes

Selon les estimations pour 1999, il y a eu 920 nouveaux cas d'infection à VIH chez les femmes au Canada (22 pour cent du total canadien) et 3 270 chez les hommes (78 pour cent du total). Tel que démontré dans la Figure 14, ces niveaux demeurent virtuellement inchangés depuis 1996, alors que les taux d'infection étaient estimés à 950 nouveaux cas chez les femmes (23 pour cent du total) et 3 250 chez les hommes (77 pour cent du total).

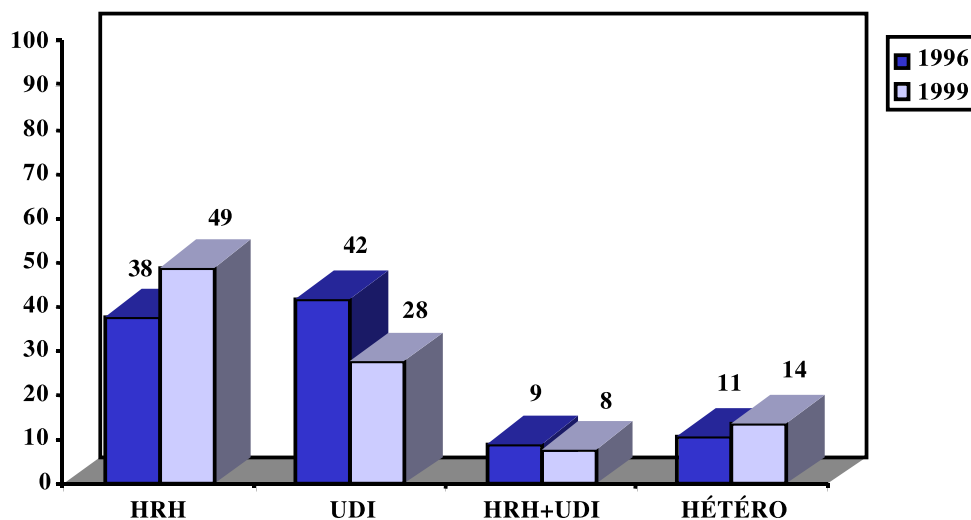
Figure 14
Pourcentage de femmes et d'hommes parmi les nouveaux cas d'infection à VIH au Canada, par période de temps (résultats avant 1996 par rétrocalcul)



Source : Santé Canada, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, 2000.

Chez les femmes, le nombre de nouvelles infections attribuées aux UDI a baissé de 600 en 1996 (EI: 460 à 770) à 492 en 1999 (EI: non disponible). Cependant, le nombre de nouvelles infections chez les femmes, attribuées à la transmission hétérosexuelle, a augmenté de 350 (EI: 260 à 475) en 1996 à un chiffre estimé à 425 en 1999 (EI: non disponible). Vu d'une autre façon, en 1996, 63 pour cent des nouvelles infections chez les femmes étaient attribuées aux UDI et 37 pour cent à la catégorie hétérosexuelle. En 1999, 54 pour cent de toutes les nouvelles infections chez les femmes étaient attribuées aux UDI et 46 pour cent à la transmission hétérosexuelle.

Figure 15
Les hommes : estimation du pourcentage de nouveaux cas d'infection, par mode de transmission, 1996 et 1999



Source : Santé Canada, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, 2000.

Chez les hommes, la Figure 15 montre que le nombre estimé de nouvelles infections attribuées aux HRH a augmenté de 1 240 (38 pour cent) en 1996 à 1 610 (49 pour cent) en 1999. Par contre, le nombre de nouvelles infections chez les hommes qui ont été attribuées aux UDI, a chuté de 1 370 (42 pour cent) en 1996 à 930 (28 pour cent) en 1999. Ce sont possiblement des changements substantiels qui peuvent signaler une modification de l'épidémie. Toutefois, étant donné l'incertitude considérable associée aux différences dans ces estimations, ces dernières doivent être interprétées avec beaucoup de prudence.

Néanmoins, ces changements sembleraient conséquents avec ceux rapportés dans les taux d'incidence et les comportements à risque des études communautaires à travers le Canada. Quoiqu'il en soit, ces tendances devraient être suivies de près dans les années à venir, à la fois au niveau national et au niveau local.^{40, 41, 42}

Les peuples autochtones

Malgré le manque de données signalé précédemment au sujet des résultats de tests de VIH chez les peuples autochtones, il apparaît que les populations autochtones continuent d'être sur-représentées en termes d'incidence et de prévalence du VIH au Canada. Comme il a été rapporté précédemment, Santé Canada estime qu'il y a eu 370 nouveaux cas d'infection de VIH chez les populations autochtones en 1999 (9 pour cent de tous les nouveaux cas de VIH pour cette année-là), une légère augmentation sur les 310 nouveaux cas estimés dans cette population en 1996 (7 pour cent de tous les nouveaux cas d'infection). De ceux-ci, 64 pour cent furent attribués à la catégorie d'exposition UDI, 17 pour cent au contact hétérosexuel, 11 pour cent aux HRH et 8 pour cent aux HRH-UDI.⁴³ Malheureusement, il n'y a pas de données d'étendue d'incertitude publiées pour ces estimations. Celles-ci devraient être interprétées avec beaucoup de prudence.

Les données de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et de l'Alberta montrent que la proportion des Autochtones touchés par les nouveaux diagnostics de VIH, s'étend de 15 à 26 pour cent pour des périodes de temps variées, de 1993 à 1998.^{44, 45} De plus, des données récentes sur de nouvelles infections diagnostiquées de VIH tenant compte de l'aspect ethnique et provenant des provinces et des territoires ont indiqué que la proportion des nouvelles infections attribuées aux Autochtones était de 19,4 pour cent en 1998 et de 24,8 pour cent en 1999.⁴⁶

Prévalence du VIH

La prévalence du VIH fait référence au nombre ou à la proportion d'individus d'un groupe de population précis à risque, qui est infecté à un point particulier dans le temps. Les individus ayant une infection asymptomatique à VIH et ceux qui ont été diagnostiqués avec une maladie rattachée au sida sont habituellement inclus dans ce nombre.

La prévalence du VIH reflète le nombre de gens qui vivent actuellement avec le VIH/sida — c'est-à-dire le nombre de gens qui ont été infectés par le VIH au cours de l'épidémie, moins ceux qui sont décédés (sans tenir compte de la cause du décès). De telles données fournissent un indicateur du fardeau du VIH parmi les diverses sous-populations et l'étendue à laquelle le VIH s'est répandu à l'intérieur de cette population tout au long de l'épidémie. Ces estimations sont aussi utiles pour les soins, les traitements et le soutien.⁴⁷ Aussi, dans l'optique du contrôle de l'épidémie, la taille de la population actuelle a un effet sur la probabilité d'une propagation future du virus à l'échelle de la population.⁴⁸

Le nombre de personnes qui vivent avec le VIH/sida au Canada continue d'augmenter. En utilisant les méthodologies auxquelles on a fait référence antérieurement, Santé Canada estime que 49 800 Canadiens (EI: 45 000 à 54 600) étaient atteints du VIH (incluant ceux qui étaient atteints du sida) en 1999, comparativement à 40 100 (EI: 37 100 à 43 300) à la fin de 1996.⁴⁹ Cette augmentation de 24 pour cent reflète une combinaison de nouvelles infections qui se poursuivent et une diminution des décès reliés au sida en raison des nouveaux traitements.

Prévalence du VIH dans les différents groupes de population

Tel que décrit antérieurement, les données historiques ont révélé un changement graduel dans l'épidémie du VIH/sida, passant d'une maladie qui affectait les HRH à une maladie qui touche maintenant beaucoup d'autres groupes, en particulier, les UDI, les peuples autochtones, les femmes et les populations carcérales. Malgré les incertitudes liées aux données, il semblerait qu'à la fois l'incidence et la prévalence du VIH englobent de plus en plus les membres de ces groupes. Cette section fournit une brève description de l'estimation de la prévalence du VIH pour le Canada:

- par mode de transmission;
- chez les hommes et les femmes;
- chez les peuples autochtones;
- dans les populations carcérales.

Mode de transmission

Les estimations de prévalence du VIH par catégorie d'exposition pour 1996 et 1999 sont présentées au Tableau 2.

La plus grosse augmentation du nombre de personnes vivant avec le VIH au Canada entre 1996 et 1999, a été attribuée aux HRH. Durant cette période, le nombre estimé de personnes vivant avec le VIH que l'on attribuait aux HRH, est passé de 25 300 (EI: 22 500 à 28 100) à 29 600 (EI: 26 000 à 33 400). Malgré cette hausse, la proportion d'infections attribuées aux HRH, a en fait baissé entre 1996 (alors qu'il se maintenait à 63 pour cent) et 1999 (59 pour cent).

Tableau 2: Estimations et étendues d'incertitude de la prévalence de l'infection à VIH au Canada en 1999 et 1996, par catégorie d'exposition

	HRH	HRH/UDI	UDI	Hétérosexuel	Autres	Total
1999 Estimation	29 600	2 100	9 700	8 000	400	49 800
1999 E.I.	26 000 – 33 400	1 700 – 2 600	8 100 – 11 800	6 300 – 10 100	330 – 470	45 000 – 54 600
1996 Estimation	25 300	1 700	7 100	5 500	500	40 100
1999 E.I.	22 500 – 28 100	1 400 – 2 100	6 000 – 8 500	4 400 – 6 900	430 – 580	37 100 – 43 300

Le nombre ainsi que la proportion des infections que l'on attribuait aux UDI et à la transmission hétérosexuelle, ont tous deux augmenté entre 1996 et 1999. Alors que ceci correspond aux tendances rapportées précédemment au sujet de l'épidémie, on doit insister sur le fait que, dans tous les cas, les étendues d'incertitude sont très grandes.

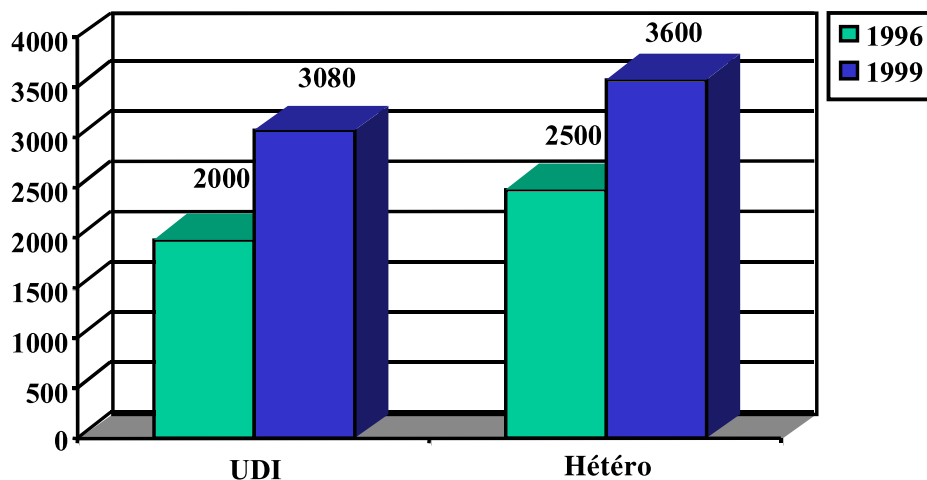
Cependant, ces résultats semblent en accord avec ceux d'un certain nombre d'études communautaires. Par exemple, plusieurs de ces études ont démontré des augmentations soutenues de la prévalence du VIH parmi les utilisateurs de drogues injectables des quartiers défavorisés. À Montréal, la prévalence du VIH chez les UDI a augmenté de 5 pour cent avant 1988, à 19,5 pour cent en 1997. À Vancouver, la prévalence chez les UDI a augmenté de 4 pour cent en 1992-93, à 23 pour cent en 1996-97. Les études menées dans les programmes d'échange d'aiguilles (PEA) montrent des résultats similaires avec une augmentation de 10,8 pour cent dans la prévalence du VIH chez les participants au programme (PEA) d'Ottawa entre 1992-93 et 1996-97.^{50, 51} À Toronto, elle est passée de 4 pour cent en 1991-92 à 9,5 pour cent en 1996-97. Des études plus récentes (1998) ont estimé la prévalence du VIH chez les UDI à 18 pour cent à Montréal, 20 pour cent à Ottawa, 28 pour cent à Vancouver et 13 pour cent à Winnipeg.^{52, 53, 54}

Les hommes et les femmes

On estimait que 6 800 femmes étaient infectées du VIH à la fin de 1999, une augmentation de 48 pour cent par rapport à la prévalence estimée de 1996, soit 4 600 (EI: 4 000 à 5 300). En 1999, les femmes représentaient 14 pour cent des infections courantes à VIH, comparativement à 11 pour cent en 1996.

Tel que présenté dans la Figure 16, entre 1996 et 1999 la prévalence estimée d'infections à VIH attribuées aux utilisatrices de drogues injectables avait augmenté de 2 000 (EI: 1 600 à 2 400) à 3 080, alors que la prévalence estimée d'infections à VIH attribuées à la transmission hétérosexuelle avait augmenté de 2 500 (EI: 1 900 à 3 200) à 3 600 (EI non disponible).

Figure 16
Les femmes : nombre estimé d'infections à VIH
prévalentes par mode de transmission, 1996 et 1999

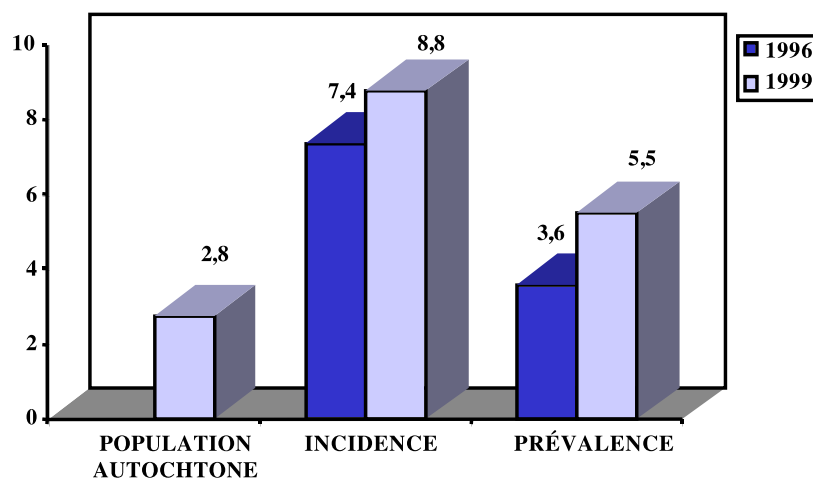


Source : Santé Canada, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, 2000.

Les peuples autochtones

La prévalence estimée de l'infection à VIH dans les populations autochtones a augmenté de 91 pour cent entre 1996 et 1999, passant de 1 430 à 2 740. En se basant sur ces estimations, les peuples autochtones totalisaient 5,5 pour cent de tous les cas d'infection du Canada pour 1999, alors que cette proportion était de 3,6 pour cent en 1996 (malheureusement, il n'y a pas d'étendue publiée d'incertitude associée à ces estimations). Tel que montré dans la Figure 17, les peuples autochtones représentent au Canada, une proportion beaucoup plus élevée de l'incidence et de la prévalence du VIH que ce que l'on aurait pu anticiper, si l'on considère leur nombre par rapport à l'ensemble de la population canadienne (2,8 pour cent).

Figure 17
Estimation de la proportion d'Autochtones parmi
la population en général
Incidence et prévalence des infections à VIH, 1996 et 1999



Source : Santé Canada, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, 2000.

Des études communautaires ont également été menées sur la prévalence du VIH dans la population autochtone. Les taux de prévalence du VIH pour ce groupe de population varient grandement selon le lieu, de 0,4 pour cent à 29,7 pour cent dans les différents milieux de Vancouver (notamment les Centres de traitement autochtones pour alcooliques et toxicomanes, les institutions correctionnelles, les programmes d'échange d'aiguilles, à 2,1 pour cent dans les cliniques de MTS de l'Alberta, 7,9 pour cent sur les réserves ontariennes (auto-déclarés), 13,4 pour cent chez les Autochtones utilisateurs de drogues injectables, et 1,4 pour cent chez les jeunes de la rue de Montréal.^{55, 56, 57, 58}

Les populations carcérales

L'ampleur du problème VIH/sida des populations carcérales canadiennes demeure très peu documentée. Les études qui ont été menées dans les prisons provinciales ont démontré que les taux de séropositivité étaient jusqu'à 10 fois supérieurs à ceux de la population en général, allant de 1 pour cent à 7,7 pour cent.⁵⁹ Chez les détenus des pénitenciers fédéraux, le nombre de cas de VIH/sida rapportés a subi une hausse en passant de 14 en janvier 1989, à 159 en mars 1996 et à 200 en avril 1999. Ceci signifie que plus de 1 pour cent de tous les détenus des institutions fédérales sont reconnus comme étant séropositifs.^{60, 61}

Il faut insister sur le fait que ceux-ci sont des cas *connus* et que l'étendue de la sous-évaluation dans les institutions n'est pas claire. Par exemple, une étude de *Ford et coll.* menée dans la prison de Joyceville en 1999 a rapporté que 1,7 pour cent des prisonniers qui ont participé à l'étude, étaient séropositifs (comparativement à 1 pour cent en 1995) et 33 pour cent étaient atteints de l'hépatite C (comparativement à 28 pour cent en 1995). Même ces estimations semblent sous-évaluer la véritable étendue du problème puisque près d'un détenu sur trois a refusé de participer à l'étude.⁶²

Les cas rapportés de sida

Le nombre de cas rapportés de sida peut aussi être utilisé pour illustrer le visage changeant de l'épidémie du VIH/sida au Canada. Selon les estimations en date du 31 décembre 2000, 19 153 cas de sida avaient été relevés au Canada (nombre ajusté pour les délais dans les rapports), ce qui signifie que le taux cumulatif canadien de cas de sida était de 640 par million de personnes. Cela place le Canada quelque part au milieu des pays industrialisés où les taux cumulatifs varient d'un maximum de 2 392 cas par million d'individus aux États-Unis, à un minimum de 14,2 cas par million d'individus au Japon.

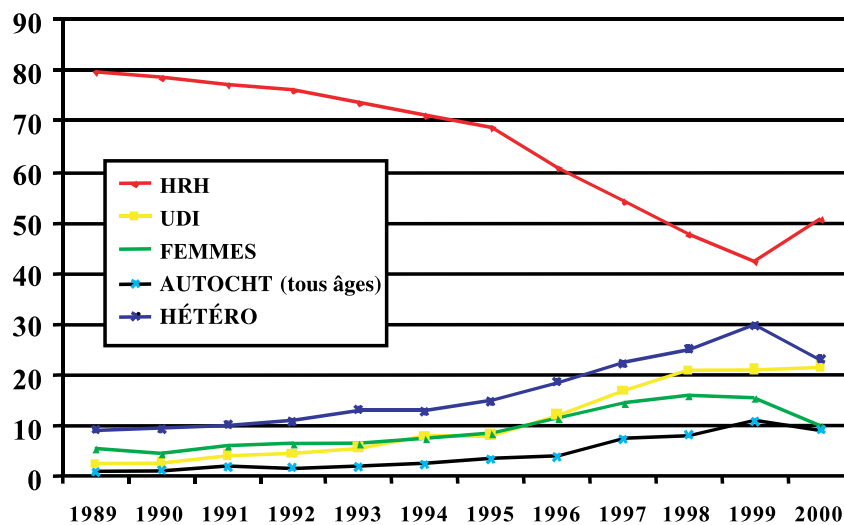
Sur une base provinciale, les cas de sida rapportés et les décès causés par le sida étaient approximativement proportionnels à la population provinciale. Seul le Québec fait exception. On y retrouve 33 pour cent du total national de cas de sida alors que sa population ne représente que 24 pour cent de tous les Canadiens.

Comme il a été noté antérieurement (voir la Figure 3), le nombre de cas de sida rapportés annuellement au Canada a diminué de manière soutenue au cours des dernières années, passant de 1 859 en 1993, à 584 en 1999, pour ensuite remonter à 644 en 2000. La baisse peut être attribuée en partie à l'amélioration des régimes de traitement du VIH, lesquels retardent ou préviennent le début du sida. Les raisons de l'augmentation des cas ajustés de sida pour les délais dans les rapports en l'année 2000 demeurent nébuleuses. Un fait important pour lequel peu de données sont actuellement disponibles, est le point jusqu'où ces baisses peuvent être maintenues. Alors que le début différé du sida est un aspect positif, cela signifie que le nombre de personnes vivant avec le VIH continue d'augmenter au Canada. Les conséquences à long terme de ces tendances pour les soins, les traitements et le soutien, de même que pour les changements futurs dans la mortalité et la morbidité ne sont pas encore connues.

Les cas rapportés de sida parmi les différentes populations

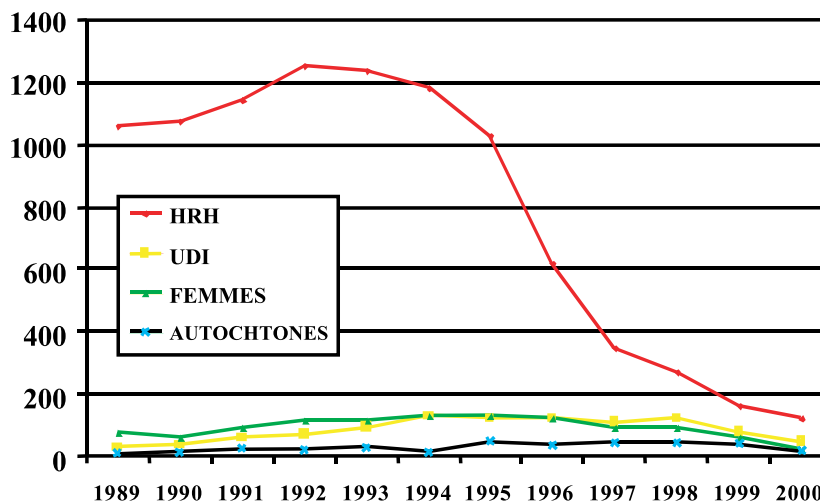
La Figure 18 (qui n'est pas ajustée pour les délais rapportés) montre que le nombre annuel de cas de sida a baissé dans la plupart des groupes ces dernières années, particulièrement chez les HRH. Cependant, en termes de pourcentage (voir la Figure 19), les cas de sida attribués au HRH ont diminué alors que le pourcentage attribué au contact hétérosexuel, aux utilisateurs de drogues injectables, aux femmes ainsi qu'aux peuples autochtones a augmenté.

Figure 18
Distribution du pourcentage des cas de sida signalés chez les adultes, par groupe de population, Canada, 1989-2000



Source : Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2000. Santé Canada, avril 2001.

Figure 19
Nombre de cas de sida signalés chez les adultes, par groupe de population, Canada, 1989-2000



Source : Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2000. Santé Canada, avril 2001.

Les HRH représentaient 79,7 pour cent des cas de sida diagnostiqués chez les adultes en 1989, mais seulement 68,8 pour cent des cas de sida diagnostiqués en 1995 et 50,8 pour cent en 2000. Au cours de cette même période, la proportion de cas attribuée aux UDI a augmenté de 2,4 pour cent en 1989, à 8,3 pour cent en 1995 et à 21,7 pour cent en 2000. La proportion de cas de sida rapportée chez les adultes et que l'on attribue au contact hétérosexuel, a aussi progressé de façon régulière durant toute cette période, passant de 9,2 pour cent en 1989 à 15,0 pour cent en 1995 et à 23,0 pour cent en 2000.

La proportion de nouveaux cas de sida chez les femmes et les Autochtones a aussi augmenté entre 1989 et 1999. Les femmes représentaient 5,7 pour cent des diagnostics de sida rapportés en 1989, 8,4 pour cent en 1995 et 10,1 pour cent en 2000. L'information sur la proportion de diagnostics de sida des peuples autochtones est toutefois moins fiable, compte tenu des problèmes liés à la collecte de données sur l'aspect ethnique.⁶³ Les données reliées à ce dernier aspect montrent d'importantes limites. Elles incluent, mais sans s'y limiter, les mauvaises classifications, les non révélations, les variations dans les rapports et dans les biais de classification, lesquelles peuvent engendrer une sous-représentation systématique de communautés spécifiques.

Néanmoins, parmi tous les cas où l'aspect ethnique a été rapporté, les peuples autochtones représentaient 1,2 pour cent des diagnostics de sida rapportés en 1989, 3,6 pour cent en 1995, 11,0 pour cent en 1999 et 9,2 pour cent en 2000. Tel que rapporté par *Daloo et coll.* « Relativement aux autres groupes ethniques du Canada, les cas de sida rapportés semblent diminuer le moins chez les peuples autochtones. Depuis 1993, le nombre de cas de sida déclarés dans tous les groupes ethniques a baissé de manière soutenue, à l'exception des peuples autochtones, où le nombre de cas est demeuré constant. La proportion de cas de sida rapportés chez les blancs a diminué dramatiquement, tandis que les proportions chez les groupes ethniques, spécialement chez les Autochtones a augmenté... il n'y a pas de preuves pour suggérer que ces différences peuvent être expliquées par les différences en matière de déclaration des cas. »⁶⁴

Les rapports de décès dus au sida

Au 31 décembre 2000, on avait confirmé le décès de 71 pour cent (12 419) des 17 594 individus identifiés au Canada, comme étant atteints du sida. Toutefois, il faut insister sur le fait que, pour diverses raisons, les décès reliés au sida semblent sous-évalués et que les délais de rapport tendent à résulter en des sous-estimations encore plus substantielles pour ces dernières années. Néanmoins, il est clair que le nombre de décès reliés au sida a baissé de façon significative ces dernières années. En 2000, seulement 127 décès reliés au sida ont été rapportés, comparativement à 1 485 en 1995 — une baisse de 91,4 pour cent. Des questions demeurent, à savoir si cette tendance pourra se maintenir dans les années futures. Aussi, d'autres recherches seront nécessaires pour connaître jusqu'à quel point les membres des différents groupes de population ont bénéficié de ces tendances.⁶⁵ Ce dernier point est discuté brièvement dans la section suivante de ce rapport technique.

Des déterminants de la santé plus élaborés

Comme c'est le cas pour d'autres domaines de la santé publique, il y a raison de croire que beaucoup de populations des plus vulnérables au VIH/sida tendent à être économiquement désavantagées et peuvent ne pas avoir les « pré-requis pour une bonne santé » tels qu'identifiés dans la Charte d'Ottawa, y compris un revenu adéquat, l'éducation, la nourriture, le logement, la sécurité et la protection.^{66, 67}

Au Canada, les risques disproportionnés en matière de santé auxquels doivent faire face les populations vulnérables commencent seulement à être documentés. Dans le domaine du VIH/sida, plusieurs études récentes ont mis l'accent sur certains de ces déterminants plus vastes de la santé, parce qu'ils ont trait aux populations vulnérables, incluant les sans abris, les jeunes de la rue, les peuples autochtones, les UDI, les travailleurs du sexe, les détenus et les autres groupes fréquemment marginalisés.^{68, 69, 70} Ces études suggèrent fortement que les membres des groupes socio-économiquement défavorisés sont plus susceptibles d'éprouver l'expérience de conditions de vie et de travail qui les placent à risque d'infection à VIH; qu'ils sont plus susceptibles de prendre part à des activités plus risquées; qu'ils sont plus susceptibles de devenir séropositifs; qu'ils sont moins susceptibles de suivre les régimes de traitement; qu'ils sont plus susceptibles de mourir prématurément que les membres de groupes moins défavorisés.

Les rapports de *Strathdee* et d'autres indiquent de façon convaincante que la probabilité de décès reliée au sida est fortement influencée par les facteurs socio-économiques. Par exemple, l'étude *Lymphadenopathy Aids* de Vancouver a démontré que les gais séropositifs ayant un revenu sous le seuil de la pauvreté étaient deux fois plus susceptibles de mourir à l'intérieur d'une période de 10 ans, que d'autres gais ayant un revenu plus élevé.⁷¹ Dans le même ordre d'idées, une étude menée par *Echenberg* (1997), et qui était basée sur une enquête nationale faite auprès de 1 136 Canadiens infectés du VIH (la plupart s'identifiant comme des homosexuels) suggère une tendance vers des niveaux d'éducation et de revenu plus bas chez les personnes les plus récemment infectées.⁷² *Low-Ber* (1999) a démontré que les homosexuels séropositifs de Vancouver étaient 40 pour cent moins susceptibles que les hommes séronégatifs d'être employés à temps plein et que 34 pour cent d'entre eux avaient un revenu de moins de 10 000\$. Cependant, l'étude n'a trouvé aucune relation entre l'éducation et la séropositivité au VIH.⁷³

Ces caractéristiques étaient spécialement prononcées chez les Autochtones HRH. Dans la cohorte VanGuard, on a constaté que ces Autochtones étaient plus susceptibles d'être en chômage, de vivre dans un logement plus instable, d'avoir un revenu annuel de moins de 10 000\$, de recevoir de l'aide sociale, de reconnaître avoir eu à la fois des relations sexuelles non-consenties et d'avoir été abusés sexuellement durant leur enfance.⁷⁴

Il semble y avoir un lien très fort entre les niveaux d'éducation et les comportements à risque chez les HRH. Dans une analyse de trois grandes études sur les homosexuels et les bisexuels, *Myers* et ses collègues ont trouvé que les hommes possédant un niveau de scolarité moins élevé étaient plus susceptibles de déclarer des relations sexuelles non protégées.⁷⁵

La vulnérabilité au VIH/sida semble être reliée non seulement au statut socio-économique, mais aussi aux conditions de vie et de travail, incluant des facteurs tels que l'abus sexuel durant l'enfance, l'instabilité du logement, l'incarcération et les préoccupations pour la sécurité personnelle. Une étude de *Braitstein* (2000) rapporte un taux « étourdissant » d'abus sexuel durant l'enfance chez les femmes séropositives de la Colombie-Britannique: « La majorité de ces femmes séropositives ont été abusées sexuellement ou agressées, pour la plupart avant l'âge de 12 ans, et principalement par des hommes intimement impliqués dans leur vie. »⁷⁶ *Schilder* (2000) note que dans un échantillon de 620 personnes séropositives de la Colombie-Britannique, 43 pour cent ont rapporté avoir été abusées sexuellement et que 37 pour cent ont eu une expérience sexuelle coercitive. Les personnes qui avaient été abusées sexuellement ou agressées étaient beaucoup plus susceptibles d'être des femmes, des homosexuels et ou des gens qui étaient des utilisateurs de drogues injectables, beaucoup moins susceptibles d'être des hommes hétérosexuels.⁷⁷

À bien des égards, les impacts des déterminants de la santé (tels que le revenu, l'éducation, le logement et la sécurité) deviennent même plus accentués chez les utilisateurs de drogues injectables, les Autochtones et les gens de la rue. *O'Shaughnessy* (1998), dans ses commentaires sur une étude portant sur les utilisateurs de drogues injectables de Vancouver (EUDIV), note que: « Le logement inadéquat a été pressenti au départ comme l'un des facteurs qui ont mené à l'épidémie de VIH chez les UDI, et ceci n'a pas changé considérablement tout au long de l'étude ». Non seulement le logement instable semble relié à la vulnérabilité, mais il apparaît également que cela constitue un obstacle pour des soins optimaux. Une étude menée par *Anis* (2000) rapporte que l'on a trouvé un « lien important » entre le statut de logement des patients, leur intérêt pour le traitement antirétroviral hautement efficace et leur risque de quitter « sans le consentement du médecin ». Parmi les quatre groupes étudiés, les patients n'ayant pas de domicile fixe étaient aussi les plus susceptibles d'utiliser les drogues injectables et qui étaient les moins dociles.⁷⁸ Dans une autre étude, l'instabilité du logement était reliée à l'état de mauvaise santé beaucoup plus chez les utilisateurs de drogues injectables de Vancouver (UDIV).⁷⁹ Ces risques étaient même plus prononcés chez les travailleuses du sexe, qui faisaient partie de la cohorte UDIV, où approximativement les deux tiers touchaient les prestations sociales et vivaient dans un logement instable. *Weber* conclut que les femmes qui vivent du sexe semblent être à risque d'infection au VIH, à cause des situations socio-économiques dans lesquelles elles vivent.⁸⁰

Une autre étude de Vancouver a trouvé de façon significative une utilisation plus faible de la thérapie antirétrovirale chez les UDI et chez les femmes que chez les HRH⁸¹, tandis qu'une étude de *Goldstone* (1999) a révélé de manière significative que les UDI vivaient moins longtemps que les autres après que l'on eut diagnostiqué chez eux le VIH ou le sida.⁸²

Le lien entre la vulnérabilité au VIH et les conditions socio-économiques sont particulièrement frappantes dans les études menées auprès des personnes incarcérées. *Schilder* (2000) a constaté que les personnes séropositives qui avaient été incarcérées un certain temps (défini comme expérience institutionnelle englobant la prison, le centre de détention, un foyer ou une aile psychiatrique) étaient plus susceptibles que les gens séropositifs non-institutionnalisés, à déclarer vivre dans un logement instable, de ne pas être de race blanche, d'avoir un niveau de scolarité moins élevé, de recevoir un revenu de moins de 10 000\$, d'utiliser des drogues injectables et d'avoir de la difficulté à obtenir du counselling en matière de toxicomanie.⁸³

Les peuples autochtones sont sur-représentés à la fois dans les populations d'UDI et dans le milieu carcéral. Une revue par *Nguyen* chez les UDI de Vancouver, d'Edmonton, de Winnipeg et de l'Ontario a démontré que les Autochtones représentaient 12 pour cent des UDI de l'Ontario, 27 pour cent de ceux de Vancouver et près des deux tiers de ceux d'Edmonton et de Winnipeg. Les femmes composaient entre 27 pour cent et 52 pour cent des Autochtones participants. Là où l'information était disponible, les Autochtones avaient généralement un plus faible niveau de scolarité et moins de stabilité dans le logement.⁸⁴

Ces résultats ont été appuyés par d'autres résultats d'une étude récente menée chez les UDI dans six grands centres urbains à travers le Canada (Toronto, Thunder Bay, Winnipeg, Saskatoon, Edmonton et Vancouver) et dans deux pénitenciers fédéraux.⁸⁵ Cette étude conclut que les facteurs prédictifs d'une séroconversion chez les répondants étaient à la fois socio-économiques et comportementaux et incluaient:

- un logement instable (44 pour cent vivaient dans la rue, dans des pensions, des hôtels ou des abris);
- la pauvreté (74 pour cent étaient sur l'aide sociale);
- le faible niveau de scolarité (30 pour cent avaient moins d'une 10^{ième} année);
- un milieu abusif (62 pour cent);
- la violence domestique (64 pour cent); et
- l'emprisonnement antérieur.

D'autres études renforcent la notion que les UDI autochtones sont plus susceptibles d'être des femmes, d'être séropositives et moins susceptibles de faire partie d'un programme de méthadone, que les UDI non autochtones.⁸⁶

Une étude qualitative menée dans le nord de l'Alberta suggère que les comportements à risque de VIH peuvent devenir des techniques de survie chez certaines femmes autochtones. Des analyses en profondeur du vécu de huit répondantes ont révélé un passé de relations familiales instables, des déplacements fréquents et de l'abus physique, émotif ou sexuel. Les comportements à haut risque associés à ces conditions d'évasion (ex. fugue, usage abusif de substances, promiscuité et prostitution) étaient vus comme des moyens appropriés de survie par les répondantes.⁸⁷

Ce thème de désavantage social et économique s'est reflété dans une étude menée auprès de personnes autochtones atteintes du VIH/sida. Ces individus sont plus susceptibles d'être sous-employés, plus pauvres et moins bien instruits que leurs homologues non autochtones. Les auteurs de l'étude ont conclu qu'à cause de ces iniquités, les Autochtones séropositifs peuvent avoir de la difficulté à recevoir les avantages des thérapies disponibles. Ces résultats soulignent le besoin de services sociaux, éducationnels et de soutien de base orientés vers les peuples autochtones atteints du VIH ou du sida.⁸⁸

Espérance de vie et qualité de vie

La prévalence accrue du VIH et les baisses successives de l'incidence et de la prévalence des cas de sida diagnostiqués, ainsi que des décès signalés reliés au sida suggèrent que l'espérance de vie des gens atteints du sida continue de s'améliorer.

Un nombre d'études communautaires ont rapporté des améliorations de l'espérance de vie et de la qualité de vie des personnes atteintes du VIH/sida. (Il faut noter que ces études ont généralement été menées dans les grands centres urbains et que leur applicabilité à des communautés plus petites ou à des populations non urbaines n'est pas claire). Par exemple, une récente étude en Colombie-Britannique a constaté des améliorations dans l'espérance de vie chez les homosexuels séropositifs et chez les hommes bisexuels de l'ouest de Vancouver entre 1990-92 et 1995-97.⁸⁹ Au cours de cette période, l'espérance de vie s'est accrue de 3,8 ans. Les auteurs suggèrent que le gain d'espérance de vie est attribuable à la rapidité de l'intérêt pour les régimes antirétroviraux plus puissants chez les homosexuels séropositifs et chez les hommes bisexuels. Toutefois, ils invitent à la prudence, car même dans cette nouvelle ère de thérapie antirétrovirale, l'espérance de vie de cette population demeure basse et les pertes de vie que l'on attribue au VIH sont élevées.

D'autres études ont suggéré que les baisses récentes de mortalité ont été associées à la réduction des coûts des services médicaux, à l'amélioration dans l'emploi, à l'état de santé et par le fait même à la qualité de vie, au moins chez les populations étudiées.^{90, 91, 92}

Dans une étude, la proportion des gens soumis à une thérapie antirétrovirale, évaluée comme étant en meilleure santé qu'il y a un an, s'est accrue de 19 pour cent en 1995, à 39 pour cent en 1998. Durant la même période, le nombre de personnes qui ont déclaré que leur état de santé s'est aggravé au cours de l'année a chuté brusquement de 43 pour cent à 18 pour cent. De plus, le taux de chômage chez le groupe étudié a baissé de 64 pour cent en 1995, à 56 pour cent en 1998.⁹³

Une autre étude a rapporté que l'utilisation d'enzymes inhibitrices était associée à une amélioration générale marquée de la qualité de vie, incluant une amélioration dans la perception de la santé, la santé mentale, le fonctionnement social, physique et des capacités de fonctionnement.⁹⁴

Une étude de 1998 menée par la Société canadienne du sida auprès de gens atteints du VIH/sida a découvert que 38 pour cent des répondants travaillaient actuellement, que 36 pour cent effectuaient du bénévolat et que 20 pour cent des répondants en chômage se cherchaient un travail.⁹⁵ Cependant, chez ceux qui pensaient retourner au travail, une majorité indiquait « une grande préoccupation » quant à :

- la perte des bénéfices d'invalidité (70 pour cent);
- la perte des bénéfices de leur assurance-médicaments (69 pour cent);
- la perte de la couverture de soins prolongés (59 pour cent);
- la possibilité de s'absenter pour des rendez-vous médicaux sans perdre son salaire ou son emploi (55 pour cent);
- la gérance d'un horaire de traitement et d'effets secondaires en milieu de travail (51 pour cent); et au
- dévoilement de leur état séropositif (51 pour cent).

L'étude nationale de la SCS a révélé que plus de 50 pour cent des répondants qui travaillaient, n'avaient pas révélé leur séropositivité à leurs employeurs. De ce groupe qui n'avait pas révélé leur situation, 45 pour cent s'attendaient à de la discrimination de la part de leur employeur ou de leurs collègues de travail. Parmi les répondants qui ne travaillaient pas, 65 pour cent ont indiqué qu'ils ne révéleraient pas leur état à un futur employeur, ni à un confrère de travail par crainte de discrimination ou d'attitudes négatives.

Une récente étude de *Nixon* confirme que la considération d'un retour au travail est une question importante et complexe à laquelle les gens atteints du VIH/sida ont à faire face. Toutefois, « contrairement aux autres populations étudiées... les défis pour les personnes qui retournent sur le marché du travail, pour les gens qui sont atteints du VIH/sida, sont en grande partie plutôt socio-politiques que physiques. De tels défis impliquent la peur d'abandonner un réseau de sécurité financière soigneusement échafaudé, la préoccupation du dévoilement de leur état sérologique et de leur identité sexuelle ».⁹⁶

Comme le révèlent ces études, le pronostic amélioré de beaucoup de personnes séropositives, aussi bien que la nature changeante de l'épidémie elle-même, ont des implications importantes pour la qualité de vie — implications qui, à date, ont été le sujet de très peu de recherche. Une telle recherche est des plus pressantes, puisque les changements dans la qualité de vie — qu'ils soient positifs ou négatifs — auront un impact sur chacune des composantes de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida.

Notes en fin d'ouvrage

1. Santé Canada. *Pour un avenir en santé: Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*. Ministre des Travaux Publics et des Services gouvernementaux Canada, Numéro de Catalogue: H39-468/1999F, p. 19. Ottawa, 1999.
2. Santé Canada, *Estimations de la prévalence et de l'incidence nationales du VIH pour 1999: il n'y a pas d'évidence de baisse de l'incidence globale*, Ottawa, mai 2001.
3. Santé Canada. *Infections fréquentes du VIH au Canada: Jusqu'à un tiers peut ne pas être diagnostiqué*. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida. Ottawa, mai 2001.
4. Santé Canada, *Estimations de la prévalence et de l'incidence nationales du VIH pour 1999: il n'y a pas d'évidence de baisse de l'incidence globale*, Ottawa, mai 2001.
5. Albert, T. and Williams, G. *Le fardeau économique du VIH/sida au Canada*. Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Étude de cas No H02. 1998.
6. Strathdee, S.A. and Schechter, M.T. *The Epidemiology of AIDS in Canada*. Practical Allergy and Immunology, 1995, 10 (5): pp 172-178.
7. Albert, T. and Williams, G. *Le fardeau économique du VIH/sida au Canada*. Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Étude de cas No H02. 1998.
8. Santé Canada. *Le VIH et le sida au Canada, Rapport de surveillance au 31 décembre 2000*. Ministre des Travaux Publics et des Services gouvernementaux Canada, Ottawa, avril 2001.
9. Low-Ber, S., Chan, K., Yip, B., Craib, K.J.P., et al. *Improved Quality of Life Accompanies Initiation of Protease Inhibitors among HIV-positive Individuals*. Canadian Journal of Infectious Diseases, 10, Supplément B pour la huitième conférence canadienne sur le VIH/sida, Résumés. Résumé C382P, p. 64B. 1999.
10. Albert, T. and Williams, G. *Le fardeau économique du VIH/sida au Canada*. Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Étude de cas No H02. 1998.
11. Geduld, J., Archibald, C. *Tendances nationales relatives au sida et à l'infection à VIH au Canada*. RMTTC 2000; vol. 26, pp. 193-201. Ottawa, 2000.
12. Santé Canada. *Le VIH et le sida au Canada, Rapport de surveillance au 31 décembre 2000*. Ministre des Travaux Publics et des Services gouvernementaux Canada, Ottawa, avril 2001.
13. Santé Canada. *Le VIH et le sida au Canada, Rapport de surveillance au 31 décembre 2000*. Ministre des Travaux Publics et des Services gouvernementaux Canada, Ottawa, avril 2001.
14. Santé Canada. *Le VIH et le sida au Canada, Rapport de surveillance au 31 décembre 2000*. Ministre des Travaux Publics et des Services gouvernementaux Canada, Ottawa, avril 2001.
15. Sutherland, D. *Public Health Aspects of HIV Reporting and Surveillance: An Overview*. Présentation à la réunion de planification pour la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, Ottawa, octobre 1999.

16. Andreson, J.F. *Holding the Lid on HIV*. CJPH 90 (5), septembre/octobre 1999, p. 296-297.
17. Santé Canada. *Le VIH et le sida au Canada, Rapport de surveillance au 31 décembre 2000*. Ministre des Travaux Publics et des Services gouvernementaux Canada, Ottawa, avril 2001.
18. Santé Canada. *Le VIH et le sida chez les femmes du Canada*. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida. Mai 1999.
19. Nguyen M. *Demographic Characteristics and Drug Use Behaviours among Aboriginal Injection Drug Users*. Canadian Journal of Infectious Diseases, 10, Supplément B pour la huitième conférence canadienne sur le VIH/sida, Résumés. Résumé C342, p. 54B. 1999.
20. Weber, A. E., Craib, P.J.K., Palepu, A., et al. *A Descriptive Study of Female Sex Workers Enrolled in a Prospective Cohort Study of Injection Drug Users*. Canadian Journal of Infectious Diseases, 10, Supplément B pour la huitième conférence canadienne sur le VIH/sida, Résumés. Résumé C331, p. 51B. 1999.
21. Remis, R., Major, C. and Degazio, T. *Trends in HIV testing Among Pregnant Women in Ontario, 1992-1998*. Canadian Journal of Infectious Diseases, 10, Supplément B pour la huitième conférence canadienne sur le VIH/sida, Résumés. Résumé C303, p. 43B. 1999.
22. Poulin, C., and Alary, M. *Medical Practice Regarding Prenatal HIV Testing 18 Months After the Launching of the Quebec Intervention Program on HIV Infection and Pregnancy*. Canadian Journal of Infectious Diseases, 10, Supplément B pour la huitième conférence canadienne sur le VIH/sida, Résumés. Résumé C305, p. 43B. 1999.
23. Nguyen, M. *Demographic Characteristics and Drug Use Behaviours among Aboriginal Injection Drug Users*. Canadian Journal of Infectious Diseases, 10, Supplément B pour la huitième conférence canadienne sur le VIH/sida, Résumés. Résumé C342, p. 54B. 1999.
24. Santé Canada. *Le VIH et le sida chez les peuples autochtones du Canada. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida. mai 1999*.
25. Santé Canada. *Le VIH et le sida au Canada, Rapport de surveillance au 31 décembre 2000*. Ministre des Travaux Publics et des Services gouvernementaux Canada, Ottawa, avril 2001.
26. King, S.M., Singer, J., Forbes, J., et al. *Trends in antiretroviral therapy (ART) in pregnant women in Canada: 1994-98*. Canadian Journal of Infectious Diseases (11) Supplément B, mars/avril 2000, p. 57B.
27. Geduld, J., Archibald, C. *Tendances nationales relatives au sida et à l'infection à VIH au Canada*. RMT-C 2000; vol. 26, pp. 193-201. Ottawa, 2000.
28. Santé Canada. *Le VIH et le sida au Canada, Rapport de surveillance au 31 décembre 2000*. Ministre des Travaux Publics et des Services gouvernementaux Canada, Ottawa, avril 2001.
29. Sutherland, D. *Public Health Aspects of HIV Reporting and Surveillance: An Overview*. Présentation à la réunion de planification pour la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, Ottawa, octobre 1999.

30. Santé Canada. *Le sida et l'appartenance ethnique au Canada*. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida. avril 2000. Voir aussi www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat.html.
31. Strathdee, S.A. and Schechter, M.T. *The Epidemiology of AIDS in Canada*. Practical Allergy and Immunology, 1995, 10 (5): 172-178.
32. Santé Canada. *Pour un avenir en santé: Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*. Ministère des Travaux Publics et des Services gouvernementaux Canada, Numéro de Catalogue: H39-468/1999F, p. 124. Ottawa, 1999.
33. Albert, T. and Williams, G. *Le fardeau économique du VIH/sida au Canada*. Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Étude de cas No H02. 1998.
34. Archibald, C.P., Remis, R.S., Williams, G., et al. *Estimating current prevalence and incidence of HIV in Canada*. Présentation plénière à la sixième conférence canadienne annuelle de la recherche sur le VIH/sida. Ottawa, mai 1997.
35. Albert, T. and Williams, G. *Le fardeau économique du VIH/sida au Canada*. Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Étude de cas No H02. 1998.
36. Geduld, J., Archibald, C. *Tendances nationales relatives au sida et à l'infection à VIH au Canada*. RMTc 2000; Vol.26, pp. 193-201. Ottawa, 2000.
37. Santé Canada. *Estimations de la prévalence et de l'incidence nationales du VIH pour 1999: il n'y a pas d'évidence de baisse de l'incidence globale*. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida. Novembre 2000. Voir aussi www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat.html.
38. Geduld, J. and Archibald, C. *Estimates of National HIV Prevalence and Incidence in 1999*. Rapport de recherche présenté à l'assemblée de la Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, Halifax, 16-18 novembre 2000.
39. Geduld, J., Archibald, C. *Tendances nationales relatives au sida et à l'infection à VIH au Canada*. RMTc 2000; vol. 26, pp. 193-201. Ottawa, 2000.
40. Remis, R.S., Major, C., Fearon, M., et al. *Enhancing HIV diagnostic data for surveillance of HIV Infection: Use of the detuned assay*. Canadian Journal of Infectious Diseases 2000; 11; 56B.
41. Calzavara, L., Burchell, A., Major, C., et al. *Increasing HIV Incidence among MSM repeat testers in Ontario, Canada, 1992 - 1998*. 13ième Conférence internationale sur le sida, Durban, Afrique du Sud, 9-14 juillet 2000.
42. Strathdee, S., Martindale, S., Cornelisse, P., et al. *HIV infection and risk behaviours among young gay and bisexual men in Vancouver*. CMAJ 2000; 162(1):21-5.
43. Geduld, J., Archibald, C. *Tendances nationales relatives au sida et à l'infection à VIH au Canada*. RMTc 2000; vol. 26, pp. 193-201. Ottawa, 2000.
44. Santé Canada. *Compte rendu de la septième réunion annuelle sur l'épidémiologie du VIH*. Hull, 29 et 30 mai 1998.

45. Santé Canada. *Recherche sur le VIH/sida chez les peuples autochtones: Un document de base.* Ministère des Travaux Publics et des Services gouvernementaux Canada. Catalogue Numéro H34-94/1998F. Ottawa, 1998.
46. Santé Canada. *Recherche sur le VIH/sida chez les peuples autochtones: Un document de base.* Ministère des Travaux Publics et des Services gouvernementaux Canada. Catalogue Numéro H34-94/1998F. Ottawa, 1998.
47. Strathdee, S.A. and Schechter, M.T. *The Epidemiology of AIDS in Canada.* Practical Allergy and Immunology, 1995, 10 (5): 172-178.
48. Albert, T. and Williams, G. *Le fardeau économique du VIH/sida au Canada.* Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Étude de cas No H02. 1998.
49. Santé Canada, *Estimations de la prévalence et de l'incidence nationales du VIH pour 1999: il n'y a pas d'évidence de baisse de l'incidence globale.* Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida. novembre 2000. Voir aussi www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat.html.
50. Santé Canada/Statistique Canada. *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne, Chapitre 71 "VIH/TB/sida".* Rapport préparé par le Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population. Ministère des Travaux Publics et des Services gouvernementaux Canada. Catalogue Numéro H39-467/1999F. Ottawa, 1999.
51. Santé Canada. *Le VIH/sida chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada.* Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida. Mai 1999.
52. Alary, M., *SURV-IDU Study.* Compte rendu de la septième réunion annuelle de l'épidémiologie du VIH, Hull, Québec, novembre 1998, pp. 16-22.
53. O'Shaughnessy, M., *Vancouver Injection Drug Users Study.* Compte rendu de la septième réunion annuelle de l'épidémiologie du VIH, Hull, Québec, novembre 1998, pp. 32-33.
54. Blanchard, J., Elliott, L., Dinner, K., et al. *The Winnipeg Injection Drug Epidemiology (WIDE) Study.* Présenté à la réunion annuelle de l'Association canadienne de santé publique, Winnipeg, juin 1999.
55. Santé Canada. *Compte rendu de la troisième réunion annuelle autochtone de surveillance et de recherche sur le VIH/sida.* Montréal, 29-30 mai 1998.
56. Santé Canada. *Compte rendu de la septième réunion annuelle sur l'épidémiologie du VIH.* Hull, 29-30 mai, 1998.
57. Santé Canada. *Le VIH et le sida chez les peuples autochtones du Canada.* Actualités d'épidémiologie sur le VIH/sida, mai 1999 et avril 2000.
58. Santé Canada. *Recherche sur le VIH/sida chez les peuples autochtones: Un document de base.* Ministère des Travaux Publics et des Services gouvernementaux Canada, Catalogue Numéro H34-94/1998F. 1998.

59. Jürgens, R. *VIH/sida et prisons: rapport final*. Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, septembre 1996. (Réimpression de mars 1998.)
60. Réseau juridique canadien sur le VIH/sida. *Le VIH/sida et l'hépatite C dans les prisons: Les faits*. Feuillet d'information. Numéro 1, 1999.
61. Jürgens, R. *VIH/sida et prisons: rapport final*. Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, septembre 1996. (Réimpression de mars 1998.)
62. Ford, P., Pearson, M., Stevenson, T., et al. *Risk Behaviour in a Canadian Federal Penitentiary - Association with Hepatitis C and HIV Seroprevalence*. Canadian Journal of Infectious Diseases, 10, Supplément B pour le huitième conférence canadien sur le VIH/sida, Résumés. Résumé C385p, p. 65B. 1999.
63. Santé Canada. *Le VIH et le sida au Canada, Rapport de surveillance au 31 décembre 2000*. Ministre des Travaux Publics et des Services gouvernementaux Canada, Ottawa, avril 2001.
64. Dalloo, A., Archibald, C., Yan, P., et al. *Trends in ethnicity of AIDS cases in Canada: Aboriginal proportion of cases on the rise*. Canadian Journal of Infectious Diseases (11) Supplément.B, mars/avril 2000, p. 57B.
65. Santé Canada. *Le VIH et le sida au Canada, Rapport de surveillance au 31 décembre 2000*. Ministre des Travaux Publics et des Services gouvernementaux Canada, Ottawa, avril 2001. Voir aussi <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/aids-sida/haic-vsac00/index.html>.
66. OMS. *La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève. OMS.
67. Santé Canada. *Pour un avenir en santé: Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*. Ministre des Travaux Publics et des Services gouvernementaux Canada, Numéro de Catalogue: H39-468/1999F, Ottawa, 1999.
68. Nguyen, M. *Inventory of HIV Incidence and Prevalence Studies in Canada*. Santé Canada, LLCM. avril 1999.
69. Houston, S. *Comportements à risque à l'égard du VIH chez les Canadiens: Examen et synthèse*. Division de l'épidémiologie du VIH, LLCM, Santé Canada, novembre 1998.
70. Santé Canada. *Compte rendu de la septième réunion annuelle sur l'épidémiologie du VIH*. Hull, 12-14 novembre 1998.
71. Strathdee, S. *Social Determinants Related to the Risk of HIV Infection and Progression to AIDS*. Clarion, 4 (1): p. 2-4. 1997
72. Echenberg, H. *Personal Transfers: Analysis of CAS Income Security Data and Policy Implications*. Document de référence préparé pour les Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, 1997.

73. Low-Beer, S., Weber, A.E., Bartholomew, K., et al. *A Demographic and Health Profile of HIV-positive Gay and Bisexual Men in the West End of Vancouver*. Canadian Journal of Infectious Diseases, 10, Supplément B pour la huitième conférence canadienne sur le VIH/sida, Résumés. Résumé C374, p. 62B. 1999.
74. Heath, K.V., Miller, M.L., Martindale, S.L., et al. *Risk Factors for HIV Infection among Young Aboriginal and Non-Aboriginal Men who have Sex with Men*. Canadian Journal of Infectious Diseases, 10, Supplément B pour la huitième conférence canadienne sur le VIH/sida, Résumés. Résumé C340, p. 53B. 1999.
75. Myers, T., Ennis, M., Calzavara, L., et al. *The Influence of Age and Education on Unsafe Sexual Practices of Men who have Sex with Men: An Analysis of Three Surveys*. Canadian Journal of Infectious Diseases, 10, Supplément B pour la huitième conférence canadienne sur le VIH/sida, Résumés. Résumé C317, p. 47B. 1999.
76. Braitstein, P., Weber, A., Low-Beer, S., et al. *Patterns of childhood sexual abuse among HIV seropositive women in British Columbia, Canada*. Canadian Journal of Infectious Diseases (11) Supplément B, mars/avril 2000, p. 69B.
77. Schilder, A., Craib, K., Goldstone, I., et al. *Levels of childhood sexual abuse and assault among sub-groups of persons with HIV in BC*. Canadian Journal of Infectious Diseases (11) Supplément B, mars/avril 2000, p. 69B.
78. Anis, A., Guh, D., Skippen, D., et al. *Lack of housing stability is a barrier to optimal care of HIV/AIDS patients*. Canadian Journal of Infectious Diseases (11), Supplément B, mars/avril 2000, p. 71B.
79. Muller, J., Palepu, A., Miller, C., et al. *Factors Associated with Poor Self-reported Health Status in the VIDUS Cohort*. Canadian Journal of Infectious Diseases, 10, Supplément B pour la huitième conférence canadienne sur le VIH/sida, Résumés. Résumé C330, p. 50B. 1999.
80. Weber, A., Craib, K.J.P., Palepu, A., et al. *A Descriptive Study of Female Sex Workers Enrolled in a Prospective Cohort Study of Injection Drug Users*. Canadian Journal of Infectious Diseases, 10, Supplément B pour la huitième conférence canadienne sur le VIH/sida, Résumés. Résumé C331, p. 51B. 1999.
81. Hanvelt, R.A., Schneider, D., Copley, T., et al. *Variations in Antiretroviral Drug Use Patterns Between Groups of Persons Living with HIV, Controlled for Disease Staging in Vancouver, Canada*. Canadian Journal of Infectious Diseases, 10, Supplément B pour la huitième conférence canadienne sur le VIH/sida, Résumés. Résumé C375p, p. 62B. 1999.
82. Goldstone, I.L., Perry, T., Hogg, R.S., et al. *HIV Injection Drug Users at a Tertiary Treatment Centre in Vancouver, 1996-98*. Canadian Journal of Infectious Diseases, 10, Supplément B pour la huitième conférence canadienne sur le VIH/sida, Résumés. Résumé C371p, p. 61B. 1999.

83. Schilder, A., Craib, K., O'Toole, M., et al. *What are the factors associated with incarceration among HIV+ persons.* *Canadian Journal of Infectious Diseases* (11), Suppl. B, mars/avril 2000, p. 69B.
84. Nguyen, M., Calder, P., Elliott, L., et al. *Demographic Characteristics and Drug Using Behaviours among Aboriginal Injection Drug Users in Canada.* *Canadian Journal of Infectious Diseases*, 10, Supplément B pour la huitième conférence canadienne sur le VIH/sida, Résumés. Résumé C342, p. 54B. 1999.
85. McLeod, A. and Albert, D. *Canadian Aboriginal AIDS Network (CAAN) Harm Reduction Model. Compte rendu de la troisième réunion annuelle sur la surveillance et la recherche relatives au VIH/sida chez les Autochtones* (Montréal, les 29 et 30 mai 1999), p. 34-36.
86. Heath, K., Strathdee, S.A., Palepu, A., et al. *Determinants of HIV Infection in a Cohort of Native Canadian Injection Drug Users.* *Canadian Journal of Infectious Diseases*, 6, Supplément B pour la huitième conférence canadienne sur le VIH/sida, Résumés. Résumé 208, p.30A. 1998
87. Mill, J.E. *HIV Risk Behaviours Become Survival Techniques for Aboriginal Women.* *Western Journal of Nursing Research*. 19 (4): 466-87. 1997.
88. Heath, K., Chan, K., Schechter, M.T., et al. *Aboriginal Participants in an HIV/AIDS Drug Treatment Program.* *Canadian Journal of Infectious Diseases*, 10, Supplément B pour la huitième conférence canadienne sur le VIH/sida, Résumés. Résumé C341, p. 54B. 1999.
89. Chan, K., Bartholomew, K., Landolt, M., Oram, D., et al. *Improvements in Gay and Bisexual Life Expectancy Attributed to the Use of Newer Antiretroviral Regimens.* *Canadian Journal of Infectious Diseases*, 10, Supplément B pour la huitième conférence canadienne sur le VIH/sida, Résumés. Résumé C319, p. 48B. 1999.
90. Yip, B., Wood, E., Chan, K., Montaner, J.S.G., et al. *Medical Service Costs Decline with the Advent of Newer Antiretroviral Therapy among Persons in a Province-wide Treatment Program.* *Canadian Journal of Infectious Diseases*, 10, Supplément B pour la huitième conférence canadienne sur le VIH/sida, Résumés. Résumé C302, p. 42B. 1999.
91. Wood, E., Low-Beer, S., Yip, B., O'Shaughnessy, M.V., et al. *Mortality Decline among Persons on Antiretrovirals Accompanied by Improvements in Employment and Health Status.* *Canadian Journal of Infectious Diseases*, 10, Supplément B pour la huitième conférence canadienne sur le VIH/sida, Résumés. Résumé C337, p. 53B. 1999.
92. Low-Beer, S., Chan, K., Yip, B., Craib, K.J.P., et al. *Improved Quality of Life Accompanies Initiation of Protease Inhibitors among HIV-positive Individuals.* *Canadian Journal of Infectious Diseases*, 10, Supplément B pour la huitième conférence canadienne sur le VIH/sida, Résumés. Résumé C382P, p. 64B. 1999.
93. Wood, E., Low-Beer, S., Yip, B., O'Shaughnessy, M.V., et al. *Mortality Decline among Persons on Antiretrovirals Accompanied by Improvements in Employment and Health Status.* *Canadian Journal of Infectious Diseases*, 10, Supplément B pour la huitième conférence canadienne sur le VIH/sida, Résumés. Résumé C337, p. 53B. 1999.

94. Low-Ber, S., Chan, K., Yip, B., Craib, K.J.P., et al. *Improved Quality of Life Accompanies Initiation of Protease Inhibitors among HIV-positive Individuals*. Canadian Journal of Infectious Diseases, 10, Supplément B pour la huitième conférence canadienne sur le VIH/sida, Résumés. Résumé C382P, p. 64B. 1999.
95. Société canadienne du sida. *La force de changement: Participation à la main d'oeuvre pour les gens vivant avec le VIH/sida*. Ottawa, 1998.
96. Dixon, S. Return-to-work? *The experience of people living with HIV/AIDS*. Canadian Journal of Infectious Diseases (11) Supplément B, mars/avril 2000, p. 71B.