

LES FEMMES ET LE VIH*

Marene Gatali, M.Sc.S., B.Sc.A., Chris Archibald, MDCM, M.Sc.C., FRCPC (Santé Canada)

Aperçu

L'épidémie de VIH et de SIDA dans les pays industrialisés a changé depuis les premières manifestations qui touchaient principalement les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes : celle qui sévit actuellement atteint de plus en plus d'autres groupes comme les utilisateurs de drogues injectables (UDI) et les hétérosexuels. À la suite de ce changement, le nombre et le pourcentage des femmes qui ont le VIH et le SIDA augmentent. Les femmes infectées par le VIH peuvent en outre le transmettre à leur nouveau-né.

Même si le VIH/SIDA atteint à la fois les hommes et les femmes, celles-ci sont plus vulnérables pour des raisons biologiques, épidémiologiques et sociales. Les conditions sociales et les situations plus générales qui attisent l'épidémie de VIH comme la marginalisation, la pauvreté et, plus particulièrement, la répartition inégale du pouvoir entre les sexes, rendent les femmes plus vulnérables à l'infection par le VIH.

Le VIH se manifeste différemment chez les femmes et les hommes, surtout en ce qui a trait aux premiers symptômes et aux infections opportunistes ultérieures. Les infections gynécologiques répétitives et persistantes peuvent constituer la première manifestation clinique de la présence du VIH chez une femme infectée, et ces phénomènes peuvent se manifester rapidement au début de l'infection. Les premières manifestations courantes de l'infection par le VIH chez les femmes sont une candidiase vaginale répétitive ou persistante (infections à levure), des changements au niveau des menstruations, la maladie pelvienne inflammatoire, les infections par le papillomavirus, les anomalies au niveau du col et le cancer du col. [1, 6]

* Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de l'Initiative sur la santé de la population canadienne, de l'Institute canadien d'information sur la santé ou de Santé Canada.



Les deux principales voies par lesquelles les femmes adultes sont infectées par le VIH sont l'utilisation de drogues injectables et le contact hétérosexuel avec un partenaire infecté par le VIH ou un partenaire à risque d'infection. Les femmes qui font le commerce du sexe, celles qui s'injectent des drogues et celles dont le partenaire consomme des drogues injectables sont plus à risque d'infection par le VIH. Le contact hétérosexuel est le principal facteur de risque d'infection par le VIH chez les femmes du monde entier.

Au 31 décembre 2001, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estimait que 17,6 millions de femmes vivaient avec le VIH, total qui représente 47,3 % du nombre estimatif d'adultes vivant avec une infection par le VIH dans le monde. [1] Ce pourcentage a grimpé de façon spectaculaire par rapport à il y a 20 ans, lorsqu'on a constaté l'existence de l'épidémie de SIDA. De nouvelles données probantes indiquent une montée des taux d'infection par le VIH chez les femmes de l'Amérique du Nord, de certaines régions de l'Europe et de l'Australie. Les pratiques sexuelles non sécuritaires et l'utilisation de drogues injectables propulsent ces épidémies qui dévient vers des collectivités plus vulnérables. Dans beaucoup de régions du monde, les jeunes femmes désavantagées sont infectées par le VIH beaucoup plus que leurs homologues de sexe masculin. [1, 2]

Des estimations récentes indiquent que le nombre de femmes vivant avec le VIH au Canada, y compris celles qui ont le SIDA, continue d'augmenter. À la fin de 1999, on calculait que 6 800 femmes vivaient avec le VIH, augmentation de 48,0 % par rapport à l'estimation de 1996 qui en établissait le total à 4 600. [4] Sur une base annualisée, les femmes représentent un pourcentage croissant des sujets dont le test de dépistage du VIH donne un résultat positif et dont l'âge et le sexe sont connus chez les adultes du Canada. Ce pourcentage est passé de 10,7 % au cours de la période de 1985 à 1995 à 22 % en 1998 et à 25 % en 2001. [3]

Cette section passe en revue les données de surveillance et d'autres publications épidémiologiques afin de présenter un aperçu du VIH et du SIDA chez les femmes au Canada. On examinera en outre la situation au Canada dans le contexte de données provenant d'autres pays industrialisés.

Méthodes

Le SIDA est un diagnostic clinique posé par un médecin et les cas sont signalés aux dirigeants provinciaux ou territoriaux et ensuite, à l'échelon national, au Centre de prévention et le contrôle des maladies infectieuses (CPCMI) de Santé Canada. L'infection par le VIH est un diagnostic posé à la suite d'un test de laboratoire qui donne des résultats positifs chez une personne qui demande à se soumettre à un test de dépistage du VIH ou à qui son prestataire de soins de santé recommande de se soumettre à un tel test. Les données de surveillance présentées ici sont tirées de cas signalés de VIH qui ont donné un résultat positif aux tests de dépistage du VIH au Canada. On a effectué dans les bases de données MEDLINE, AIDSLINE et EMBASE une recherche à compter de 1996 pour y repérer les études pertinentes en anglais et l'on a aussi analysé les sites Web de l'OMS et d'ONUSIDA pour réunir de l'information supplémentaire sur les cas et les tendances de VIH/SIDA à l'échelle universelle. Outre ces bases de données, on a analysé aussi des études de recherche et des abrégés de conférences pertinents disponibles au CPCMI.

Résultats

Cas de SIDA déclarés

Au Canada, sur les 17 810 cas cumulatifs de SIDA chez les adultes déclarés au CPCMI au 31 décembre 2001, on en a recensé 1 403 chez les femmes adultes (7,8 %). [5] Le pourcentage des femmes parmi les cas de SIDA chez les adultes dont l'âge et le sexe sont connus a augmenté au fil du temps pour passer de 5,6 % avant 1992 à 8,3 % en 1995 et atteindre un sommet de 15,1 % en 2001. [3]

Résultats positifs déclarés de tests de dépistage du VIH

Les données provenant des programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du VIH indiquent que l'on a recensé au total 5 956 résultats positifs de tests de dépistage du VIH chez les femmes adultes dont on connaissait l'âge au 31 décembre 2001. Le pourcentage des résultats positifs de tests de dépistage du VIH recensés chez les femmes a augmenté au fil du temps pour passer de 10,7 % au cours de la période de 1985 à 1995 à presque 25 % entre janvier 1999 et le 31 décembre 2001. Ce pourcentage varie considérablement en fonction de l'âge et est le plus élevé chez les adolescents et les jeunes adultes. Le pourcentage des femmes parmi les sujets dont le test de dépistage du VIH a produit un résultat positif chez les 15 à 29 ans a augmenté régulièrement pour passer de 14,6 % au cours de la période de 1985 à 1995 à 44,5 % en 2001. [5] Les tendances chez les femmes plus âgées (30 ans et plus) montrent de légères augmentations seulement au fil du temps (figure 1). À noter qu'il faut toujours analyser les pourcentages de concert avec les chiffres absolus correspondants (tableau 5). Le nombre annuel de résultats de test déclarés chez les femmes de 15 à 29 ans a augmenté graduellement au fil du temps, alors qu'il diminuait chez les hommes.

Comme le nombre de résultats positifs produits par les tests de dépistage du VIH ne constitue pas une estimation directe du nombre annuel des infections (voir Limites des données), le CPCMI utilise de l'information tirée de rapports de cas sur le SIDA, de bases de données provinciales et territoriales sur les tests de dépistage du VIH, de sondages représentatifs, d'études épidémiologiques ciblées et de données du recensement pour en estimer l'incidence réelle. Depuis les années 80, le pourcentage estimatif de nouveaux cas d'infections par le VIH chez les femmes a augmenté. En 1999, sur les 4 190 nouveaux cas estimatifs d'infection par le VIH, on en avait recensé 920 (21,9 %) chez les femmes. [4]



Facteurs de risque

Chez les femmes du Canada, les principales catégories d'exposition sont les contacts hétérosexuels et l'utilisation de drogues injectables, qui ont causé ensemble 95,1 % des nouveaux cas diagnostiqués d'infection par le VIH en 2001, pourcentage en hausse par rapport aux 82,7 % de la période de 1985 à 1995. Au fil du temps, la proportion des tests de dépistage du VIH qui a produit des résultats positifs attribuables aux contacts hétérosexuels a augmenté légèrement, tandis que ceux qu'on a attribués à l'utilisation de drogues injectables diminuaient (figure 2). Ces tendances se reflètent aussi dans le nombre absolu de cas dans chaque catégorie (tableau 6). Le contact hétérosexuel constitue maintenant le principal facteur de risque d'infection par le VIH chez les femmes : il représente 63 % des cas nouvellement diagnostiqués d'infection par le VIH chez les femmes adultes du Canada en 2001. [5]

Contact hétérosexuel

Dans les données canadiennes de surveillance du VIH/SIDA, la catégorie contact hétérosexuel inclut les personnes qui ont signalé que les contacts hétérosexuels étaient la source la plus probable de l'infection. Il pourrait s'agir de contacts sexuels avec une personne infectée par le VIH ou à risque accru d'infection par le VIH, comme un utilisateur de drogues injectables, un homme bisexuel ou une personne provenant d'un pays où le VIH est endémique.

Le pourcentage des femmes infectées par le VIH à la suite d'une exposition hétérosexuelle a augmenté régulièrement pour passer de 46,5 % en 1985-1995 à 63,5 % en 2001. [5] Sur les cas signalés de VIH d'origine hétérosexuelle, on estime que 44 % sont attribuables au contact sexuel avec un utilisateur de drogues injectables. Si l'on extrapole ces chiffres pour les appliquer à toutes les nouvelles infections chez les femmes, on estime que 20 % des cas sont reliés au contact hétérosexuel avec un partenaire UDI, comparativement à 5 % des nouvelles infections chez les hommes. Les femmes qui ne consomment pas de drogues injectables et sont des partenaires sexuelles d'hommes UDI constituent par conséquent un élément important de l'épidémie de VIH au Canada. [7] La transmission hétérosexuelle du VIH se produit le plus souvent à la suite de rapports sexuels répétés avec une ou des personnes infectées par le VIH. Il y a toutefois d'autres facteurs qui peuvent rendre une femme plus vulnérable à l'infection par le VIH, comme les relations sexuelles anales, les infections transmises sexuellement (p. ex. gonorrhée, herpès génital, chlamydia), une inflammation coexistante du tractus génital, des ulcères ou une abrasion, des relations sexuelles causant un traumatisme (p. ex., saignement vaginal pendant les relations), les méthodes contraceptives et les relations sexuelles pendant les menstruations. [2, 3]

Il y a longtemps que l'on considère les relations anales réceptives comme un solide prédicteur de transmission du VIH entre des partenaires sexuels de sexe masculin. On discute toutefois rarement de cette pratique sexuelle comme facteur primaire de transmission hétérosexuelle même si des études démontrent que les relations anales sont plus risquées que les relations vaginales. [8]

Les données limitées semblent indiquer que le VIH est moins courant chez les lesbiennes que chez les hétérosexuelles. [9, 10]

Utilisation de drogues injectables

Au Canada, le pourcentage des cas de SIDA chez les adultes, que l'on attribue à l'UDI a augmenté régulièrement pour passer de 17,8 % avant 1996 à 26,6 % en 1996 et 34,9 % en 2000. [5] On établit un lien direct ou indirect entre les trois quarts des nouvelles infections par le VIH chez les femmes et l'utilisation de drogues injectables. [7] Outre l'exposition sexuelle par des partenaires UDI et le commerce du sexe en échange de drogues ou d'argent, les femmes peuvent être exposées à la suite de leur propre consommation de drogue, en partageant des aiguilles et d'autre matériel de consommation de drogues comme les seringues, les boules de ouate et les cuillers. Le partage d'aiguilles représente le plus grand de tous ces risques.

Dans le contexte d'une étude réalisée à Ottawa, on a signalé que 30 % des femmes UDI avaient partagé des aiguilles au cours des six mois précédents. [11] Certaines études ont montré que les relations avec leur partenaire masculin régulier ont énormément d'effet sur le partage des aiguilles et d'autres comportements liés à l'injection de drogues. Les femmes UDI sont moins susceptibles que les hommes de s'injecter des drogues seules, mais elles sont plus susceptibles d'avoir un partenaire sexuel UDI. Les femmes ont signalé plus souvent que les hommes qu'elles partageaient des aiguilles avec leur partenaire régulier et se faisaient injecter des drogues par leur partenaire. [12, 14]

On a signalé que l'incidence du VIH était plus élevée chez les femmes UDI que chez les hommes UDI. [15, 16] À la suite d'une étude réalisée récemment à Vancouver, on a estimé que le taux d'incidence du VIH chez les femmes UDI dépassait d'environ 40 % celui des consommateurs masculins. [15] L'échange de relations sexuelles non protégées contre de l'argent et des drogues constitue un risque supplémentaire chez les femmes UDI. Dans le contexte de l'étude sur l'utilisation de drogues injectables réalisée à Vancouver, 437 des 1 293 participants étaient des femmes, dont 318 (73 %) se sont identifiées comme travailleuses du sexe. [16] Cette étude a révélé que chez les UDI qui étaient travailleuses du sexe à Vancouver au cours de 1999-2000, la prévalence du VIH s'établissait à 36,8 %, tandis qu'au cours de la même année, elle atteignait 10,5 % à Montréal. [16, 17]

Des études révèlent que les mécanismes qui compromettent les injections chez les femmes et leur sécurité sexuelle sont liés intimement et de façon inextricable à des antécédents caractérisés par la violence affective, sexuelle et physique. Pour les femmes, les abus sexuels ou physiques antérieurs peuvent constituer un facteur prédisposant à l'utilisation de drogues. On a constaté que la prévalence de l'abus de drogues ou de la dépendance de celles-ci était quatre fois plus élevée chez les femmes déjà victimes d'agressions sexuelles que chez les autres femmes. [14]

Sous-groupes vulnérables

Jeunes femmes

La proportion des femmes chez les sujets dont le test de dépistage du VIH donne un résultat positif varie énormément selon l'âge et atteint son point culminant chez les adolescentes et les jeunes adultes. En 2001, les femmes ont produit 44,5 % de tous les résultats positifs de tests de dépistage du VIH chez les 15 à 29 ans au Canada, contre 41 % en 2000. [5] Le pourcentage des hommes adultes chez les sujets dont le test de dépistage du VIH a produit un résultat positif déclaré sont les plus élevés dans les groupes plus âgés (figure 3).

Les données limitées disponibles au sujet de ce groupe indiquent que les jeunes femmes ont des comportements qui les exposent davantage au risque d'infection par le VIH. L'enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997 a révélé que 25,6 % des participantes chez les 15 à 19 ans ont déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels à 15 ans comparativement à 20 % des hommes du même groupe d'âge. Chez les répondants célibataires qui avaient de l'expérience sexuelle, 22 % des femmes âgées de 15 à 24 ans ont déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 mois précédents. [17]



La recherche indique que beaucoup de jeunes du Canada ont des rapports sexuels non protégés. L'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995 a révélé que chez les personnes sexuellement actives âgées de 15 à 19 ans, 51 % des femmes comparativement à 29 % des hommes ont déclaré n'avoir jamais utilisé de préservatif ou l'avoir utilisé à quelques reprises seulement au cours de l'année précédente. Chez les 20 à 24 ans, les pourcentages correspondants s'établissaient à 53 % et 44 %. Le taux de grossesses chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans au Canada s'établissait à 42,7/1 000 en 1997 et le taux d'avortements, à 21,5/1 000 femmes. En 2000, l'incidence déclarée de chlamydia et de gonorrhée était la plus élevée chez les femmes de 15 à 19 ans, à 1 236 et 96,4 par 100 000 femmes respectivement. [18] Une étude portant sur les jeunes itinérants de Montréal a révélé que parmi les participants sexuellement actifs, presque la moitié des jeunes filles (47 %) avaient été enceintes. On a aussi constaté que 41 % des jeunes filles comparativement à 22 % des jeunes garçons ont déclaré avoir eu au moins une infection transmise sexuellement. [18] Les taux différents de comportements sexuels risqués et, par conséquent, de maladies transmises sexuellement entre jeunes femmes et hommes peuvent être attribués en partie à la relation de « pouvoir » qui existe à l'intérieur d'une relation d'intimité. Le pouvoir dans une relation a un effet sur la capacité de la femme de prendre des mesures pour réduire au minimum le risque d'infection par le VIH, notamment en négociant le port du préservatif ou le type d'activité sexuelle à laquelle elle participe.

À cause de la synergie entre l'infection par le VIH et d'autres infections à MTS, la présence d'autres MTS accroît l'efficacité de la transmission du VIH et aggrave la vulnérabilité à l'infection. [2]

Outre le risque sexuel, les jeunes femmes sont aussi à risque à cause de l'utilisation de drogues injectables. Une étude réalisée en 1998 à Winnipeg sur les UDI a révélé que la prévalence du VIH était plus élevée chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes de 20 à 24 ans, à 12,1 % contre 8,3 %. [20]

Détenues

Les détenues sont à risque de transmission du VIH à la suite de l'utilisation de drogues injectables et aussi à cause de comportements sexuels risqués. La disponibilité extrêmement limitée de matériel d'injection stérile peut alourdir le partage des aiguilles et d'autre matériel d'injection dans les prisons et les centres de détention. Deux études réalisées dans des prisons du Québec ont signalé un taux général de prévalence du VIH plus élevé chez les femmes que chez les hommes (9,8 % contre 3,6 % dans un cas et 7,6 % contre 2,2 % dans l'autre), ainsi que des taux d'UDI plus élevés chez les femmes que chez les hommes (16 % contre 7,7 % et 15,6 % contre 8,5 %). [21, 22] Les deux études ont en outre révélé que la séropositivité pour le VIH chez les détenues était reliée à la prostitution et au contact avec un partenaire infecté par le VIH, que ce soit sous forme de rapports sexuels ou d'utilisation de drogues injectables.

Il importe de signaler que les taux plus élevés d'infection par le VIH chez les femmes signalés ici peuvent inclure des infections acquises avant l'incarcération et non nécessairement en prison. Les conditions sociales qui rendent les femmes plus vulnérables à l'incarcération comprennent certains des facteurs qui les exposent davantage à l'infection par le VIH.

Groupes ethniques

Il y a relativement peu d'études sur le VIH/SIDA au Canada qui ont tenu compte de l'origine ethnique. Depuis le début de l'épidémie de SIDA en 1982, 85 % de tous les cas de SIDA déclarés ont inclus de l'information sur l'origine ethnique des personnes en cause. [5, 22] Dans l'ensemble, les Autochtones et les Noirs sont surreprésentés chez les cas de SIDA déclarés au Canada. La proportion des femmes parmi le total cumulatif des cas de SIDA est plus élevée chez les Autochtones que chez les non-Autochtones (23,4 % contre 8,0 %). Parmi les cas de SIDA déclarés chez les femmes autochtones pour lesquelles l'exposition est connue, l'utilisation de drogues injectables constituait le facteur de risque dans 64,9 % des cas et les contacts hétérosexuels, dans 30,9 %. [5, 24]

Dans le cas des résultats positifs déclarés de tests de dépistage du VIH, les données sur l'origine ethnique sont disponibles depuis 1998 seulement et pour quelques provinces et territoires. Les femmes obtiennent environ la moitié des résultats positifs de tests de dépistage du VIH déclarés chez les Autochtones (45,6 %) et chez les Noirs (50 %) comparativement à 16 % dans la population blanche [23, 24] (figure 4).

Il y a très peu de données sur les taux de prévalence et de séroconversion du VIH chez les immigrantes ou chez les femmes provenant de pays où le VIH est endémique. Dans le contexte d'une de ces études, on a constaté que les taux de prévalence du VIH chez les immigrantes étaient légèrement plus élevés que chez les femmes d'origine canadienne et celles qui sont originaires de pays où le VIH n'est pas endémique. [25] Les femmes provenant de pays où le VIH est endémique sont plus vulnérables au VIH à cause de leur exposition probable par contact hétérosexuel et de leur exposition possible à du sang, des produits du sang ou du matériel médical contaminés dans leur pays d'origine. Une étude portant sur des femmes qui ont subi un avortement à Montréal de 1989 à juin 2000 a révélé que les femmes originaires d'un pays où le VIH est endémique ont produit 85 % des résultats de test positifs observés. Le taux de prévalence du VIH chez les femmes originaires de Haïti s'établissait à 1,97 % comparativement à 0,50 % chez celles qui étaient originaires de pays autres que Haïti où le VIH est endémique, contre 0,06 % chez les femmes nées au Canada et dans d'autres pays où le VIH n'est pas endémique. [26] Dans le contexte d'une étude semblable portant sur la période de 1989 à 1999, les facteurs reconnus de risques d'infection par le VIH incluaient le fait d'être originaire de Haïti, d'avoir eu des rapports sexuels avec un homme à risque d'infection par le VIH, d'avoir reçu une transfusion de sang et d'utiliser des drogues injectables. [27]

Femmes enceintes

Le taux d'infection par le VIH chez les femmes enceintes préoccupe énormément à cause de la possibilité de transmission au fœtus. Au cours de la dernière décennie, le nombre de nouveau-nés de mères infectées par le VIH (nourrissons exposés au VIH) est passé de 56 en 1991 à 138 en 2001. [5] Sur le total déclaré de 1 384 nouveau-nés exposés au VIH par leur mère entre 1984 et 2001, on a confirmé 375 cas positifs d'infection par le VIH. Dans 56 autres cas, la séropositivité est indéterminée et les sujets sont actuellement suivis (données provenant du *Canadian Pediatric AIDS Research Group*). [5]

Dans toutes les provinces du Canada, il appartient à la femme enceinte de décider de se soumettre ou non au test de dépistage du VIH. On a adopté des lignes directrices et des recommandations pour encourager la prestation de tests de dépistage du VIH après avoir obtenu le consentement éclairé de l'intéressée dans le cadre des tests prénataux de routine. Les données indiquent maintenant qu'un traitement antirétroviral peut réduire considérablement la transmission de la mère à l'enfant. [28, 29] Les taux de transmission du VIH aux nouveau-nés sans traitement sont estimés à quelque 24 %, total que le traitement peut réduire des trois quarts ou plus. [30] Une étude sur les tendances de l'utilisation des agents antirétroviraux au Canada a révélé que la monothérapie à la zidovudine réduisait de 4,8 % le taux de transmission périnatale du VIH et que la thérapie combinée le ramenait à 2,5 %. [28, 29]

Le pourcentage des femmes enceintes séropositives qui reçoivent une thérapie aux agents antirétroviraux au Canada est passé de 37 % en 1994 à 84 % en 1998. [29] Une analyse visant à calculer le nombre d'infections par le VIH chez les nouveau-nés qu'un programme de dépistage actif du VIH avant la naissance permettrait de prévenir au Canada chaque année a établi qu'un programme consistant à tester 90 % des futures mères permettrait de prévenir au total quelque 36 infections par le VIH (réduction de 65 %) chez les nouveau-nés chaque année au Canada. [30]



Dans les centres de pédiatrie du Canada où l'on a suivi des enfants et des mères infectés par le VIH entre 1995 et 1997, on a recensé 19 % (n = 259) de mères autochtones. En dépit du nombre élevé de mères autochtones reçues aux cliniques de dépistage du VIH et aux centres de pédiatrie, les données montrent que ces femmes sont aussi susceptibles de prendre une thérapie aux antirétroviraux (62 %) que les femmes noires (63 %) et blanches (66 %) enceintes. Cependant, 38 % des femmes autochtones et 27 % des femmes noires reçoivent une thérapie aux antirétroviraux vers la fin de la grossesse (au cours du troisième trimestre ou pendant l'accouchement) comparativement à 9 % des femmes blanches. [24]

Les études sur les femmes enceintes peuvent constituer une source importante d'information sur le taux du VIH dans la population hétérosexuelle en général. Les études sur la séroprévalence prénatale au Canada indiquent que le taux national d'infection par le VIH chez les femmes enceintes atteint environ 3 à 4 par 10 000. [6, 28] Les grandes régions métropolitaines affichent les taux les plus élevés : 4,7 par 10 000 à Vancouver contre 3,4 dans le reste de la Colombie-Britannique en 1994, [6] et 15,3 à Montréal contre 5,2 dans le reste de la province du Québec en 1990, [31] par exemple. Même les provinces qui n'ont pas de grandes régions métropolitaines affichent toutefois des taux importants : 4,1 par 10 000 au Nouveau-Brunswick pendant la période de 1994 à 1996, par exemple. [32]

Test de dépistage du VIH

Les tendances des tests de dépistage du VIH dans la population en général, ainsi que le profil des personnes qui se soumettent à un test, jouent un rôle important dans la conception et le ciblage de programmes d'intervention, ainsi que dans l'établissement d'un contexte pour les données de surveillance sur le VIH/SIDA. Il y a actuellement trois tests possibles de dépistage du VIH au Canada selon la province ou le territoire : test de dépistage du VIH anonyme, nominal/fondé sur un nom et non nominal/non identificateur. [33] La disponibilité de multiples options augmente les chances que les femmes se soumettent à un test. Les personnes qui présentent des facteurs de risque d'infection par le VIH sont plus susceptibles de s'être soumises à un test de dépistage du VIH que celles qui n'en présentent pas.

Si l'on diagnostique le VIH tard dans son évolution (longtemps après l'infection et peu avant l'apparition du SIDA), la personne en cause ne connaît pas son statut face au VIH pendant longtemps, sans oublier que la personne même et ses contacts sexuels ou UDI ne peuvent bénéficier du nouveau traitement contre le VIH et des conseils appropriés afin de réduire les comportements risqués possibles. Les données canadiennes sur la surveillance du SIDA indiquent qu'environ la moitié tant des hommes (50 %) que des femmes (54 %) se soumettent tard à un test de dépistage du VIH (VIH diagnostiqué moins de 12 mois avant qu'on diagnostique le SIDA). Les sujets d'origine canadienne étaient moins susceptibles de se soumettre tard à un test de dépistage (46 %) que ceux qui sont nés à l'étranger (65 %). Les membres des collectivités autochtone, asiatique et noire se soumettent tard à un test de dépistage beaucoup plus couramment (75,0 %, 68,2 %, 68,2 % respectivement) que les Blancs (45,2 %). Chez les femmes atteintes du SIDA, la transmission par contact hétérosexuel et le fait de ne présenter aucun risque identifié et de ne pas être Blanche étaient des prédicteurs indiquant qu'elles se soumettaient tard au test de dépistage de l'infection par le VIH. [34]

Données internationales

La tendance des infections par le VIH chez les femmes est aussi à la hausse dans le reste du monde industrialisé. Le chevauchement de l'utilisation de drogues injectables et des relations sexuelles hétérosexuelles semble propulser l'épidémie de VIH chez les femmes. [1] En Europe de l'Est, l'utilisation de drogues injectables est toutefois la principale cause des infections par le VIH. [35]

Aux États-Unis, on avait recensé 40 585 cas de VIH chez les femmes adultes et adolescentes en juin 2001, ce qui représente 39 % du total des cas d'infection par le VIH chez les adultes et les adolescents. [36] Les femmes afro-américaines présentent le taux le plus élevé de SIDA parmi les femmes de toutes les races ou de tous les groupes ethniques aux États-Unis et elles représentent aussi 67 % des cas de VIH chez les femmes. [36, 37] Une étude réalisée à Los Angeles a révélé que ces femmes avaient tendance à être sans travail (88 %), mères célibataires (64 %), à vivre de l'aide publique (86 %) et à avoir un revenu familial annuel de moins de 10 000 \$US (76 %), sans oublier des antécédents d'utilisation de crack (50 %). Comparativement aux femmes d'autres races qui ont le VIH et le SIDA, elles ont signalé avoir plus de partenaires sexuels (61 %), plus d'infections transmises sexuellement, avoir cherché à faire traiter leur infection par le VIH plus tard. Elles étaient aussi plus susceptibles de se livrer au commerce du sexe contre des drogues ou de l'argent. [38]

Au Royaume-Uni, dans certaines régions de l'Europe et en Australie, la tendance à la hausse du nombre d'infections par le VIH chez les femmes est attribuable principalement au contact hétérosexuel dans les pays où le VIH est endémique, ou avec des partenaires provenant de ces pays. Les migrantes provenant de pays où le VIH est endémique constituent le pourcentage le plus important de femmes infectées par le VIH dans ces pays. [35, 38, 39] Au Royaume-Uni, plus des trois quarts des infections par le VIH découlant d'une exposition hétérosexuelle (9 077 sur 11 555) sont acquises à l'étranger, principalement en Afrique. Parallèlement à la montée du nombre de femmes infectées par le VIH à la suite de contacts hétérosexuels, le nombre de diagnostics posés chez les femmes a augmenté au Royaume-Uni. Parmi toutes les infections nouvelles diagnostiquées en 1985-1986, le ratio homme: femme s'établissait à quelque 14:1, contre environ 2,5:1 en 1998-1999. [38, 40]

Au cours d'une étude portant sur les différences ethniques entre les femmes infectées par le VIH en Grande-Bretagne et en Irlande, les chercheurs ont constaté que les femmes noires avaient moins de partenaires sexuels (3) que leurs homologues blanches (7) et que la principale voie de transmission était le contact hétérosexuel dans le cas des femmes noires (93 %) et qu'il y avait combinaison de contacts hétérosexuels (43 %) et d'utilisation de drogues injectables (55 %) chez les femmes blanches. Ils ont aussi constaté que l'on a diagnostiqué l'infection à un stade beaucoup plus avancé chez les femmes noires. [41] Ces constatations justifient une recherche plus poussée sur les différences qui pourraient exister entre des groupes ethniques afin de planifier des interventions appropriées.

Discussion

En dépit de leurs limites, les données disponibles montrent une augmentation de la proportion des femmes chez les adultes au sujet desquels on déclare les résultats d'un test de dépistage du VIH au fil du temps. Ce pourcentage varie selon l'âge et il est plus élevé chez le groupe d'âge de 15 à 29 ans à la fois parmi les sujets qui se sont soumis à un test de dépistage du VIH et de SIDA diagnostiqué dont le résultat a été déclaré au Canada.

Ce document portait avant tout sur les facteurs épidémiologiques qui exposent davantage les femmes au risque d'infection par le VIH. Ces facteurs sont toutefois reliés à des facteurs sociaux dans la vie des femmes. Les résultats de recherche disponibles indiquent que chez les femmes, le risque d'être infectées par le VIH se pose dans le contexte de leurs relations interpersonnelles. Les comportements à risque d'infection par le VIH dans la collectivité de la femme en cause, les normes culturelles qui prescrivent son comportement dans le contexte des relations sexuelles et son pouvoir personnel dans celui de ses relations d'intimité caractérisent ce contexte social. Ces facteurs ont des répercussions sur la capacité des femmes d'agir pour réduire au minimum le risque d'infection par le VIH en négociant l'utilisation du préservatif ou le type d'activité sexuelle à laquelle elles participent. [42-44]

Le VIH semble poser un problème particulier chez certains sous-groupes de femmes : les détenues, les autochtones et les Noires. L'isolement et la marginalisation au sein de ces collectivités ethnoculturelles à cause de facteurs économiques et sociaux, les obstacles linguistiques, l'accès aux ressources et les attentes culturelles sont des facteurs de risque probables de transmission du VIH. [42, 44]



Limites des données

Il faut interpréter avec prudence les changements du nombre de résultats positifs déclarés de tests de dépistage du VIH, ainsi que les pourcentages et les tendances présentés dans ce rapport. Les données de surveillance découlant de résultats positifs de tests de dépistage du VIH ne constituent pas des estimations directes du nombre annuel de nouvelles infections par le VIH parce qu'un pourcentage seulement des sujets nouvellement infectés au cours d'une année donnée se soumettent à un test de dépistage du VIH au cours de la même année. De plus, les résultats positifs de tests de dépistage du VIH déclarés au cours d'une année donnée ne sont pas tous attribuables à des infections par le VIH qui se sont produites au cours de l'année en cause puisque beaucoup de personnes auront été infectées plusieurs années avant qu'un test de dépistage du VIH donne un premier résultat positif. [5] Les données sur les comportements à risque, spécialement chez les jeunes femmes, ne proviennent en outre pas de sondages récents et peuvent être périmées.

Répercussions et recommandations

Le VIH chez les femmes englobe de nombreuses facettes de leur vie et de leurs comportements. Pour réduire les répercussions de l'épidémie de VIH chez les femmes, des efforts s'imposeront sur plusieurs fronts :

- On a besoin de meilleures et de plus de recherches pour aborder les lacunes de données sur les comportements à risque, les modèles de test et l'incidence ainsi que la prévalence du VIH chez les femmes, particulièrement les sous-groupes tels que les femmes en prison, les jeunes femmes, les femmes autochtones, et les femmes de pays endémiques. Cette recherche doit porter notamment sur l'influence de facteurs contextuels plus généraux sur la vie des femmes et le risque d'infection par le VIH.
- La recherche à venir devrait inclure l'examen de l'influence des facteurs contextuels plus globaux sur la vie des femmes et leur risque d'avoir le VIH. Ces données aideront les individus à recevoir le counselling et le traitement appropriés, et assistera les autorités en matière de santé publique à mieux interpréter les données sur la surveillance.
- Il faut adapter des programmes et des messages de prévention aux contextes sociaux, culturels et économiques spécifiques, qui peuvent rendre les femmes plus vulnérables au VIH que les hommes.
- Les efforts de prévention doivent être selon le sexe et l'âge. Ils ne devraient pas cibler les comportements individuels seulement, mais aussi le contexte social et culturel dans lequel ces comportements ont lieu (p. ex. motiver plus les individus pour porter un préservatif et réduire les obstacles contextuels à leur utilisation).
- On a besoin d'interventions spécifiques pour soulever l'intersection de l'utilisation de drogues injectables et la transmission du VIH, incluant les femmes qui s'injectent et celles qui ne le font pas mais leurs partenaires sexuels le font. Chez les deux groupes de femmes, la violence, les rôles inégalement assignés entre les deux sexes et les différences de pouvoir sont d'importants éléments qui ont rapport avec le comportement à risque du VIH.
- Il faut mettre plus d'accent sur la prévention appropriée du VIH, le counselling et les tests, ainsi que les services thérapeutiques pour les jeunes femmes.

Références

1. Shah R, Bradbeer C. Women and HIV: revisited ten years on. *Int J STD AIDS* 2000;11(5):277-83.
2. Minkoff H, DeHovitz AJ, Duerr A. *HIV infection in women*. New York: Raven Press, 1995.
3. UNAIDS. *AIDS epidemic update, December 2001*. URL: <WWW.unaids.org>.
4. Geduld J, Archibald C. National trends of AIDS and HIV in Canada. *CCDR* 2000;26:193-201.
5. Health Canada. *HIV and AIDS in Canada: surveillance report to December 31, 2001*. Ottawa: Division of HIV/AIDS Epidemiology and Surveillance, CIDPC, PPHB, Health Canada, 2002.
6. Health Canada. *HIV and AIDS among women in Canada*, HIV/AIDS Epi Update. Ottawa: Division of HIV/AIDS Epidemiology and Surveillance, Centre for Infectious Disease Prevention and Control, Health Canada, 2002.
7. Archibald CP, Reid D, Geduld J. *Heterosexual transmission of HIV from injecting drug users to non-users: using surveillance data to estimate the magnitude*. Presented at the XIV International AIDS Conference, July 7-12, 2002, Barcelona. (Oral # TuOrC 1220a)
8. Misegades L, Page-Shafer K, Halperin D, McFarland W.; Young Women's Survey Study Investigators Group. Anal intercourse among young low-income women in California: an overlooked risk factor for HIV? *AIDS* 2001;15(4):534-5.
9. Health Canada. *Oral sex and risk of HIV transmission*. HIV/AIDS Epi Update. Ottawa: Division of HIV/AIDS Epidemiology and Surveillance, Centre for Infectious Disease Prevention and Control, Health Canada, 2002.
10. White CJ. HIV risk assessment and prevention in lesbians and women who have sex with women: practical information to clinicians. *Health Care Women Int* 1997;18:127-38.
11. Leonard L, Navarro X, Hankins C, Birkett N. Gender differences in sexual and injection practices among injection drug users in Ottawa. *Can J Infect Dis* 2001;12(suppl B):351P.
12. Bruneau J, Lamothe F, Soto J, Lachance N, Vincelette J, Vassal A et al. Sex-specific determinants of HIV infection among injection drug users in Montreal. *Can Med Assoc J* 2001;164(6):767-73.
13. Health Canada. *HIV/AIDS among injecting drug users in Canada*. HIV/AIDS Epi Update. Ottawa: Division of HIV/AIDS Epidemiology and Surveillance, Centre for Infectious Disease Prevention and Control, Health Canada, 2002.
14. Whynot EM. Women who use injection drugs: the social context of risk. *Can Med Assoc J* 1998;159(4):355-8.
15. Spittal PM, Craib KJP, Wood E, Laliberté N, Li K, Tyndall MW, O'Shaughnessy MV, Schechter MT. Risk factors for elevated HIV incidence rates among female injection drug users in Vancouver. *Can Med Assoc J* 2002;166(7):894-9.
16. Weber AE, Craib KJP, Currie S, Li K, O'Shaughnessy MV, Schechter MT. A descriptive study of female sex workers enrolled in a prospective cohort study of injection drug users. *Can J Infect Dis* 1999;10(suppl B):51B (Abstract C331).
17. Spittal PM, Bruneau J, Li K, Tyndall M, Bratstein P, Weber A, O'Shaughnessy MV, Schechter MT. A two-city comparison of HIV risk behaviours and service accessibility for women who exchange sex for money or drugs. *Can J Infect Dis* 2001;12 (suppl B):71B (Abstract 359P).
18. Health Canada. *HIV and AIDS among youth in Canada*. HIV/AIDS Epi Update. Ottawa: Division of HIV/AIDS Epidemiology and Surveillance, Centre for Infectious Disease Prevention and Control, Health Canada, 2002.
19. Roy E, Haley N, Leclerc P, Lemire N, Boivin J.F, Frappier J.Y, Claessens C. Prevalence of HIV infection and risk behaviours among Montreal street youth. *Int J STD AIDS* 2000;11(4):241-7.

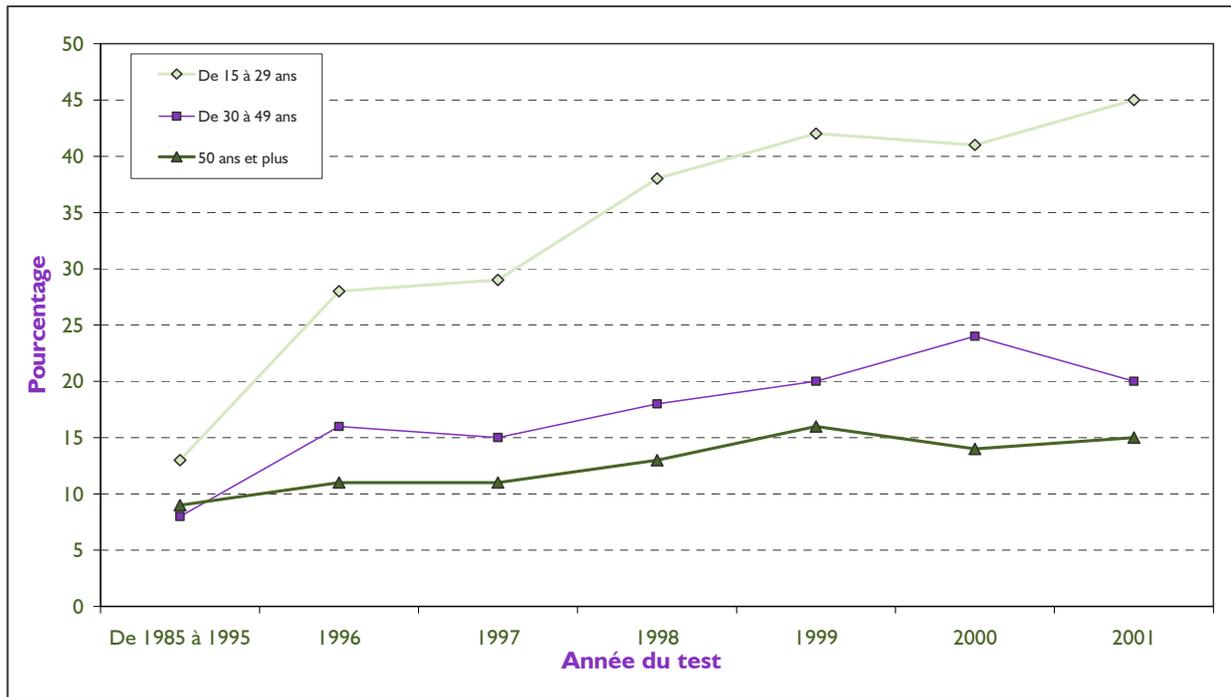


20. Elliott LJ, Blanchard JF, Dinner KI, Dadwood MR, Beaudoin C. The Winnipeg Injection Drug Epidemiology (WIDE) Study. *Can J Infect Dis* 1999;10:46B(Abstract 314).
21. Hankins C, Gendron S, Tran T, Lai-Tung MT, Paquette N, Jalbert M, Gomez B, Roy J. Prior risk factors for HIV infection and current risk behaviours among incarcerated men and women in medium-security correctional institutions Montreal. *Can J Infect Dis* 1995;6(suppl B)(Abstract).
22. Alary M. *Prevalence of HIV among inmates of a provincial prison in Quebec City*. Final report to the National Health Research and Development program, 1996.
23. Health Canada. *Ethnicity reporting for AIDS and HIV in Canada*. HIV/AIDS Epi Update. Ottawa: Division of HIV/AIDS Epidemiology and Surveillance, Centre for Infectious Disease Prevention and Control, Health Canada, 2002.
24. Health Canada. *HIV/AIDS among Aboriginal persons in Canada: a continuing concern*. HIV/AIDS Epi Update. Ottawa: Division of HIV/AIDS Epidemiology and Surveillance, Centre for Infectious Disease Prevention and Control, Health Canada, 2002.
25. Singer SM, Williams DG, Adrien A, Baxter J, Brabazon C, Leane V, Godin G, Maticka Tyndale E, Cappon P. Many voices—sociocultural results of the ethnocultural communities facing AIDS study in Canada. *Can J Public Health* 1996;87(Suppl 1):S26-32, S28-35.
26. Remis RS, Leclerc P, Palmer RWH, Eason LE, Gillett P. Increased HIV prevalence among women undergoing abortion in Montreal: evidence for increasing heterosexual transmission. Paper presented at the 10th Annual Conference on HIV/AIDS Research, May 2001, Toronto. *Can J Infect Dis* 2001;12(Suppl B):71B (Abstract 360P).
27. Remis RS, Leclerc P, Palmer RWH, Eason EL, Lebel F, Fauvel M. *HIV prevalence and incidence and reported risk factors among women undergoing abortion in Montreal*. Final report June 1998 to June 1999. Final report to the Division of HIV/AIDS Epidemiology and Surveillance, November 2000.
28. Health Canada. *Perinatal transmission of HIV*. HIV/AIDS Epi Update. Ottawa: Division of HIV/AIDS Epidemiology and Surveillance, Centre for Infectious Disease Prevention and Control, Health Canada, 2002.
29. Lapointe N, Forbes J, Singer J et al. Antiretroviral therapy in pregnant women in Canada: access and outcome 1995–1997. *Can J Infect Dis* 1998;9:70A(Abstract 449P).
30. Archibald CP, Farley J, Yan P, Sutherland J, Sutherland D. Estimating the impact of antenatal HIV testing in Canada: a lesson on the difference between efficacy and effectiveness. *Can J Infect Dis* 1999;10:43B (Abstract C304).
31. Hankins C, Hum L, Tran T et al. *HIV seroprevalence in women giving birth to live infants in Northern Quebec (1989–93)*. *Can J Infect Dis* 1995; 6(suppl B):39 (Abstract 314).
32. Getty G, Leighton P, Mureika R et al. NB antenatal seroprevalence study. *Can J Infect Dis* 1997;8:24A (Abstract 205).
33. Health Canada. *HIV infection reporting in Canada*. HIV/AIDS Epi Update. Ottawa: Division of HIV/AIDS Epidemiology and Surveillance, Centre for Infectious Disease Prevention and Control, Health Canada, 2002.
34. Geduld J, Archibald C. *Late diagnosis of HIV infection among AIDS cases in Canada*. Poster presented at the Annual Canadian HIV conference on HIV/AIDS Research, April 25-27, 2002, Winnipeg.
35. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. *HIV/AIDS surveillance in Europe. Mid-year report 2001*. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire, 2001, No. 65.
36. Centers for Disease Control and Prevention. *HIV/AIDS surveillance report*. 2001;13(1):10,13,14.

37. Wohl AR, Lu S, Sorvillo F, Pegues CF, Kerndt PR. Sociodemographic and behavioral characteristics of African-American women with HIV and AIDS in Los Angeles County, 1990–1997. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1998;19(4):413-20.
38. PHLS AIDS and STD Centre—Communicable Disease Surveillance Centre, and Scottish Centre for Infection & Environmental Health. *HIV and AIDS in the UK: an epidemiological review*. 2000.
39. National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research. *HIV/AIDS, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia Annual Surveillance Report 2001*. Sydney, NSW: National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, University of New South Wales, 2001.
40. PHLS AIDS and STD Centre—Communicable Disease Surveillance Centre, and Scottish Centre for Infection & Environmental Health. *Unpublished quarterly surveillance tables No. 54, 02/1*.
41. MRC Collaborative Study Group London. Ethnic differences in women with HIV infection in Britain and Ireland. *AIDS* 1996; 10(1):89-93.
42. *Gender mainstreaming in HIV/AIDS: taking a multisectoral approach*. London: Commonwealth Secretariat, 2002.
43. Leonard L. *Women's accounts of the social construction of HIV risk. Final report 1998*. Ottawa: National Health Research and Development Program, Health Canada.
44. Bucharski D. *Aboriginal women's perspective on "culturally appropriate" HIV counselling and testing* (thesis). University of Alberta, spring 2002.

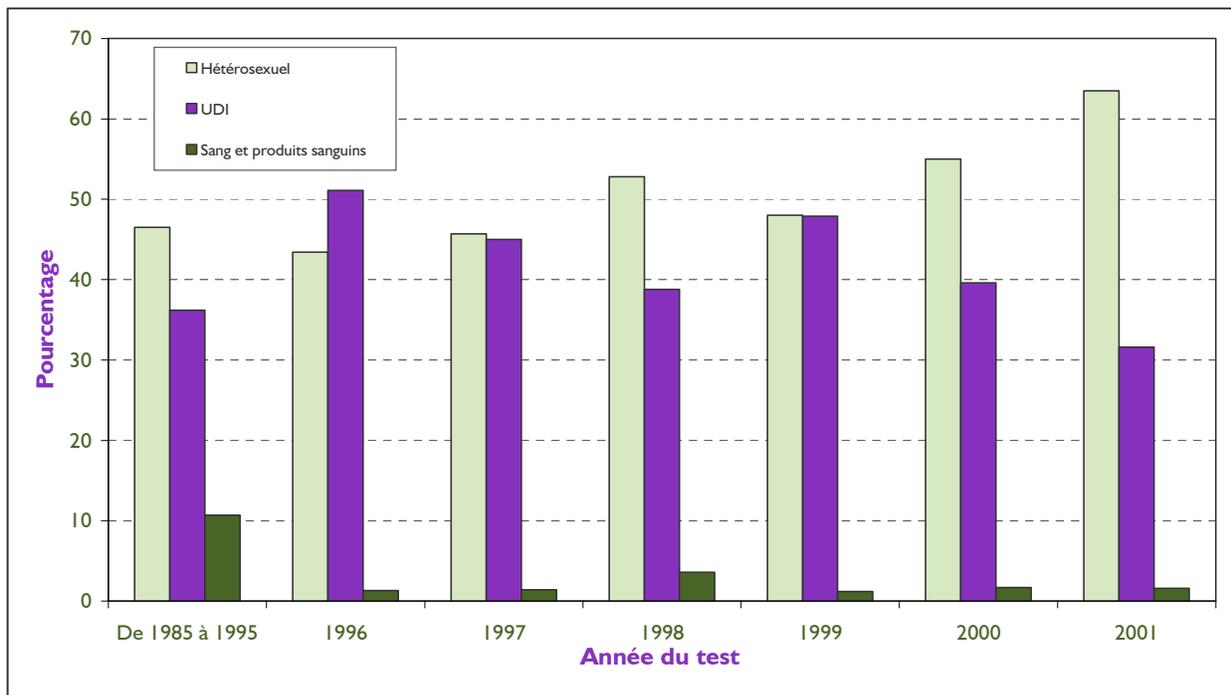


Figure 1 : Proportion des femmes adultes (≥ 15 ans) ayant obtenu un résultat positif au test du VIH selon le groupe d'âge et l'année de test (de 1985 à 1995), 2001



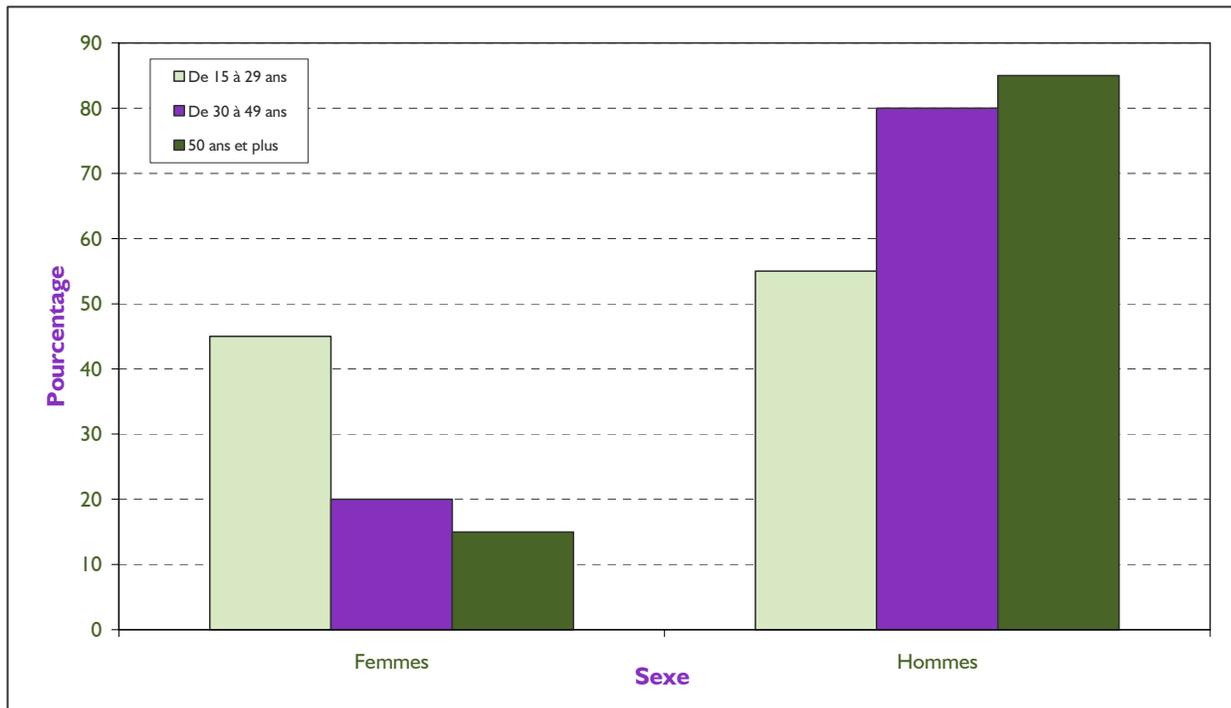
Source : Données tirées de Le VIH et le SIDA au Canada, Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2001.

Figure 2 : Répartition de la catégorie d'exposition chez les femmes adultes (≥ 15 ans) ayant obtenu un résultat positif au test du VIH selon l'année de test (de 1985 à 1995), 2001



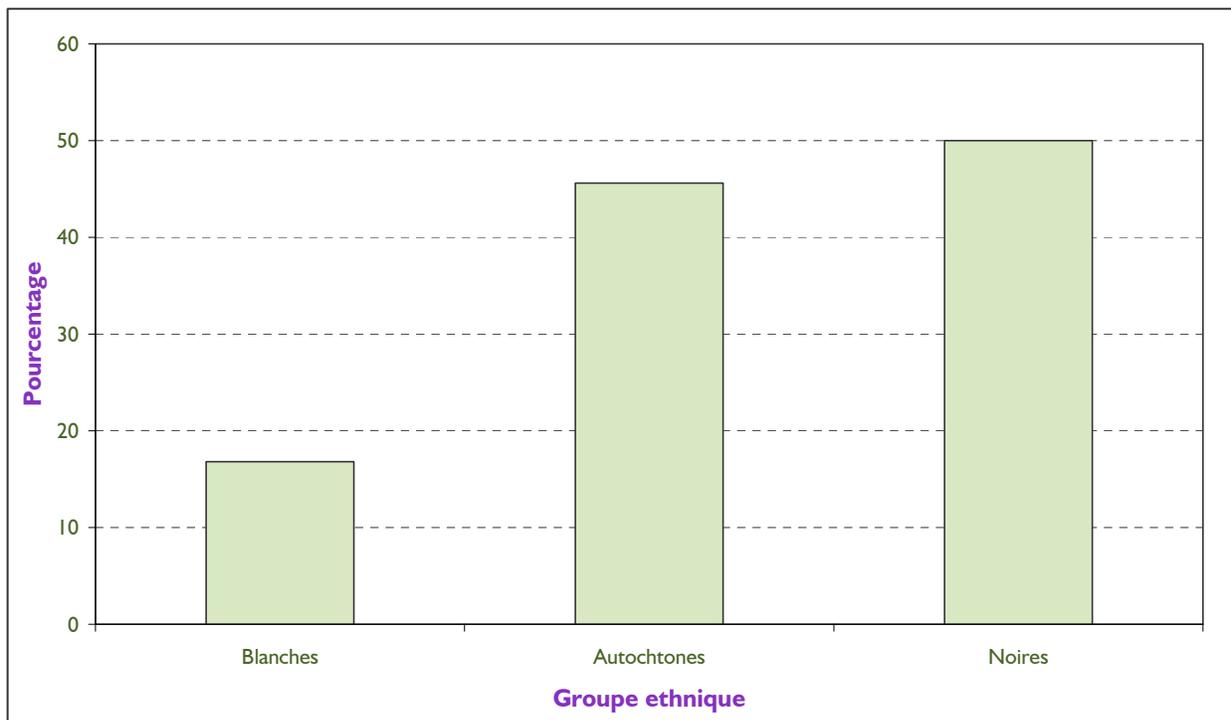
Source : Données tirées de Le VIH et le SIDA au Canada, Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2001.

Figure 3 : Proportion des femmes et des hommes ayant obtenu un résultat positif au test du VIH selon le groupe d'âge, 2001



Source : Données tirées de Le VIH et le SIDA au Canada, Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2001.

Figure 4 : Proportion des femmes ayant obtenu un résultat positif au test du VIH selon le groupe ethnique, de 1998 à 2001



Les provinces suivantes ont des données sur l'origine ethnique : C.-B., Yn, Alb., Sask., Man., Î.-P.-É., T.-N.-L..
 Source : Données tirées de Le VIH et le SIDA au Canada, Rapport de surveillance au 31 décembre 2001.



Tableau 5 : Nombre de résultats positifs au test du VIH chez les femmes et les hommes (≥ 15 ans) selon le groupe d'âge et l'année du test, de 1985 à 2001

	Groupe d'âge	1985-1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Femmes	De 15 à 29 ans	1 319	180	161	179	187	181	196
Hommes	De 15 à 29 ans	7 748	387	322	279	256	256	242
Femmes	De 30 à 49 ans	1 521	281	240	261	292	271	289
Hommes	De 30 à 49 ans	15 886	1 324	1 209	1 211	1 162	1 076	1 122
Femmes	50 ans et plus	213	21	28	31	36	31	38
Hommes	50 ans et plus	1 832	206	203	203	189	193	219

Source : Données tirées de Le VIH et le SIDA au Canada, Rapport de surveillance au 31 décembre 2001.

Tableau 6 : Nombre de résultats positifs au test du VIH chez les femmes adultes (≥ 15 ans) selon l'année du test et la catégorie d'exposition, de 1985 à 2001

	1985-1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Contact hétérosexuel	684	135	127	134	126	131	166
UDI	533	159	126	98	126	95	87
Sang, produits du sang	157	4	4	9	3	4	4

Source : Données tirées de Le VIH et le SIDA au Canada, Rapport de surveillance au 31 décembre 2001.