



Transmission périnatale du VIH au Canada

Points saillants

- Le nombre de nourrissons exposés au VIH au cours de la période périnatale est à la hausse, bien que le taux de transmission mère-enfant ait considérablement diminué.
- Des données disponibles indiquent des taux élevés de dépistage de VIH chez les femmes enceintes au Canada.
- Les traitements antirétroviraux (TAR) sont efficaces pour réduire la transmission mère-enfant du VIH. Les travaux de recherche se poursuivent afin de réaliser des progrès.
- Les femmes enceintes de descendance autochtone ou de race noire et les immigrantes originaires de pays où le VIH est endémique sont sur-représentées dans les données sur la transmission périnatale du VIH au Canada.

Introduction

La transmission de la mère à l'enfant peut survenir durant la grossesse (transmission *in utero*) ou durant l'accouchement, lorsque le nouveau-né entre en contact avec le sang maternel et les sécrétions cervico-vaginales. En l'absence de toute intervention, on estime que 25,0 % des femmes enceintes infectées par le VIH transmettront le virus à leur enfant au cours de la grossesse ou à l'accouchement. Si une mère séropositive allaite son enfant, le risque de transmission augmente à environ 35,0 %¹.

On a estimé que, en 2008, environ 15,7 millions de femmes à l'échelle mondiale vivaient avec le VIH². Pendant cette même année, près de 1,4 million de femmes séropositives ont donné naissance à un enfant; 91,0 % de ces naissances ont été enregistrées en Afrique subsaharienne³.

Ce chapitre des *Actualités en épidémiologie* fait le point sur la transmission périnatale du VIH au Canada et traite des stratégies de dépistage actuelles offertes aux femmes enceintes dans les provinces et les territoires du Canada.

Surveillance systématique du VIH

Sources des données

Les données présentées dans cette section proviennent de plusieurs sources gouvernementales à l'échelle provinciale. Cependant, la plupart des données de surveillance ont été fournies par le Groupe canadien de recherche sur le sida chez les enfants (GCRSE), un organisme qui recueille des données nationales sur le statut à l'égard du VIH des nouveau-nés exposés au VIH pendant la période périnatale. Le Réseau canadien pour les essais VIH et la Division de la surveillance et de l'évaluation des risques de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) ont appuyé l'élaboration de la base de données canadienne sur l'infection périnatale par le VIH. Les données sur les nourrissons dont la mère a été reconnue séropositive pour le VIH durant la grossesse sont accessibles dans la publication annuelle *Le VIH et le sida au Canada. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2008*.

Les données présentées dans ce chapitre s'appliquent à tous les nouveau-nés dont on sait qu'ils ont été exposés au VIH pendant la période périnatale au Canada. Cependant, puisque ce ne sont pas toutes les femmes qui connaissent leur statut à l'égard du VIH, cela signifie que les données n'incluent pas toutes les Canadiennes enceintes qui sont séropositives pour le VIH. Par conséquent, il ne convient pas de calculer les taux de transmission verticale à partir de ces données.

Profil à l'échelle nationale

Entre 1985 et le 31 décembre 2008, un total de 67 442 tests positifs pour le VIH ont été déclarés à l'ASPC. Sur les 61 949 cas survenus chez des adultes et pour lesquels on disposait d'information sur le sexe, 10 799 cas, ou 17,4 % des cas, étaient des femmes. Parmi les rapports de tests positifs pour le VIH qui étaient associés à des femmes adultes, 74,5 % concernaient des femmes de 15 à 39 ans⁴.

Au début des années 1990, selon le GCRSE, de 50 à 80 nouveau-nés canadiens ont été exposés au VIH chaque année pendant la période périnatale. En 2008, ce chiffre a grimpé à 238. Sur les 2 851 nouveau-nés dont on sait qu'ils ont été exposés au VIH entre 1984 et 2008, on a confirmé que 523 étaient infectés par le VIH et que 2 291 n'étaient pas infectés. L'état infectieux des 37 autres nouveau-nés n'a pas été confirmé (ce nombre peut inclure certains nourrissons qui ont été perdus de vue). Parmi les 93 nourrissons chez qui on a confirmé la présence de l'infection à VIH depuis 2000, aucun n'est décédé d'une cause liée au sida, 11 sont morts d'une cause autre que le sida et un a été perdu de vue⁴.

Tendances de la transmission mère-enfant

Tendances internationales

Les données disponibles montrent que le taux de transmission mère-enfant dans les pays à revenu élevé s'est nettement amélioré depuis la mise sur le marché des TAR. En 2008, on estimait que, depuis 2002, moins de 250 nourrissons naissent chaque année aux États-Unis en étant infectés par le VIH, ce qui représente un taux de transmission périnatale de moins de 2,0 %⁵. En comparaison, en 1991, les Centers for Disease Control and Prevention estimaient que 1 650 nourrissons avaient contracté l'infection à VIH pendant la période périnatale⁶. En Angleterre, en 2007, le taux de transmission mère-enfant était de 2,0 %, une diminution marquée par rapport au taux national de 12,0 % observé en 1999⁷.

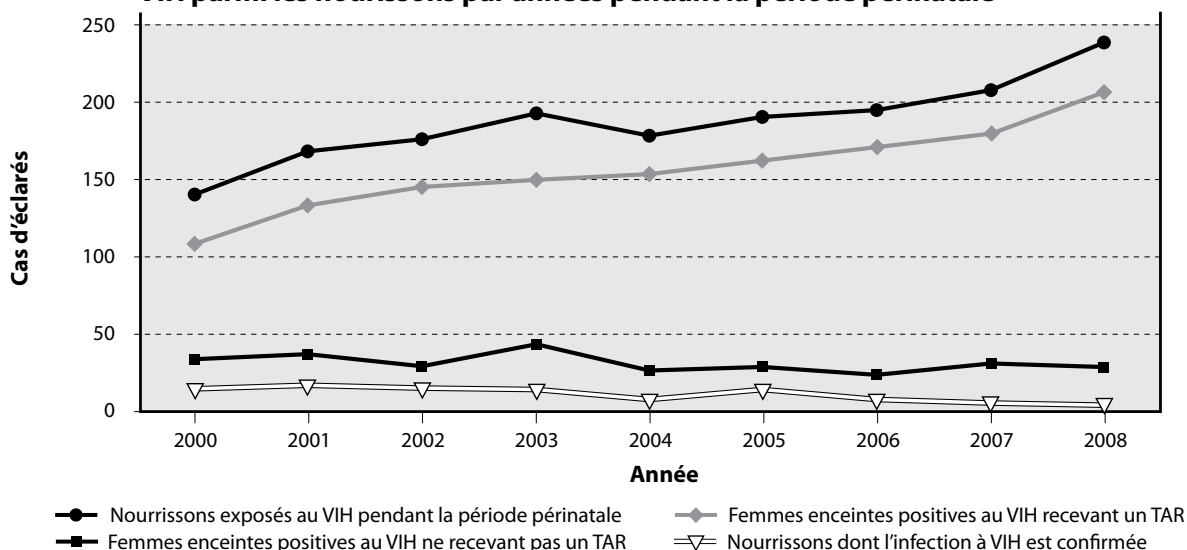
Tendances nationales

Dans l'ensemble, la situation des nourrissons exposés au VIH pendant la période périnatale s'est considérablement améliorée durant la dernière décennie. Au fur et à mesure que le nombre de personnes vivant avec le VIH au Canada augmente, le nombre de nourrissons exposés au VIH pendant la période périnatale augmente également. Cependant, le nombre de ces nourrissons chez qui on a confirmé ultérieurement la présence de l'infection à VIH a grandement diminué durant les dernières années, que ce soit en pourcentage ou en valeur absolue. En 2001, par exemple, un total de 168 nourrissons ont été exposés au VIH pendant la période périnatale. De ce nombre, on a confirmé que 17 (10,1 %) étaient infectés. En comparaison, en 2008, on a confirmé la présence de l'infection à VIH chez quatre nourrissons sur un total de 238 nourrissons exposés au VIH (1,7 %). L'utilisation plus répandue de TAR efficaces y est pour beaucoup : en 2008, 87,8 % des femmes enceintes séropositives pour le VIH avaient reçu un tel traitement. Le pourcentage moyen de nourrissons qui ont contracté l'infection à VIH pendant la période périnatale entre 1984 et 2000 (33,9 %) était environ six fois supérieur au pourcentage moyen de nourrissons infectés par le VIH entre 2001 et 2008 (5,2 %)⁴.

Exposition, thérapie anti-retroviral et séroconversion parmi les nourrissons au Canada pendant la période périnatale

De 1984 à 2008, on a confirmé que 80,4 % des 2 851 nourrissons dont on savait qu'ils avaient été exposés au VIH pendant la période périnatale n'étaient pas infectés. Depuis que l'Organisation Mondiale de la Santé a émis pour la première fois des recommandations relativement à l'utilisation d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH en 2000, le nombre et la proportion de femmes enceintes séropositives pour le VIH recevant un TAR au Canada ont augmenté (figure 1). En 2000, 77,9 % des femmes enceintes dont on savait qu'elles étaient séropositives pour le VIH recevaient un quelconque type de TAR; en 2008, ce taux avait atteint 87,8 %. De plus, de 1984 à 2008, la proportion de femmes enceintes séropositives pour le VIH ayant reçu un TAR durant la période périnatale et ayant eu un enfant chez qui l'infection à VIH a été confirmée (1,6 %) était nettement inférieure à celle des femmes dans la même situation qui n'avaient pas reçu de TAR (47,9 %)⁴.

Figure 1. Exposition au VIH, à la thérapie anti-retroviral et confirmation des infections au VIH parmi les nourrissons par années pendant la période périnatale



Tendances relatives à la transmission périnatale du VIH

Race/origine ethnique

Entre 1984 et 2008, on a signalé 2 851 cas de nourrissons exposés au VIH pendant la période périnatale. Dans 97,5 % de ces cas, on disposait d'information sur l'origine ethnique ou la race⁴.

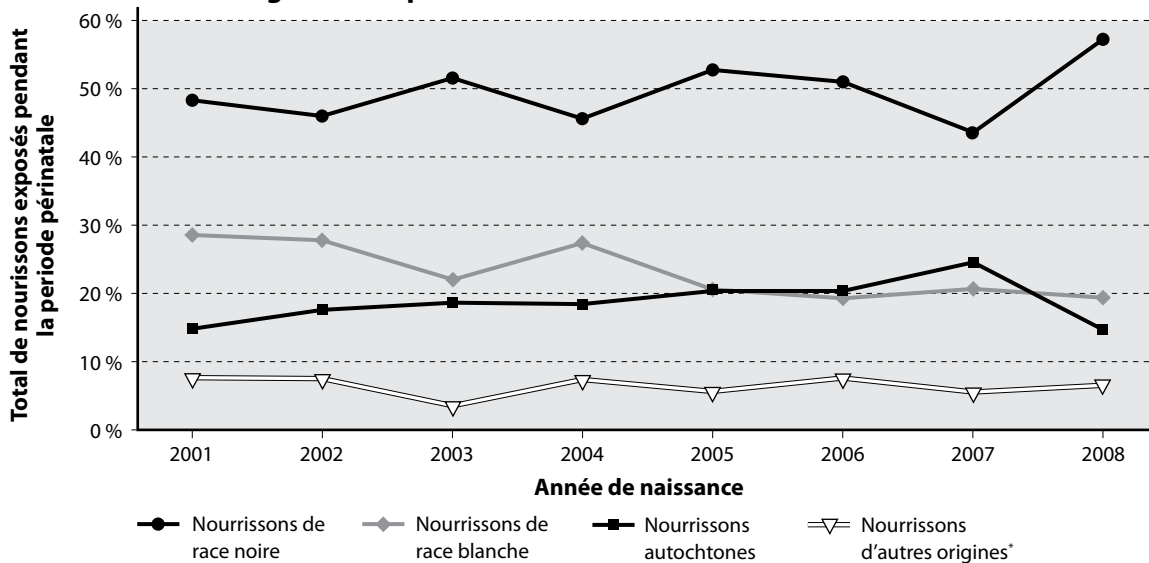
Points principaux

- La proportion moyenne de nourrissons de race blanche exposés au VIH pendant la période périnatale entre 2001 et 2008 (22,9 %) était inférieure à celle enregistrée entre 1984 et 2000 (35,9 %) et elle affiche une tendance généralement à la baisse depuis 2001 (figure 2).
- De 1984 à 2008, les nourrissons de race noire représentaient la plus grande proportion de nourrissons exposés au VIH pendant la période périnatale : 1 333 cas sur un total de 2 851 (46,8 %). Cette proportion a augmenté au fil du temps, passant de 43,2 % durant la période de 1984 à 2000 à 49,8 % durant la période de 2001 à 2008 (figure 2).

- Même si les nourrissons de race noire formaient le plus grand groupe de nourrissons infectés pendant la période périnatale entre 1984 et 2008 (286 cas confirmés d'infection par le VIH), le taux de séroconversion chez les nourrissons de race noire exposés au VIH pendant la période périnatale a considérablement diminué, passant de 15 % en 2001 à 0 % en 2007, puis a augmenté à 1,5 % en 2008 (figure 3).
- De 1984 à 2008, les nourrissons autochtones étaient surreprésentés parmi tous les nourrissons exposés au VIH pendant la période périnatale (16,2 %) ainsi que parmi les nourrissons chez qui l'infection à VIH était confirmée (9,5 %); selon le recensement de 2006, les Autochtones comptent pour 3,8 % de la population totale canadienne⁵.

⁴ Il conviendrait davantage d'effectuer une comparaison en fonction de la proportion de toutes les naissances survenues chez les Autochtones durant la même période, mais ces données ne sont pas disponibles selon Statistique Canada.

Figure 2. Proportion de nourrissons exposés au VIH pendant la période périnatale selon la race/origine ethnique et l'année



* Les nourrissons d'autres origines englobent ceux d'origine latino-américaine, asiatique ou arabe.

Dépistage du VIH chez les femmes enceintes au Canada

Chaque province et chaque territoire déterminent la stratégie à adopter en ce qui concerne le dépistage du VIH chez les femmes enceintes (tableau 1). Les deux stratégies actuellement employées sont le dépistage volontaire (adhésion) ou le dépistage systématique avec un droit de refus (retrait). L'Association médicale canadienne préconise le dépistage volontaire puisqu'un résultat positif peut avoir des répercussions sur de nombreux aspects de la vie d'une personne⁸. Cependant, le dépistage systé-

matique avec droit de refus permet d'atteindre une plus grande proportion de femmes enceintes.

Selon les études de prévalence du VIH chez les femmes enceintes au Canada, le taux de prévalence de 1998 à 2008 chez ce groupe était de 0 à 9 cas pour 10 000 personnes, mais on ne connaît pas les taux pour toutes les provinces et tous les territoires. De plus, les données de certaines provinces n'ont pas été mises à jour depuis plus de cinq ans. Le tableau 2 présente les taux de prévalence du VIH et le pourcentage de femmes enceintes ayant passé le test de dépistage du VIH dans plusieurs provinces et un territoire.

Tableau 1. Stratégie de dépistage du VIH chez les femmes enceintes selon la province ou le territoire

Province/territoire	Stratégie de dépistage*	Année
Colombie-Britannique	Adhésion	1994
Yukon	Adhésion	1994
Territoires du Nord-Ouest	Retrait	1993, révision en 1998
Nunavut	Retrait	1999
Alberta	Retrait	1998
Saskatchewan	Retrait	1999, révision en 2004-2005
Manitoba	Retrait	2002, révision en 2006
Ontario	Adhésion	1999
Québec	Retrait	2002
Nouveau-Brunswick	Retrait	1999, révision en 2005
Nouvelle-Écosse	Adhésion	1998
Île-du-Prince-Édouard	Adhésion	1999
Terre-Neuve-et-Labrador	Retrait	1992, révision en 1994

* Selon les données fournies par les coordonnateurs provinciaux/territoriaux des données sur le VIH/sida.

Tableau 2. Donnée disponible sur le taux de dépistage du VIH parmi les femmes enceintes par province

Province/territoire	Les données disponibles sur le pourcentage de femmes enceintes testées pour le VIH
Colombie-Britannique	83,4 % en 2003 ⁹
Alberta	97,0 % en 2006 ¹⁰
Ontario	97,6 % en 2009 ¹¹

Résumé des études récentes

Recherches relatives aux traitements antirétroviraux et sur l'observance des traitements

Malgré les progrès considérables réalisés dans le domaine des TAR pour prévenir la transmission périnatale du VIH, les efforts de recherche visant à améliorer les TAR et l'observance de ces traitements se poursuivent. Les efforts en recherche continuent d'améliorer les traitements pour prévenir la transmission du VIH pendant la période périnatale telle que l'étude des facteurs qui contribue au traitement.

- Une étude portant sur la supériorité du traitement antirétroviral hautement actif (TAHA) à base de Kaletra par rapport aux schémas thérapeutiques de névirapine et de nelfinavir a été menée en 2009¹³. Afin de comparer les traitements, les chercheurs ont recueilli des données concernant toutes les femmes enceintes qui avaient reçu, de 1994 à 2007, un TAHA composé de trois médicaments. Les auteurs

ont conclu qu'il n'existait aucun lien entre le schéma de TAHA choisi et le taux de suppression virale noté chez les patientes. Ils ont également déterminé que d'autres variables, telles que le nombre de lymphocytes CD4, la charge virale avant le début du traitement, de même que l'observance et la durée du traitement, avaient une plus grande influence sur l'efficacité du TAHA que le produit choisi.

- On a recueilli des données sur 195 mères séropositives pour le VIH et leurs bébés, provenant de 21 centres pédiatriques au Canada¹⁴. L'analyse a révélé que 82,6 % des mères avaient reçu un TAHA, 4,1 % avaient reçu un certain type de TAR et 13,3 % n'avaient reçu aucun traitement. On a confirmé la présence de l'infection à VIH chez un seul nourrisson du groupe, lequel est né d'une mère n'ayant reçu aucun traitement.
- Des chercheurs ont étudié les dossiers de 193 femmes de la Colombie-Britannique qui avaient reçu un TAHA de 1993 à 2006 afin de déterminer leur taux d'observance du traitement

avant et après l'accouchement¹⁵. Les participants de l'étude étaient plus susceptibles d'adhérer au traitement durant la grossesse que dans la période post-partum. Deux facteurs positifs ont été établis, soit le fait d'avoir un faible nombre de lymphocytes CD4 avant le traitement et le fait d'habiter dans la région de la Vancouver Coastal Health Authority.

Intention d'avoir des enfants chez les femmes séropositives

- La mise sur le marché de traitements très efficaces a permis de réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant et a augmenté la probabilité qu'une femme atteinte du VIH puisse donner naissance à un enfant en bonne santé. Grâce à ces progrès, de plus en plus de femmes qui vivent avec le VIH songent à la maternité. L'observance du TAR, qui est un facteur essentiel pour la bonne issue du traitement, joue un rôle extrêmement important dans la réduction de la charge virale du VIH chez les femmes enceintes.
- Dans une enquête réalisée entre novembre 2003 et décembre 2004 auprès de 182 femmes séropositives pour le VIH en âge de procréer de la Colombie-Britannique, 25,0 % des femmes ont indiqué qu'elles souhaitent avoir des enfants¹⁶. Les facteurs les plus fréquemment associés à une réponse positive étaient le fait de ne pas être d'origine autochtone, d'être jeune et d'avoir un partenaire stable. Ces données sont comparables à la population générale.
- Une étude sur les femmes séropositives pour le VIH en âge de procréer (de 18 à 52 ans) vivant en Ontario a été menée d'octobre 2007 à avril 2009¹⁷. L'âge médian des 490 femmes participant à l'étude était de 38 ans, et 74,0 % des femmes recevaient un TAR au moment de l'étude. L'étude a révélé que 69,0 % des femmes souhaitent avoir des enfants et que 57,0 % avaient fermement l'intention de concevoir un jour.

Les femmes enceintes de descendance autochtone et les immigrantes originaires de pays où le VIH est endémique sont disproportionnellement touchées

L'origine géographique, la pauvreté et l'exclusion sociale sont des facteurs principaux qui influent sur la probabilité qu'une personne contracte divers types de maladies. L'immigration accrue vers le Canada à partir de régions du monde où le VIH est endémique est en partie responsable du nombre croissant de personnes vivant avec le VIH/sida au Canada, y compris les femmes enceintes, les enfants et les nourrissons.

De 1984 à 2008, 205 nourrissons chez qui l'infection à VIH a été confirmée sont nés en Ontario. De ce nombre, 133 (68,6 %) sont nés d'une mère originaire d'un pays où le VIH est endémique.¹⁹

Le nombre grandissant de cas de VIH parmi les autochtones se repercute sur le nombre de femmes autochtones à l'âge de reproduction qui vivent avec le VIH.

Dans le cadre d'une étude menée en Colombie-Britannique¹⁸ de 2000 à 2003, 5 232 femmes autochtones enceintes ont passé un test de dépistage du VIH. On a constaté que le nombre de femmes séropositives pour le VIH qui participaient à cette étude était sept fois plus élevé que celui estimé dans la population générale.

Commentaires

Bien que l'on ait noté une diminution du taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant, le nombre absolu de nourrissons exposés au VIH *in utero* ou durant la naissance est à la hausse. Il est par conséquent important que toutes les femmes enceintes, ainsi que les femmes qui envisagent d'être enceintes, aient accès à des soins prénatals qui comportent notamment un test de dépistage du VIH, un TAHA et des services adéquats de counselling et de soins.

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec :

Division de la surveillance et de l'évaluation des risques
Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections
Agence de la santé publique du Canada
Pré Tunney
Indice de l'adresse : 0602B
Ottawa (Ont.) K1A 0K9
Tél. : 613-954-5169
Fax : 613-957-2842
www.phac-aspc.gc.ca

Mission

Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.

Agence de la santé publique du Canada

Références

1. Organisation mondiale de la Santé. *Recommandations rapides : médicaments antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez l'enfant*, Genève, OMS, 2009.
2. ONUSIDA. Tableau récapitulatif de l'épidémie mondiale de sida, (décembre 2008), Genève, ONUSIDA, 2009.
3. Organisation mondiale de la Santé. *Davantage de nourrissons protégés contre le VIH alors que s'élargit l'accès aux médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant* (septembre 2009), Genève, OMS, 2009.
4. Agence de la santé publique du Canada. *VIH et le sida au Canada, rapport de surveillance en date du 31 décembre 2008*, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2009.
5. Perinatal HIV Guidelines Working Group. Public Health Service Task Force Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. 2009.
6. Centers for Disease Control and Prevention. *Mother-to-Child (Perinatal) HIV Transmission and Prevention*. Atlanta, GA: CDC, 2007.
7. Health Protection Agency. *HIV in the United Kingdom: 2009 Report*. 2009.
8. Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses. Examens des preuves, juin 2008, Winnipeg (Man.), CCNMI, 2008.
9. British Columbia Centre for Disease Control Antenatal seroprevalence of HIV, HCV, and HIV/HCV co-infection in British Columbia. Vancouver, BC: BCCDC, 2005.
10. Reproductive Health Working Group. *Alberta Reproductive Health: Pregnancies and Births 2009*. Edmonton, AB: Alberta Health and Wellness, 2009.
11. Ontario HIV Epidemiologic Monitoring Unit. *Tables of Prenatal HIV Testing in Ontario (January 1999 to December 2009)*. Toronto, ON: University of Toronto, 2010.
12. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec Année 2008 (et projections 2009)*. 2009.
13. Money D, van Schalkwyk J, Maan E, Chaworth-Musters T, Wagner E, Tsang G, et coll. Impact of type of antiretroviral therapy on virologic suppression at birth in HAART treated pregnant women. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2009;20(Suppl B):24B (Abstract O045).
14. Alimenti A, Forbes J, Samson L, Bitnun A, Ayers D, Singer J, et coll. Perinatal HIV transmission and maternal viral load: data from the Canadian Perinatal HIV Surveillance Program. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2009;20(Suppl B):24B (Abstract O044).
15. Kaida A, Forrest J, Money D, Burdge D, Forbes J, Fernandes K, et coll. Antiretroviral adherence during pregnancy and postpartum among HIV-positive women enrolled in the Drug Treatment Program in British Columbia, Canada. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2009;20(Suppl B):25B (Abstract O046).
16. Ogilvie GS, Palepu A, Remple VP, Maan E, Heath K, MacDonald G, et coll. Fertility intentions of women of reproductive age living with HIV in British Columbia, Canada. *AIDS* 2007;21(Suppl 1): S83-8.
17. Loutfy MR, Hart TA, Mohammed SS, Su D, Ralph ED, et coll. Fertility desires and intentions of HIV-positive women of reproductive age in Ontario, Canada: a cross-sectional study. *PLoS One*;2009;4(12):e7925.
18. Jones D. Pregnant Aboriginals more likely to be HIV positive. *CMAJ* 2004;171(6):559.
19. Remis RS, Swantee C, Liu J. Report on HIV/AIDS in Ontario 2008. Toronto, ON: University of Toronto, 2010.
20. Agence de la santé publique du Canada. *L'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada*. Conseil ministériel sur le VIH/sida - Rapport annuel 2002-2003.
21. Boucher M, Samson J, Lapointe N. HIV screening among pregnant women in the province of Quebec: success and failure. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2002;13:SA (Abstract 233).