1ière Edition

GUIDE ET MANUEL DE PRÉVENTION DU VIH :

OUTIL POUR LES FOURNISSEURS DE SERVICES SERVANT LES COMMUNAUTÉS AFRICAINES ET AFRICAINES CARIBÉENNES VIVANT AU CANADA

Par : LLana James - Coordonatrice nationale du projet
<<African and Caribbean HIV/AIDS Community Capacity Building Project>>

Women's Health in Women's Hands

CACVO
Le conseil des africains et caraïbeens sur le VIH/SIDA en Ontario

ACCHO
African and Caribbean Council on HIV/AIDS in Ontario

GUIDE ET MANUEL DE PRÉVENTION DU VIH : OUTIL POUR LES FOURNISSEURS DE SERVICES SERVANT LES COMMUNAUTÉS AFRICAINES ET AFRICAINES CARIBÉENNES VIVANT AU CANADA

Ecrit par : LLana James
Edité par : Jean Bacon
Copie éditée par : Monika Goodluck
Art par : Frantz Brent Harris
Graphique, illustration et photographie par : Frantz Brent Harris
Traduction par : Lydia Makoroka
Publié par: Centre de santé communautaire Women's Health in Women's Hands
Complété avec l'aide de nombreux volontaires infatigables

ISBN 0-9736431-3-7
Publié en Juillet 2006
Disponible en français et en anglais

Cette publication est une initiative conjointe du conseil africain et caribéens sur le VIH/SIDA en Ontario et le centre de santé communautaire Women's Health in Women's Hands (WHIWH) et avec les fonds de l'agence de santé publique du Canada, le bureau SIDA et le ministère de santé et de soins de longue durée de l'Ontario.

Les opinions exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les points de vue officiels de l'agence de santé publique du Canada, le bureau du SIDA et le ministère de santé et de soins de longue durée de l'Ontario.

CACVO
110 Spadina Ave, Suite 270
Toronto Ontario
M5V 2K4
Téléphone: (416) 977 7725
Télécopieur: (416) 977 7664
www.accho.ca

WHIWH
2 Carlton Street, Suite 500
Toronto, Ontario
M5B 1J3
Téléphone: (416) 593 7655
Télécopieur: (416) 593-5867
www.whiwh.com

Chers lecteurs,

Soyez les bienvenues au premier guide et manuel de prévention du VIH (GPV) qui sont destinés aux fournisseurs de services travaillant avec les africains, les africains caribéens et avec leurs communautés respectives vivant au Canada.

Le guide a été développé par le conseil africain et caribéen sur le VIH/SIDA en Ontario (CACVO), précédemment connu sous le nom de HIV Endemic Task Force (HEFT). CACVO fut lancé en avril 2005 avec la publication de stratégies visant à adresser les problèmes confrontés par les gens de Ontario venant de pays où le VIH est endémique. Le rôle de CACVO est de coordonner les résultats face au VIH parmi les communautés africaines et africaines caribéennes en Ontario, de faciliter le développement communautaire, de recommander des ressources adressant le VIH, et d'identifier les besoins de recherches et les priorités pour les communautés africaines et africaines caribéennes de l'Ontario.

Le GPV est une des composantes du premier projet de CACVO visant d'implémenter la stratégie. Cela démontre l'engagement, la dédicace et le dur labeur de toutes les personnes impliquées dans le projet de renforcement des capacités du VIH/SIDA dans la communauté africaine et africaine caribéennes. Nous remercions spécialement le coordinateur national de projet, les membres du comité d'organisation, les membres du groupe de travail qui ont aboutis au développement du guide, les membres de CACVO, et les nombreux critiques qui ont pris le temps de fournir leurs commentaires. Vous avez tous joués un rôle majeur dans la réalisation du GPV.

Nous avons développé le GPV principalement pour les fournisseurs de services et les organisations à base communautaire qui travaillent avec les communautés africaines et africaines caribéennes au Canada; afin d'épauler leurs efforts de prévention de la transmission primaire et secondaire du VIH. Les GPV et le support continu de CACVO aideront les fournisseurs de services et le organisations communautaires à développer leurs aptitudes à travailler avec les communautés africaines et africaines caribéennes.

Ensemble assurons-nous que le GPV soit une ressource communautaire qui nous aidera à améliorer nos efforts de prévention du VIH, de diagnostique, des soins, de traitement et de support aux individus et aux communautés.

Amicalement,

Wangari Esther Tharao et Winston Husbands
Co-presidents, CACVO

Toronto
juillet 2006

Chers lecteurs,

Women's Health in Women's Hands (WHIWH) est un centre de santé communautaire qui fourni des soins de santé primaire et fourni un support de santé basé sur un angle féministe inclusif, pro-choix, anti-oppressif et sur une structure participative des femmes. Notre priorité inclue les femmes et particulièrement celles provenant des caraïbes, de l'Afrique,de l' Amérique latine et de l'Asie du sud. Notre collaboration avec le conseil africain et caribéen du VIH/SIDA en Ontario au cours des deux dernières années fut non seulement fructueuse mais également cruciale pour nous en tant qu' organisation communautaire qui fournit des services à des femmes des communautés africaines et africaines caribéennes.

Cela fait neuf ans que WHIWH a lancé son programme sur le VIH. Pour les fournisseurs de services, tel que WHIWH, qui comprennent que les communautés africaines et africaines caribéennes et particulièrement les femmes au sein de ces communautés portent un fardeau substantiel du VIH/SIDA, le guide et manuel de prévention du VIH est un outil longuement attendu qui ne peut que améliorer le travail que nous faisons. Alors que les statistiques et les recherches continuent de démontrer que le VIH/SIDA est un problème croissant au sein des communautés africaines et africaines caribéennes, les africains et africains caribéens ont joué un rôle limité en tant que pionners dans un effort commun de lutter contre l'épidémie du VIH/SIDA au Canada. CACVO a rectifié cette situation au cours de son engagement infatigable et son projet de renforcement des capacités dont nous avons été partenaire. Ce travail a clairement démontré que des stratégies de prévention effectives ont besoin d'engager tous les membres des communautés affectées afin de fournir une prévention effective, un diagnostique, un support et des soins.

Au nom de WHIWH, il m'est un plaisir de présenter mes félicitations au conseil africain et caribéen sur le VIH/SIDA en Ontario, à LLana James coordinateur national du projet et auteur du guide et manuel de prévention du VIH, et aux volontaires qui ont participé au développement du premier guide et manuel de prévention du VIH l pour les fournisseurs de services et spécialement destiné aux communautés africaines et africaines caribéennes vivant au Canada. Les efforts infatigables du conseil, les employés et les volontaires ne passeront pas inaperçu. Le guide et manuel auront un impact positif et retentissant au fur et à mesure que nous continuons à supporter notre communauté dans son combat contre le VIH/SIDA.

Notisha Massaquoi,

Directeur Intérime Exécutif
CSC Women's Health in Women's Hands

Toronto
juillet 2006

Préambule

Le guide et manuel de prévention du VIH sont le résultat de la demande faite par les africains et africains caribéens vivant au Canada et pour les fournisseurs de ressources sur la prévention parmi les communautés africaines et africaines caribéennes au Canada. Cette ressource est encrée sur des principes d'anti-racisme, d'anti-oppression, de compétence culturelle et de réduction de risque.

Souvent, la prévention du VIH est formulée comme étant un problème qui peut être résolu en se concentrant uniquement sur les comportements individuels alors que dans le fond la prévention du VIH dépend des déterminants de la santé. Toute évidence indique clairement que les facteurs systémiques, structurels et individuels convergent pour créer des situations et circonstances qui facilitent la transmission du VIH. Les problèmes systémiques tel que l'inégalité des sexes, le sexisme, l'hétérosexisme, l'homophobie et le racisme limitent le choix des mesures qui promouvoient et maintiennent une bonne santé.

À chaque fois qu'un travail de prévention du VIH est initié au sein des communautés africaines et africaines caribéennes vivant au Canada, il est impératif de se concentrer sur la situation de manière générale; plutôt que de sélectionner du bout du doigt les statistiques alarmantes de transmission du VIH sans reconnaître le contexte dans lequel la transmission a lieu. Au Canada, plusieurs rapports ont documenté les disparités économiques et sociales qui affectent les communautés africaines et africaines caribéennes. Des rapports, tels que *Growing Economic Apartheid in Canada: The economic segregation and social marginalization of racialized groups* publié par CSJ Foundation for Research and Education, (2001) *Le revenu des femmes noires au Canada* (2005) par l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux (ACTS), documentent l'impact des politiques furtives et non déguisées et celui des pratiques qui maintiennent les communautés raciales, particulièrement les communautés africaines et africaines caribéennes dans des situations de marginalisation chronique. Cette marginalisation ébranle l'aptitude des communautés africaines et africaines caribéennes à sécuriser et à maintenir des ressources et information qui leur permettraient de limiter et prévenir la propagation du VIH.

Les données de plusieurs rapports soulignent le fait que même lorsque l'immigration, l'éducation et les compétences linguistiques sont ajustées, les immigrants africains et africains caribéens et ainsi que leurs enfants qui sont nés ou qui ont été élevés au Canada endurent des opportunités limitées permettant une satisfaction économique et subissent pour la plus part du temps une forme subtile et évasive d'isolation ou un manque d'accès aux services. Jusqu'à présent les africains et africains caribéens du Canada, ont recourt à leur ténacité individuelle et collective, à leur endurance profondément encrée et à leur détermination à vivre un meilleur lendemain afin de surmonter ces défis.

Des résultats significatifs sont obtenus lorsque notre ténacité, notre endurance et notre détermination pour un meilleur futur sont exploitées; tel est le cas avec la première édition du guide et manuel de prévention du VIH. Il y a quelques années, un groupe de gens déterminés, tenaces, et endurants (appelé CACVO) ont mis sur pieds diverses ressources autres que leur passion de collaborer à une vision commune. Eventuellement à travers sa détermination, sa mobilisation communautaire et son plaidoyer, CACVO fut en mesure de sécuriser un support provenant des trois secteurs du gouvernement afin d'adresser le VIH parmi les communautés africaines et africaines caribéennes.

Le guide et manuel de prévention du VIH est un exemple de la manière dont les communautés africaines et africaines caribéennes du Canada se sont mobilisées et continuent de dresser une charte de recommandation face aux grands défis. Afin d'être maintenues et motivées les infrastructures au sein et servant à la communauté africaine et africaine caribéenne du Canada doivent être soignées et renforcées. Les efforts de prévention du VIH effectifs et substantiels dépendent du redressement des disparités économiques et sociales. Les efforts effectifs

et substantiels de prévention du VIH demandent qu'une intersection au sein de la vie de la diaspora africaine du Canada soit tenue en considération au cours des stratégies de prévention. Les africains et africains caribéens de toute part et de toute les générations sont invités à prendre une place de leader et à prendre des responsabilités qui accompagnent le leadership, afin d'assurer que les problèmes reliés à la prévention et transmission du VIH soient intégrés au sein d'un activisme, d'une habilité et d'un développement communautaire.

Les communautés africaines et caribéennes du Canada sont très diverses. Certaines personnes sont de nouveaux immigrants, d'autres ont vécu au Canada depuis plusieurs générations et d'autres ont survécu à des situations traumatiques (tel que la guerre, les émeutes civiles). Les communautés africaines et africaines caribéennes vivant au Canada ne sont pas homogènes. La diversité au sein des communautés africaines et africaines caribéennes est également évidente au sein des affiliations religieuses et spirituelles, selon le statut d'immigration, selon l'orientation/l'identité sexuelle, selon l'emplacement géographique, et selon le niveau de participation avec les autres membres de la communauté africaine et caribéenne. Les organisations travaillant avec les communautés africaines et caribéennes sont encouragés à bâtir à partir de la force, la sagesse et l'élasticité au sein de nos communautés et à s'assurer que les africains et africains caribéens jouent un rôle clés dans le développement, l'implémentation et l'évaluation des initiatives contre le VIH affectant nos communautés

Une synthèse éclairé

Le rapport de recensement de 2001 rapporte qu'approximativement 662 200 personnes d'origine ou d'héritage africain et africain caribéen vivent au Canada et constituent 2.2% de la population canadienne ou 17% de la minorité visible du Canada.

Selon les données de santé Canada, en 2002, il existait une prévalence des infections du VIH entre 3700 et 5700 parmi les africains et africains caribéens du Canada, ce qui représente entre 7% à 10% de l'épidémie canadienne du VIH. Le nombre est entrain d'augmenter. Par exemple entre 1985 et 1988, les gens de la communauté africaine et africaine caribéenne ne représentaient que 6.7% des nouveaux diagnostiques; en 2001 et 2002, ils représentaient 22% des nouveaux diagnostiques. Le taux de prévalence du VIH est 50 fois plus élevés chez les africains et africains caribéens que chez les autres hétérosexuels, qui ne s'injectent pas des drogues. Approximativement 30% à 45% des nouvelles infections au sein de la communauté africaines et africaines caribéennes ont lieu durant leur résidence au Canada. Chez les communautés africaines et africaines caribéennes, le VIH est principalement transmis au cours des activités sexuelles hétérosexuelles. Entre 1998 et 2004, 52% des nouvelles infections au sein de la communauté africaine et africaine caribéenne étaient chez les femmes.

Nous devons agir maintenant afin d'adresser les facteurs sous-jacents qui alimentent l'épidémie et ce en fournissant des services opportuns et appropriés aux communautés africaines et africaines caribéennes.

L'aptitude des organisations spécialisées en matière du VIH et celle d'autres organisations à fournir des services pour les communautés africaines et caribéennes est limitée par :

- Le manque de compréhension de l'identité et la diversité qui existent parmi et au sein des communautés africaines et africaines caribéennes
- Le manque de programmes appropriés qui reconnaissent les problèmes complexes (ex : immigration, inégalité sexuelle, exclusion économique, hétérosexisme, différence physiologique reliés au traitement du VIH) et les besoins spécifiques et divers des africains et africains caribéens
- Le manque de ressources
- Le manque d'infrastructures

Nous espérons que ce guide et manuel facilitera un effort concerté visant à limiter la contamination du VIH parmi les communautés africaines et caribéennes du Canada et encourageront les actions contre les facteurs complexes qui rendent les africains et caribéens vulnérable au VIH.

REMERCIEMENTS

Je voudrais prendre le temps de remercier toutes les personnes ayant aidées en la recherche, le développement et la production du guide et manuel de prévention du VIH, ces dernières incluent mais ne se limitent pas aux membres du group de travail du guide prévention du VIH (Esther Tharao, Robert Remis, Senait Teclom et Clemon George). Nos remerciements vont à Lydia Makoroka qui nous a porté mains forte en la recherche et qui a traduit le guide et le manuel de prévention du VIH en français. Merci aux partenaires communautaires qui ont participés au consensus d'ateliers de construction: Félicité Murangira, Abai Coker, Alex Adrien, Ron Chaplin, Janice Dayle, Orhan Hassan et Zaida Uddin. Merci à Félicité Murangira pour avoir pris le temps de participer au processus de traduction de ce texte en français. Merci aux co-présidents de CACVO pour leurs supports et encouragements. Merci à tous les membres de CACVO qui ont participés à ce processus et qui nous ont fourni des commentaires de valeurs.

Merci à tous les critiques et toute personne ayant fourni leurs commentaires et leurs perspicacités tout au long de ce processus. Merci à tout le personnel et volontaire du centre de santé communautaire Women's Health in Women's Hands qui ont relevé leurs manches et aidé à mettre sur pieds un espace propice à un échange d'information, de ressources, de réunions, de photocopies et un support technique tant nécessaire. A tous nos infatigables volontaires qui ont fournies toute leur énergie et sont resté éveiller tard, nous vous disons un grand merci.

LLana James,

1ière Edition

PARTIE II

MANUEL DE PRÉVENTION DU VIH :

outil pour les fournisseurs de services servant les communautés africaines et africaines caribéennes vivant au Canada

Par : LLana James - Coordonatrice nationale du projet
<<African and Caribbean HIV/AIDS Community Capacity Building Project>>

Women's Health in Women's Hands

CACVO
Le conseil des africains et caraïbeens sur le VIH/SIDA en Ontario

ACCHO
African and Caribbean Council on HIV/AIDS in Ontario

GUIDE ET MANUEL DE PRÉVENTION DU VIH : OUTIL POUR LES FOURNISSEURS DE SERVICES SERVANT LES COMMUNAUTÉS AFRICAINES ET AFRICAINES CARIBÉENNES VIVANT AU CANADA

Ecrit par : LLana James
Edité par : Jean Bacon
Copie éditée par : Monika Goodluck
Art par : Frantz Brent Harris
Graphique, illustration et photographie par : Frantz Brent Harris
Traduction par : Lydia Makoroka
Publié par: Centre de santé communautaire Women's Health in Women's Hands
Complété avec l'aide de nombreux volontaires infatigables

ISBN 0-9736431-3-7
Publié en Juillet 2006
Disponible en français et en anglais

Cette publication est une initiative conjointe du conseil africain et caribéens sur le VIH/SIDA en Ontario et le centre de santé communautaire Women's Health in Women's Hands (WHIWH) et avec les fonds de l'agence de santé publique du Canada, le bureau SIDA et le ministère de santé et de soins de longue durée de l'Ontario.

Les opinions exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les points de vue officiels de l'agence de santé publique du Canada, le bureau du SIDA et le ministère de santé et de soins de longue durée de l'Ontario.

CACVO
110 Spadina Ave, Suite 270
Toronto Ontario
M5V 2K4
Téléphone: (416) 977 7725
Télécopieur: (416) 977 7664
www.accho.ca

WHIWH
2 Carlton Street, Suite 500
Toronto, Ontario
M5B 1J3
Téléphone: (416) 593 7655
Télécopieur: (416) 593-5867
www.whiwh.com

MANUEL DE PRÉVENTION DU VIH POUR LES FOURNISSEURS DE SERVICES SERVANT POUR LES COMMUNAUTÉS AFRICAINES ET AFRICAINES CARIBÉENES VIVANT AU CANADA

TABLE DES MATIÈRES

1. Les préparatifs pour les fournisseurs de services — 1

2. Le test de dépistage du VIH — 1
2.1 Le statut du VIH ou la séropositivité — 1
2.2 Le consentement éclairé — 2
2.3 Options de test de dépistage du VIH — 3

3. L'évaluation des risques — 4
3.1 Questions en rapport avec l'évaluation des risques — 4

4. Aider les clients a développer un plan de prévention du VIH — 6
4.1 Choisir les méthodes appropriées de prévention — 7
4.2 Les stratégies de prévention pour les gens qui passent d'une relation intime à court terme vers une relation intime à long terme — 8

5. Intervention : prévention du VIH — 9
5.1 Le choix de methodes préventives contre le VIH — 10
5.1.1 Les préservatifs — 10
5.1.2 L'usage du préservatif masculin — 11
5.1.3 L'usage du préservatif féminin — 13
5.1.4 Les digues dentaires — 16
5.1.5 Les gans de latex et les couvre-doigts — 16
5.1.6 Les barrières cervicales — 17

5.2 Les methodes de prévention contre le VIH (non barrières) — 18
5.2.1 Le model d'abstinence — 18
5.2.2 Les microbicides — 18
5.2.3 Les vaccins du VIH — 18

5.3 L'usage de drogues à risque réduit — 18
5.3.1 L'injection de drogues à risque réduit — 18
5.3.2 L'usage de drogues non injectables à risque réduit — 21

5.4 Le tatouage, le perçage, l' électrolyse et l'acupuncture à risque réduit — 22

Appendix — 23

1. Au sujet du VIH — 23
1.1 Les types de VIH — 23
1.2 Les implications reliées à la variabilité du matériel génétique du VIH — 23

2. Le test de dépistage du VIH — 24
2.1 La précision et la validité du test de dépistage du VIH — 24
2.2 Les cinq constituants d'un test de dépistage du VIH — 24
2.3 Les trois étapes du diagnostique du dépistage du VIH — 24
2.4 Les facteurs affectant les résultats du test — 25
2.5 Les types de dépistage du VIH et quand les utiliser — 25
2.6 Le dépistage du VIH chez les enfants — 26

3. La progression clinique du VIH — 27
3.1 L'infection primaire du VIH (séroconversion) — 27
3.2 L'infection asymptomatique — 27
3.3 L'infection symptomatique — 28

4. Diagramme des organes reproducteurs de l'homme — 29

5. Diagramme des organes reproducteurs de la femme — 30

6. Diagramme de la mutilation genitale feminine — 31

7. Cycle de vie du VIH — 32

Sources — 33

1. LES PRÉPARATIFS POUR LES FOURNISSEURS DE SERVICES

Afin d'être prêt à travailler avec les membres des communautés africaines et africaines caribéennes, les fournisseurs de services devraient :

- comprendre les mécanismes de base de transmission du VIH;
- comprendre comment les co-facteurs du VIH influencent la transmission du VIH;
- partager toute information centralisée particulièrement sur :
    - l'usage de langage simple contrairement à l'usage de terminologie médicale;
    - l'usage de diagrammes clairs illustrant la transmission et la prévention du VIH au lieu de se contenter d'une explication verbale;
    - l'interprétation des réactions non verbales provenant des clients au sujet des problèmes reliés à l'évaluation des risques, le pré-test counseling et le post-test counseling;
    - le développement de réponses appropriées et ce sans préjugés;
    - la confidentialité et le droit à une vie privée.

2. LE TEST DE DÉPISTAGE DU VIH

Un test de dépistage du VIH est la pierre angulaire d'une initiative effective de prévention du VIH et est la seule méthode qui permet à toute personne de connaître son statut du VIH. Le pré- et post-test counseling :

- nécessitent que les fournisseurs de services divulguent l'information concernant la transmission du VIH ;
- assistent toute personne à prendre toute décision permettant d'accéder à un support émotionnel, à une intervention médicale; ainsi qu'à prendre des précautions nécessaires pour prévenir la transmission du VIH aux autres.

2.1 LE STATUT DU VIH OU LA SÉROPOSITIVITÉ

Le statut du VIH est déterminé par la présence des anticorps du VIH lors du dépistage. Ces derniers se produisent dans le corps humain au cours des deux à huit semaines suivant l'infection, en réaction à une infection du VIH. La séroconversion correspond au changement du statut des anticorps. Lorsqu'une personne est séropositive (VIH+), cela signifie qu'elle a obtenu un résultat positif lors du dépistage du VIH et lorsqu'une personne est séronégative (VIH-) cela implique qu'elle a obtenue un résultat négatif lors du dépistage du VIH; par conséquence elle n'est pas infectée par le VIH.

Afin de procéder à l'évaluation des risques du VIH, il est important de déterminer de manière systématique les risques encourus par une personne vis-à-vis du VIH. Les fournisseurs de services bien formés sont en mesure d'aider à identifier les facteurs ainsi que les activités qui pourraient contribuer à la transmission du VIH. Les fournisseurs de services doivent s'assurer que leurs clients soient bien informés au sujet du dépistage du VIH et bien informés au sujet des méthodes d'intervention préventive; incluant quand, où, et comment avoir accès au dépistage du VIH et appliquer un plan de prévention contre le VIH.

Les fournisseurs de services devraient expliquer aux clients ce qui suit :

- un test de dépistage du VIH est un simple test sanguin;
- il s'agit d'un acte volontaire et la personne doit faire une requête claire et explicite et accepter de subir un test de dépistage;
- il existe différentes options de dépistages (voir encadré, options de test de dépistage 2.0) qui comprennent différents avantages et risques;
- tous les centres de dépistage du VIH n'offrent pas les mêmes types de test : les fournisseurs de services peuvent envoyer les individus vers les types de dépistages qui répondent le mieux à leurs besoins; tout en incluant les centres qui offrent le dépistage et des conseils qui sont culturellement et linguistiquement appropriés;
- recevoir un pré-test counseling avant de subir un test de dépistage est un droit pour le client;
- surmonter les barrières reliées au test de dépistage ainsi que subir un test de dépistage au sein d'une autre communauté est une option.

Afin de réduire l'anxiété, les fournisseurs de services devraient expliquer le processus de dépistage ainsi que la durée approximative d'attente des résultats. Pour obtenir plus d'informations concernant les centres de dépistages du VIH, veuillez contacter votre bureau local de santé public, les organisations de services du SIDA ou les cliniques médicales (Adaptation provenant des questions courantes, réseau canadien de la santé)

2.2 LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Au Canada, à l'exception de circonstances bien définies, les gens doivent subir un dépistage du VIH seulement s'ils sont informés, s'ils donnent leur consentement volontaire et spécifique, s'ils reçoivent un counseling avant et après le test de dépistage, et si la confidentialité des résultats et l'anonymat du test peuvent être garantis.

Selon l'association médicale du Canada (AMC), les directives de counseling concernant le test de dépistage du VIH disent que « un consentement éclairé ne peut pas être implicite ou présumé ». Obtenir un consentement éclairé implique :

- éduquer et révéler les avantages et les désavantages liés au test de dépistage du VIH,
- écouter, répondre aux questions et demander la permission avant de dispenser un test de dépistage du VIH.

Après avoir été informé et afin de consentir à un dépistage du VIH, un patient doit être compétent (en mesure de prendre ses propres décisions), et doit être en mesure de comprendre le but, les risques, ainsi que les méfaits et les avantages de subir un test du VIH ainsi que ceux liés à un refus de subir le test en question. Le consentement du patient doit être volontaire.

2.3 Options de test de dépistage du VIH

Test anonyme : les résultats sont transmis au moyen d'un code connu uniquement par la personne qui subi le test. Personne d'autre, incluant le médecin qui a demandé le test, ne connaît l'identité du patient. Si les patients ont des craintes au sujet de leur confidentialité, au sujet des questions ayant attrait à l'immigration ou au sujet de leur éligibilité aux assurances, un test anonyme est la meilleure option. Les tests de dépistage anonyme éliminent toute réservation à l'encontre d'un dépistage du VIH.

Test non nominale : Un code connu par le patient et le docteur qui a demandé le test est utilisé afin de faire une demande de dépistage et non le nom du patient. Certains centres communiquent les résultats positifs aux autorités de la santé publique, de manière confidentielle.

Test nominale : Le nom du patient apparaît sur les formulaires de demande de dépistage du VIH et sur celui des résultats. Ces derniers seront mis à la disposition du docteur du client ou à la disposition des fournisseurs de services de la santé et ils sont enregistrés sur le bulletin médical du patient. Certains centres communiquent les résultats positifs aux autorités de la santé publique, de manière confidentielle.

Afin de déterminer le degré d'anonymat et de confidentialité concernant un test de dépistage du VIH, les clients peuvent demander les questions suivantes avant d'accepter de subir un test de dépistage :

- **Est-ce que le formulaire de demande de test mentionnera mon nom?**
- **Est-ce que les résultats du test auront mon nom marqué dessus?**
- **Est-ce que les résultats du test seront enregistrés sur un bulletin médical?**
- **Est-ce que les résultats du test seront reportés aux autorités de la santé publique?**
- **Que se passe-t-il avant que je subisse le test?**

(Question courantes, Réseau canadien de la santé)

3. L'ÉVALUATION DES RISQUES

Une évaluation des risques prend en considération et identifie tous les facteurs biologiques, sociaux, et économiques qui peuvent contribuer aux risques encourus par une personne. Afin que l'évaluation des risques ait du succès les fournisseurs de services doivent :

- être bien formé (voir manuel 1.0, guide de prévention du VIH 2.2 à 2.2.3);
- être à l'aise de poser des questions détaillées;
- être en mesure de fournir des informations de manière impartiale;
- être en mesure de développer un rapport de base simple avec un patient durant l'évaluation.

Afin de développer cette relation, les fournisseurs de services et les agences qui délivrent des services doivent intégrer une approche non raciste et non oppressive. Pouvoir recevoir des informations sûres, non racistes, non sexistes, non hétérosexistes/ non homophobes et cuturellement appropriées de la part des fournisseurs de services est cruciale lors d'un échange effectif d'information.

Durant l'évaluation de risques, les fournisseurs de services aideront les individus à déterminer les risques d'exposition et de transmission du VIH. Historiquement, les fournisseurs de services se sont centralisés sur ce que les gens faisaient (ex : penser au sexe oral, anal ou vaginal) plutôt que sur la manière dont les gens le faisaient (ex : rapports sexuels protégés et rapports sexuels non protégés, usage de seringues et pipe à crack neuves au lieu d'utiliser des seringues ou pipes à crack usagées)

Les gens ont différentes perceptions au sujet de la prise des risques et de la manière dont ils déterminent le nombre de risques qu'ils sont prêts à prendre. Ce genre de perception est susceptible de changer au court du temps et ce dépendamment du genre de relations intimes existantes. Il est donc impératif que chaque individu comprenne le dynamisme qui dicte la transmission du VIH (Voir guide de prévention du VIH 2.2.3 à 2.3.10.2)

Ces distinctions sont importantes parce que les africains et africains caribéens du Canada rencontrent des défis reliés aux facteurs tel que les stigmates, la discrimination, et les stéréotypes prévalant au Canada et ailleurs. Réduire ces facteurs peut aider les africains et africains caribéens du Canada à éviter la dénégation et tout autres mécanismes qui les poussent à inhiber leurs habilités à sélectionner et à pratiquer de manière proactive la prévention du VIH au quotidien.

3.1 QUESTIONS EN RAPPORT AVEC L'ÉVALUATION DES RISQUES

Voici une liste qui peut être utilisée pour guider l'évaluation de risques. Les fournisseurs de services devraient utiliser ces questions comme opportunité d'éduquer les individus et augmenter leur niveau de compréhension sur la transmission et la prévention du VIH (ex: Lors de l'interrogatoire, expliquer comment et pourquoi cela est considéré comme un risque de transmission du VIH). Cette approche supporte un service centré sur le client et élimine tout mythe ou toute transmission de fausse information.

Souvenez-vous de procéder lentement afin de permettre à toute personne de réfléchir avant de répondre à toute question. Ces questions sont très personnelles et peuvent ressusciter des expériences non voulues ou oubliées. Demandez à peu prés quatre questions ensuite utilisez une période de silence confortable ou un peu d'humour, et si c'est approprié, en vue de dissiper toute tension.

- Est-ce que vous ou votre partenaire sexuel venez de région où le VIH est considéré comme une épidémie généralisée (par exemple plus de 1% de la population générale a été diagnostiquée pour le VIH et SIDA)?
- Est-ce qu'un de vos parents étaient séropositifs durant ou après votre naissance? Est si oui, avez-vous subis un test de dépistage du VIH?
- Avez-vou reçu une transfusion sanguine au Canada, entre 1978-1985? Le dépistage sanguin n'a commencé qu'en novembre 1985
- Avez-vous jamais reçu une transfusion sanguine en dehors du Canada? Si oui, où et quand? À compter de 1990, les précautions universelles en vue de protéger la plus part des produits sanguins étaient en place un peu partout dans le monde. Expliquez que les risques d'infection du VIH par le biais de transfusion sanguine et de dons d'organes sont très faibles.
- Avez-vous reçu une transfusion de produits sanguins?
- Avez-vous subi une chirurgie ou des soins d'urgences dans un camp avec ou sans personnel médical (ex: durant la guerre ou durant des troubles civils)
- Avez-vous été victime de viol (ex : durant votre enfance ou durant la guerre et les instabilités civiles, violé au sein du mariage, violé par vos connaissances)
- Avez-vous subi une mutilation sexuelle féminine ou la circoncision?
- Avez-vous souvent eu des rapports sexuels pénétratifs vaginaux, anaux et oraux, frottements vulve contre vulve non protégés au cours desquels le pré éjaculat, le sperme, le liquide vaginal ou les périodes menstruelles étaient présents?
- Négociez-vous souvent quand et comment vous avez des rapports sexuels (ex : est ce que le consentement est automatiquement considéré et êtes-vous en mesure de dire non?)
- Savez-vous si vos ancien partenaires ou votre présent partenaire sexuel est séropositif?
- Est-ce que vos ancien partenaires ou votre partenaire sexuel actuel a eu des rapports sexuels avec d'autres hommes?
- Est-ce que vos anciens partenaires ou votre partenaire sexuel actuel a consommé des drogues?
- Est-ce que vous ou/et votre ancien partenaire ou votre partenaire sexuel actuel avez partagé des aiguilles injectables?
- Partagez-vous souvent vos aiguilles injectables?
- Avez-vous accès à des aiguilles injectables propres ou accès à de l'eau de javel pour les nettoyer?
- Quelles sont les chances que votre partenaire avec qui vous partagez des aiguilles injectables soit séropositif?
- Comment est ce que les substances que vous injectez influencent votre jugement et votre décision concernant l'usage d'aiguilles injectables neuves et la pratique du sexe sans risque?
- Quelles sont les chances que vous partagiez des tubes pour fumer du crack?
- Combien de fois partagez-vous les tubes pour fumer du crack?
- Avez-vous accès à des tubes pour fumer du crack propres, résistants à la chaleur et qui ne sont pas brisés?
- Quel impact a le crack sur votre jugement et votre décision concernant l'usage d'aiguilles injectables neuves et la pratique du sexe sans risque?

L'information concernant l'évaluation du risque est une adaptation provenant du document <<Hassle Free Clinic Counselling Guidelines>>.

4. AIDER LES CLIENTS À DÉVELOPPER UN PLAN DE PRÉVENTION DU VIH

Les fournisseurs de services sont mieux placés pour partager le savoir avec les clients lorsqu'ils prennent le temps d'établir une relation de confiance avec (ex : Poser des questions concernant la vie et les activités du client de manière authentique). Les fournisseurs de services devraient sélectionner des outils variés lors de l'échange d'information tel que l'utilisation de diagrammes anatomiques ou de mannequins anatomiques à trois dimension ayant toutes les parties relevantes étiquetés selon les langues multiples utilisées par le client. La démonstration de la transmission et la prévention du VIH en utilisant les diagrammes, en utilisant des modèles anatomiques à trois dimensions et en utilisant des scénarios fournissent une gamme d'opportunités qui permettent aux clients d'apprendre, de comprendre et de digérer l'information fournie.

Il est important de déterminer avec les clients ce qu'ils considèrent comme étant leurs priorités concernant la prévention du VIH. Le dialogue fournira de la perspicacité sur la manière de partager le savoir avec le client au sujet de la transmission et de la prévention du VIH.

Les fournisseurs de services qui ont été formé pour disséminer de l'information au sujet de la prévention et de la transmission du VIH peuvent supporter les efforts de prévention du VIH en encourageant et en assistant les gens à élaborer ou développer un plan personnel de prévention du VIH. Les fournisseurs de services doivent être au courant des barrières qui peuvent empêcher certaines personnes à pratiquer les méthodes de prévention du VIH (voir, guide de prévention du VIH 2.3 à 2.3.10).

Cette section fournie de l'information sur les barrières ainsi que les perspicacités sur la manière de développer des stratégies respectueuses afin de surmonter les objections et rebuffades. Un rendement effectif de service requière que les fournisseurs de services ne généralisent pas, ne stéréotypent pas les africains et africains caribéens vivant au Canada; au contraire les fournisseurs de service devraient :

- poser des questions et être à l'écoute et répondre de manière respectueuse tout en démontrant certains aspects de compétence culturelle;
- informer les clients au sujet des efforts que les peuples africains et africains caribéens qui vivent au Canada (tel que le CACVO) font afin de recruter et éduquer les fournisseurs de services qui sont en mesure de fournir des services culturellement appropriés et qui seront en mesure de réduire la transmission du VIH parmi les communautés de la diaspora africaine vivant au Canada;

Durant le partage d'information concernant les interventions de prévention du VIH, les fournisseurs de services devraient :

- revoir et expliquer la liste des options de prévention du VIH (voir 5.0) avec la personne;
- aider la personne à identifier les méthodes de préventions qui sont le mieux adaptées à son type ou à sa fréquence d'activités sexuelles (voir 4.0 à 4.7). Souvent les fournisseurs de services ne sont pas dans le secret concernant la continuité des activités sexuelles de leurs clients. Lorsque ceci est le cas pouvoir fournir des informations sans parti pris est la meilleure approche;
- aider les personnes à identifier les barrières (voir 2.3 à 2.3.10) qui ne permettent pas une application consistante des options de préventions du VIH (ex : limitations financières, communications avec le partenaire, croyances implicites et explicites au sujet de la transmission du VIH);
- pratiquer un remue-méninges avec les clients et identifier les stratégies qu'une personne peut utiliser afin d'augmenter graduellement l'usage de choix personnel des pratiques sexuelles à risque réduit et de méthodes d'usage de drogues;

- supporter la personne à identifier une date à laquelle elle commencera à implémenter une intervention de prévention du VIH ou un horaire de dépistage du VIH et une date pour une implémentation entière et consistante;
- établir une date de suivie et une référence vers des services de support additionnel ou programmes (ex: thérapeute/conseiller, groupe communautaire/activités, travailleurs chargés du logement. La transmission du VIH est inextricablement liée aux déterminants sociaux de la santé);
- aider la personne à identifier ses propres indicateurs de succès ou « milestones » afin d'évaluer le progrès d'implémentation des méthodes de prévention et l'horaire de dépistage;
- aider la personne à identifier ce qui fonctionne ou ne fonctionne pas pour ce qui est de leur pratique de prévention du VIH, faire un remue-méninges avec le client au sujet des ajustements possible qui lui permettront d'atteindre ses objectifs;
- apporter un support aux processus d'implémentation des ajustements identifiés par la personne;
- travailler avec la personne afin de réévaluer et de modifier au fur et à mesure que le besoin se présente.

Prévenir la transmission du VIH inclue des changements au niveau individuel et systémique. Les comportements individuels, tels que pratiquer le sexe à risque réduit et l'usage de drogues à risque réduit, réduiront la possibilité et la probabilité de transmission du VIH. L'usage du préservatif masculin ou féminin, ainsi que les autres méthodes de prévention du VIH réduisent les risques de transmission du VIH.

4.1 CHOISIR LES MÉTHODES APPROPRIÉES DE PRÉVENTION

Les fournisseurs de services devraient insister sur :

- l'importance d'utiliser de manière consistante les méthodes appropriées de prévention du VIH, ainsi que l'importance de subir un test de dépistage du VIH régulièrement;
- le fait que dépistage du VIH est important, cependant il ne constitue pas une substitution à la prévention du VIH;
- le fait que la prévention du VIH est la responsabilité de chacun et que toute personne ayant subie un diagnostique positif du VIH est responsable selon la loi de mentionner son/sa séropositivité avant de s'engager à des rapports sexuels non protégés (contacter le réseau juridique canadien VIH/SIDA, www.aidslaw.ca ou le HIV/AIDS Legal Clinic of Ontario, www.halco.org pour de plus amples informations).

4.2 LES STRATÉGIES DE PRÉVENTION POUR LES GENS QUI PASSENT D'UNE RELATION INTIME À COURT TERME VERS UNE RELATION INTIME À LONG TERME.

Les directives de prévention du VIH typiquement recommandent l'usage systématique et consistant des préservatifs masculin et féminin lorsqu'il y a rapport sexuel vaginal, oral ou anal, indépendamment de l'état maritale ou de la durée de la relation intime. Cependant, certaines personnes choisissent de ne plus utiliser le préservatif, lorsqu'elles passent d'une relation intime à court terme vers une relation intime à long terme. Les fournisseurs de service devraient :

- informer les clients qu'il est important de subir un test de dépistage du VIH et de recevoir les résultats avant de décider de ne plus utiliser le préservatif;
- informer les clients d'utiliser les préservatifs au sein d'une relation intime si les activités sexuelles non protégées ont lieu avant le dépistage du VIH;
- informer les clients qu'eux et leurs partenaires sexuels devraient subir un test de dépistage du VIH avant d'essayer de concevoir un enfant, afin de réduire les risques de transmission du VIH.

Informer et conseiller des couples au sujet de la prévention du VIH est plus effectif lorsque le sujet est abordé dans le cadre des soins de santé préventives plutôt que dans le contexte relié à la fidélité et à la confiance au sein du couple. La prévention du VIH et l'éducation sexuelle (voir guide de prévention du VIH 2.2.3) nécessitent que les individus prennent une responsabilité individuelle au sujet de la prévention et du dépistage et par conséquence créent une réponse collective et proactive. Si un couple utilise la prévention du VIH afin de se concentrer sur les problèmes reliés à la fidélité et la confiance au point de ne pas discuter et de ne pas sélectionner ouvertement les options de réduction de danger, le couple devrait être référé à un conseiller formé ou thérapeute pour counseling individuel ou de couple.

5. INTERVENTION : PRÉVENTION DU VIH

Certaines personnes pensent qu'elles sont en mesure de déterminer qui est infecté par le VIH et par conséquent être en mesure de se protéger contre le VIH en évitant des rapports sexuelles avec les personnes qu'elles « pensent » être séropositives. Les faits sont simples et personne n'est en mesure de déterminer qui est séropositif et qui ne l'ai pas, particulièrement au cours de la période asymptomatique (voir appendice 3.0 progression clinique du VIH). Il est donc important que les fournisseurs de services insistent sur le fait que la transmission du VIH peut avoir lieu à chaque fois que des rapports sexuels non protégés ont lieu et que les facteurs clés (voir partie 1, guide de préventions du VIH 2.3-2.10) qui ont lieu au courant de la vie quotidienne ont un plus grand impact sur le risque d'exposition au VIH et sur le risque de transmission du VIH.

Les sections 4.0 à 5.2.1 et 5.3.1 à 5.4 fournissent une variété de méthodes de prévention du VIH que les fournisseurs de services peuvent discuter avec leurs clients. Plusieurs personnes n'ont jamais eu l'opportunité d'apprendre, de sélectionner et d'utiliser les méthodes de prévention du VIH. Par conséquence, les fournisseurs de services doivent identifier les moments clés qui leur permettent de discuter respectueusement et ouvertement l'importance de la prévention du VIH et ce au fur et à mesure qu'elles sont reliées aux valeurs et aux priorités du client.

Une approche effective de prévention du VIH inclue le maintien d'un système immunitaire sain par le biais de nutrition appropriée, logement, peu de stress (voir Partie 1, guide de prévention du VIH, 2.2.1), support environnemental ou réseaux (ex : non raciste, non oppressif) par le biais de décision qui supportent la santé à court et à long terme et ce en limitant le nombre de partenaires sexuels, en communiquant avec les partenaires sexuels lors de la négociation des pratiques sexuelles à risque réduit lorsque possible (toutes activités sexuelles ne sont pas toujours consensuelle). L'usage consistant des méthodes préventives(voir 5.1), telle que les préservatifs, appuyé par un dépistage régulier du VIH ainsi que les pratiques de réduction du danger (voir 5.3,5.4) diminuent l'exposition au sang, au pré éjaculat, au sperme, et au liquide vaginal à tout moment possible.

5.1 LE CHOIX DE METHODES PRÉVENTIVES CONTRE LE VIH

Les sections 5.1.1 à 5.4, donnent un menu d'options de sexe sans risque et d'usage de drogues qui fournissent aux clients une sériede méthodes leur permettant de prévenir une transmission du VIH.

5.1.1 Les préservatifs

Les préservatifs féminins et masculins faits de latex ou de polyuréthane sont une barrière effective et un des outils les plus important de prévention de la transmission du VIH. Les préservatifs féminins sont fait de polyuréthane et les préservatifs masculins sont disponibles en latex et en polyuréthane. Les préservatifs en polyuréthane sont plus solides que les préservatifs en latex mais ils sont également plus chers. Les préservatifs masculins fait en polyuréthane sont plus facile à enfiler, cependant ils ne s'étirent pas autant que ceux en latex. Contrairement aux préservatifs en latex, le polyuréthane ne se décompose pas lorsque exposé à la chaleur et à la lumière; ils peuvent donc être stockés jusqu'à 5 ans. Le polyuréthane conduit mieux la chaleur ce qui lui donne une sensation encore plus naturelle. Les personnes qui sont allergiques au latex peuvent utiliser les préservatifs en polyuréthane.

Note : Les préservatifs en peau d'agneau ne remplissent pas les mêmes standards que les préservatifs en latex (voir encadré). Lorsque utilisés tout seuls ils ne fournissent pas une prévention effective du VIH parce que le virus peut passer à travers la membrane. Les personnes qui sont allergiques au latex peuvent utiliser le préservatif en peau d'agneau recouvert d'un préservatif en latex. Si le partenaire sexuel qui subi la pénétration est allergique au latex, le préservatif en peau d'agneau peut être utilisé pour recouvrir le préservatif en latex.
(Transmission du VIH: guide d'évaluation du risque, 2005)

Contrôle de qualité du préservatif

Au Canada, les préservatifs sont classifiés comme étant des appareils médicaux et sont sujet aux régulations de contrôle sous l'acte de la nourriture et des médicaments et de la régulation administrée par la branche de la protection de la santé Canada. Les régulations établissent des standards que les manufacturiers de préservatifs doivent remplir ce qui s'applique à toute sorte de préservatifs disponibles pour distribution et en vente ici au Canada, incluant ceux qui sont vendus dans les machines à vente et ceux qui sont commandés par courrier. Par exemple; tous les préservatifs doivent être proprement empaquetés, étiquetés et tous les manufacturiers doivent informer le bureau de santé Canada de toutes ventes de préservatifs. Les préservatifs en latex doivent être conforme à la longueur et largeur requise, et doivent également passer les tests spécifiques de fuite d'eau, d'amplification du volume et d'amplification de la pression. Les manufacturiers de préservatifs en matière synthétique (ex: polyuréthane pour le préservatif féminin) doivent soumettre des données concernant le danger et l'efficacité de leurs produits et démontrer qu'ils fournissent une barrière effective contre les microorganismes et le sperme.

5.1.2 L'usage du préservatif masculin

Si les préservatifs sont utilisés comme il faut, ils peuvent réduire les risques de transmission du VIH de manière substantielle. Il est donc important d'encourager les clients à suivre ces directives.

L'usage des préservatifs demande une certaine habitude. Les hommes qui utilisent les préservatifs pour la première fois devraient s'habituer à les utiliser lorsqu'ils sont tous seul avant de les utiliser avec leur partenaire sexuel. Les femmes peuvent également pratiquer l'usage des préservatifs en les enfilant sur un substitut du pénis; ex : godemiché, concombre; afin de s'assurer que leurs partenaires sexuels masculins savent comment enfiler un préservatif et afin qu'elles se sentent en mesure de demander le port du préservatif à chaque fois qu'elles ont des rapports sexuels.

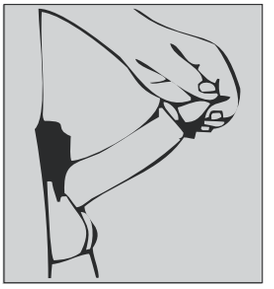
Les préservatifs épais en latex sont utilisés au cours de rapports sexuels anaux. Même s'il n'existe que très peu d'évidence pour démontrer qu'ils sont plus efficaces que les préservatifs réguliers, il existe quelques évidences qui prouvent que les préservatifs réguliers brisent ou glissent plus fréquemment lorsque utilisés au cours des rapports sexuels anaux, même si ceci peut être dû à un niveau élevé de mauvais usage.

COMMENT UTILISER UN PRÉSERVATIF EN LATEX

1

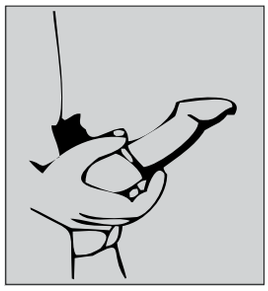
Ouvrir l'emballage soigneusement. Les ongles longs et une dure manipulation peuvent briser le préservatif. Le préservatif ne se déroule que dans un sens. Déterminer le sens dans lequel il se déroule. N'ouvrir l'emballage que lorsque vous êtes prêt à l'utiliser. Conserver les paquets de préservatifs dans un endroit frais et sec.

2



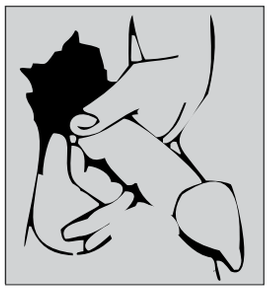
Presser doucement le bout du préservatif pour en faire sortir l'air parce que cet air peut l'endomagger. Une généreuse portion de lubrifiant à base d'eau sur le bout du préservatif augmente la sensation. A l'extérieur cela évite que le préservatif ne se brise. N'utiliser que les lubrifiants à base d'eau. N'utiliser pas les lubrifiants à base d'huile car ils endommagent les préservatifs.

3



Placer le préservatif sur le bout du pénis en érection et dérouler le gentiment de manière à ce qu'il recouvre tout le pénis. Si vous n'êtes pas circonscrit, repousser le prépuce du pénis avant d'enrouler le préservatif. S'assurer que tout air présent au bout du préservatif est évacué en pressant doucement sur le bout du préservatif et vers le bas du pénis

4



Après éjaculation, retirer le pénis lorsqu'il est encore en érection. Maintenir le préservatif au fur et à mesure que vous déroulez afin que le préservatif ne glisse pas. Débarrassez-vous du préservatif usagé dans une poubelle, et lavez-vous.

(Société canadienne du SIDA 2004)

Achat, conservation et usage du préservatif

Il existe plusieurs marques de préservatifs. Essayer plusieurs afin de déterminer celui qui est le plus confortable. Utiliser toujours les préservatifs avant leur date d'expiration marquée sur l'emballage. Si vous avez des doutes, procurez-vous une nouvelle livraison.

Les préservatifs devraient être conservés dans un endroit frais et sec. Une exposition à la chaleur peut détériorer le préservatif. Les préservatifs en polyuréthane ne sont pas affectés par la chaleur ni la lumière et ils peuvent être stockés pendant cinq ans.

Ouvrez gentiment le paquet car les dents et les ongles peuvent déchirer le préservatif.

Utilisez un nouveau préservatif au cours de chaque acte sexuel (oral, vaginal ou anal).

Maintenez le préservatif sur le pénis en érection. Si le pénis n'est pas circoncis, repoussez le bout du prépuce vers l'arrière avant d'enfiler le préservatif. Mettez le préservatif tout en pinçant le bout du réservoir et dérouler le tout au long du pénis jusqu'à la base du pénis. Si le préservatif n'a pas un bout de réservoir, pincez le préservatif à l'extrémité afin de laisser un peu d'espace entre le bout du pénis et l'extrémité du préservatif pour pouvoir collecter le sperme après éjaculation. Si le préservatif se brise, retirez le pénis et enfilez un nouveau préservatif avant de reprendre les rapports sexuels.

N'utilisez que des lubrifiants à base d'eau (les lubrifiants à base d'huile tel que l'huile de cuisine ou huile végétale, huile pour bébé, lotion pour les mains ou gelée de petrolium détériorent les préservatifs et les brisent). Enlevez le préservatif après éjaculation et ce en maintenant l'érection. Pour l'enlever, maintenez l'extrémité du préservatif entre vos doigts et retirez le pénis doucement afin de ne pas renverser le sperme.

Enlevez le préservatif tout en s'assurant que le sperme n'est pas renversé. Soigneusement jetez le préservatif. Ne jamais le réutilisez. (Transmission du VIH: guide d'évaluation du risque, 2005)

5.1.3 L'usage du préservatif féminin

Le préservatif féminin est en ce moment reconnu et disponible aux points de vente au Canada (sa disponibilité peut varier). Il est possible que le préservatif féminin ne soit pas physiologiquement approprié pour les femmes qui ont subi une mutilation sexuelle (particulièrement le type III et le type IV) surtout si plus de deux doigts ne peuvent pas être insérés dans le vagin. Le préservatif féminin constitue la première génération de barrières vaginales spécifiques contre le VIH. Il s'agit d'une gaine qui recouvre le vagin et qui comprend deux anneaux flexibles en plastique et ce à chaque extrémité. L'extrémité fermée est insérée dans le vagin tandis que l'extrémité ouverte reste en dehors du corps et repose contre les lèvres externes du vagin. Le préservatif féminin est accompagné d'un lubrifiant à base d'eau qui facilite son insertion et qui permet des mouvements confortables au cours du sexe. Il peut être inséré dans le vagin jusqu'à huit heures avant tout rapport sexuel de pénétration.

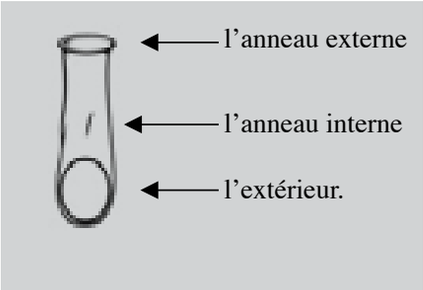
Un test du préservatif féminin indique que :

- la fuite de sperme après les rapports sexuels est moins fréquente que celle durant l'usage du préservatif masculin;
- le risque que le sperme se retrouve dans le vagin dû à un délogement du préservatif est un tiers moindre;
- il existe très peu de risque d'infection ou d'irritation (même lorsque le préservatif féminin est laissé dans le vagin pendant une nuit), donc même les femmes ayant une peau très sensible peuvent l'utiliser;
- plusieurs femmes ainsi que leurs partenaires sexuels trouvent qu'il est acceptable, cependant certaines personnes sont concernées par le fait que la partie du préservatif qui reste en dehors du vagin est esthétiquement repoussante et certaines femmes ont reporté un manque de confort dû aux anneaux (Ces problèmes diminuent au fur et à mesure que les gens s'accoutument à cet appareil[1]).

Le préservatif féminin est plus durable que le préservatif masculin et également plus cher à manufacturer[2] parce qu'il est fait en polyuréthane et non en latex. Plusieurs recherches ont été fait afin de déterminer le danger et l'acceptabilité liés à la réutilisation du préservatif féminin; dans le but de rendre ce préservatif plus accessible et moins cher. Sur base de consultation des experts, l'organisation mondiale de la santé (OMS) ne recommande pas et ne promotionne pas la réutilisation du préservatif féminin[3]. Cependant, en reconnaissance l'urgence d'une stratégie visant à réduire le risque que courent certaines femmes qui n'ont pas un accès facile aux préserfatifs neufs, l'OMS a développé un protocole brouillon concernant une manipulation sans risque et une préparation du préservatif féminin réutilisable. Ceci se base sur les meilleurs évidences disponibles mais n'a pas été recherché de manière intensive pour des raisons de risques et d'efficacité liés à l'usage humain (afin d'accéder au protocole de l'OMS et tout autre source reliée à la réutilisation du préservatif féminin, voir www.reusefemalecondom.org). Le préservatif féminin fournit aux femmes une opportunité d'avoir plus de contrôle de leur propre vulnérabilté. Tout comme pour le préservatif masculin, un usage convenable est crucial pour garantir l'efficacité du préservatif féminin. Les fournisseurs de services devraient encourager les clients à suivre les directives d'usage.

1 Family Planning Perspectives Digest, 33(4). juillet/août 2001
2 Notez : les études à date concernent exclusivement la marque Reality TM female condom, et les recommandations de l'OMS s'appliquent exclusivement à cette marque.
3 le XIV International AIDS Conference à Barcelone, juillet 2002

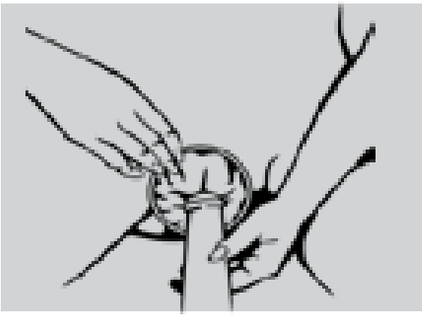
COMMENT UTILISER UN PRÉSERVATIF FEMININ



1. Assurez-vous que le préservatif est complètement lubrifié à l'intérieur et à l'extérieur. Ajouter un peu plus de lubrifiant si nécessaire.

2. À l'aide d'une main presser l'anneau interne.
3. À l'aide de votre autre main séparer les lèvres externes de votre vagin.

4. Pousser le préservatif au fond de votre vagin le plus loin possible. L'anneau interne reposera confortablement contre l'entrée du col de l'utérus.
5. L'anneau externe devrait demeurer visible à l'extérieur de votre vagin.



6. Lorsque les deux partenaires sexuels sont prêts, guider le pénis à l'intérieur du préservatif féminin.

7. Après l'éjaculation, tourner gentiment l'anneau externe et retirer gentiment le préservatif.
8. Jeter le préservatif dans la poubelle et non dans la toilette.

UTILISATION DU PRÉSERVATIF FEMININ

1. **Faites attention de ne pas déchirer le préservatif lorsque vous ouvrez le sachet;**
2. **Choisissez une position qui soit confortable : Accroupissez vous, soulevez une jambe ou asseyez-vous. Examinez le préservatif afin de vous assurez qu'il est complètement lubrifié à l'intérieur et à l'extérieur;**
3. **Prenez la partie souple du préservatif, tout en retenant le préservatif par son extrémité fermé, et pressez l'anneau interne entre votre pousse et le majeur ou entre votre pousse et l'index afin de rendre l'anneau long et étroit;**
4. **À l'aide de votre main séparez les lèvres externes de votre vagin;**
5. **Insérez gentiment et complètement l'anneau interne dans votre vagin. Ressentez l'anneau interne se positionner en place;**
6. **Ensuite, placez votre index à l'intérieur du préservatif et poussez l'anneau interne aussi loin que possible. L'anneau interne devrait être derrière l'os pubien. Veuillez vous assurez que le préservatif ne soit pas tordu. L'anneau externe doit rester en dehors du vagin;**
7. **Le préservatif est maintenant en place et prêt à être utilisé avec un partenaire sexuel. Il recouvre la paroi vaginale;**
8. **Guidez le pénis gentiment à l'intérieur du préservatif à l'aide de votre main, assurez-vous que le pénis ne se trouve pas entre le préservatif et l'intérieur du vagin. Utiliser suffisamment de lubrifiant afin que le préservatif reste en place durant l'activité sexuelle. Si le préservatif est tiré vers l'extérieur ou poussé vers l'intérieur cela signifie qu'il n'y a pas suffisamment de lubrifiant. Ajouter un peu plus de lubrifiant sur le bout du pénis et réinsérer le;**
9. **Afin d'enlever le préservatif tordez l'anneau externe et retirer le doucement. Essayer de le faire avant de vous relevez afin d'éviter de renverser le sperme;**
10. **Jetez le préservatif dans la poubelle et ne le jetez pas dans la toilette.**

Même si le préservatif féminin n'est pas désigné ou reconnu pour usage durant le sexe anal, il a été utilisé à cet effet par plusieurs personnes. Une étude de recherche qui a examiné l'usage du préservatif féminin parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, a déterminé que 57% des hommes ont reporté des problèmes incluant saignement anal encouru par le partenaire sexuel receveur[4]. Afin de réduire le traumatisme ou manque de confort durant les rapports sexuels anaux, utilisez un lubrifiant à l'intérieur et enlevez l'anneau interne du préservatif et placez le préservatif sur le pénis en érection. (Toronto Public Health, 2004)

[4] Gross M, Buchbinder SP, Holte S, Celum CL, Koblin BA, Douglas JM. Use of reality female condoms for anal sex by US men who have sex with men. HIVNET Vaccine Preparedness Study Protocol Team. Am J Public Health, 89(11):1739-41. 1999 Nov.

5.1.4 Les digues dentaires

Les digues dentaires sont des gaines carrées en latex conçues par les dentistes afin d'isoler une dent pour des fins de contrôle d'infection. Même si le cunnilingus (bouche sur vagin) et l'anulingus (bouche sur anus) présentent un risque négligeable de transmission du VIH; les gens qui veulent réduire leurs risques encore plus peuvent utiliser la digue dentaire, selon les directives suivantes :

- rincez la avec de l'eau afin de la débarrasser de toute couche poudreuse;
- mettez du lubrifiant à base d'eau sur le vagin ou l'anus de votre partenaire sexuel et placez une nouvelle gaine carrée en latex de manière à ce qu'elle recouvre complètement l'ouverture vaginale ou anale;
- retenez la digue dentaire en place fermement à l'aide des deux mains et appliquez votre bouche et langue sur le côté non-lubrifié de la digue;
- lorsque vous avez fini, jetez la digue dans la poubelle et non la toilette.

Plusieurs personnes trouvent que la digue dentaire est trop petite, qu'elle est difficile à utiliser et qu'elle réduit considérablement la sensation. Les digues dentaires sont souvent disponibles seulement dans les magasins médicaux. Une alternative que plusieurs gens trouvent être plus accessible est un préservatif masculin neuf découpé et non lubrifié, ou des gants en latex, placé sur le vagin ou l'anus tout en utilisant le processus décrit ci haut.

Certains éducateurs du SIDA recommandent l'usage de films alimentaires comme mode de réduction de risque pour le cunnilingus et l'anulingus. Une seule marque, Glad, a été testé en laboratoire. Elle s'avère être effective à empêcher la transmission du virus de l'herpes simplex. Elle n'a pas été testé comme une méthode de barrière contre le VIH. Les films alimentaires ne subissent pas des tests de contrôle de qualité désignés pour filtrer les virus et les micro-organismes. Cependant ils sont moins chers, plus accessible et facile à utiliser. Les films alimentaires présentés sur le marché comme pouvant être utilisés dans le micro-onde sont plus poreux que les films alimentaires conventionnels et il n'est pas recommandé de les utiliser durant les rapports sexuels. (La transmission du VIH: guide d'évaluation du risque, 2005)

5.1.5 Les gants de latex et les couvre-doigts

Les gants de latex recouvrent toute la main incluant la base du poignet. Le couvre-doigt est en latex et ne recouvre qu'un seul doigt. Si utilisés avant l'insertion du doigt ou la main dans le vagin ou l'anus; les deux réduisent tout risque de transmission du VIH par le biais de blessures ouvertes, de lésions, de brûlures, d'éruptions sur les mains ou les doigts. Il est recommandé de les utiliser durant le « fingering » et le « fisting ». Les gens qui sont allergiques au latex ou à la poudre qui se trouve à l'intérieur des gants de latex peuvent utiliser des gants en polyuréthane à la place. Il faut toujours faire attention à ne pas percer les gants avec les ongles ou les bijoux au cours des activités sexuelles vigoureuses. Les bijoux devraient toujours être enlevés avant d'enfiler les gants. (La transmission du VIH: Guide d'évaluation du risque, 2005)

5.1.6 Les barrières cervicales

Les barrières cervicales (ex : le diaphragme et le cap cervical) sont en latex doux ou cap en silicone qui restent en place à l'extrémité interne du vagin et recouvrent l'entrée du col. Elles sont couramment utilisées afin d'empêcher toute grossesse. Certaines études de recherches ont présentement lieu afin de déterminer si les barrières cervicales peuvent être utilisées pour réduire la transmission du VIH et autres IST. Même si l'entrée du col n'est pas le seul site de transmission vaginale du VIH ou celle des IST, il est possible qu'une femme réduise son risque d'infection en protégeant l'entrée du col de l'utérus avec une barrière.

Les chercheurs s'acharnent à trouver de nouvelles méthodes de barrières cervicales qui seraient faciles à utiliser pour la contraception et d'autres chercheurs explorent les possibilités de leur usage contre la prévention des maladies. Des études d'observation ont déjà démontré qu'il existe une relation entre l'usage des barrières cervicales[5] et la réduction des risques pour ce qui est des autres IST. Encore plus de recherches sont nécessaire afin de déterminer si les méthodes de barrières cervicales utilisées seules ou utilisées avec un microbicide pourraient protéger les femmes contre ces maladies[6].

Le spermicide nonoxynol-9 (N-9) peut causer des irritations vaginales ce qui peut augmenter les risques de contracter le VIH et les autres IST de la part des partenaires sexuels. Les recherches sur les barrières cervicales pour la prévention du VIH disent que l'usage des produits à base de N-9 n'est pas recommandé pour ceux qui sont à risque d'infection du VIH. (La transmission du VIH : Guide d'évaluation du risque, 2005)

L'importance de protéger l'entrée du col

Durant les rapports sexuels hétérosexuels, les femmes sont physiquement plus vulnérables à une transmission du VIH que les hommes. Cela est dû en partie à l'anatomie de l'entrée du col. Contrairement à la paroi vaginale épithéliale qui est constituée approximativement de 30 à 50 couches de gras et de cellules solides, la surface de l'entrée du col est constituée d'une seule couche de cellules fragiles qui sont plus facilement endommagées. Chez les jeunes femmes, ces cellules fragiles de l'entrée du col sont plus vulnérables et exposées que chez les femmes adultes. De plus, plusieurs des cellules proies du VIH, incluant les cellules CD-4, sont trouvées beaucoup plus à l'entrée du col que sur le reste du vagin. Le passage de fluides infectieux dans le conduit génital supérieur (également très susceptible) via l'entrée du col peut être un facteur additionnel dans la transmission du VIH chez les femmes.

[5] Moench T, Chipato T, Padian N. Preventing disease by protecting the cervix: the unexplored promise of internal vaginal barrier devices. AIDS, 15(13):1595-1602. 2001.
[6] Cervical barriers viewed on the Internet at www.global-campain.org/barriers.htm (Source La transmission du VIH: guide d'évaluation du risque - 5ième édition. Société canadienne du SIDA. 2005 http://www.cdnaids.ca/web/repguide.nsf/pages/cas-rep-0307---Fre

5.2 LES METHODES DE PRÉVENTION CONTRE LE VIH (NON BARRIÈRES)

5.2.1 Le model d'abstinence

Le model d'abstinence est basé sur une adhérence stricte à une prohibition complète des rapports sexuels pré- marital et à une prohibition des rapports sexuels post marital en dehors du mariage et ce durant toute la vie et période sexuelle active de ces personnes. Certains adeptes interdisent l'usage des préservatifs. Ce model peut ne pas être effectif si :

- un des partenaires sexuels est séropositif avant d'adhérer à ce model;
- les gens qui suivent le mode d'abstinence évitent les rapports sexuels vaginaux mais ils ont des rapports sexuels oraux et anaux non protégés à la place.

5.2.2 Les microbicides

Les microbicides sont des produits qui sont en mesure d'empêcher la transmission sexuelle du VIH et celle d'autres IST. Il est fort probable que les méthodes complémentaires d'intervention de prévention du VIH, telle que l'usage des préservatifs, sera utilisé pour augmenter l'efficacité des microbicides. Au moment de cette publication, aucun microbicide n'a été approuvé au Canada ou ailleurs (août 2006).

Les microbicides sont des composés qui peuvent être appliqués dans le vagin et le rectum afin de protéger contre les maladies transmissibles sexuellement incluant le VIH. Ils peuvent être manufacturés comme gels, crèmes, para films, et suppositoires. Les microbicides peuvent ou peuvent ne pas avoir une activité spermicide (effet contraceptif).

5.2.3 Les vaccins du VIH

Un vaccin du VIH est un produit qui empêche la transmission du VIH en déclanchant le système immunitaire qui développe des anticorps capables de combattre le VIH. Au moment de cette publication aucun vaccin du VIH n'a été approuvé au Canada ou ailleurs.

Il est possible que le premier vaccin ne sera pas complètement effective et devra probablement être utilisée en combinaison d'autres méthodes de prévention (ex : les préservatifs). Les vaccins feront part d'une approche compréhensive de prévention du VIH qui inclue également la promotion de la santé et l'intervention des comportements.

5.3 L'USAGE DE DROGUES À RISQUE RÉDUIT

5.3.1 L'injection de drogues à risque réduit

Le partage des aiguilles ou seringues afin de s'injecter des substances telles que la cocaïne, l'héroïne, l'insuline, les stéroïdes anabolisés, les hormones ou les vitamines supplémentaires présente un grand risque de transmission du VIH. Le sang présent dans le bout d'une aiguille usagée et celui présent dans la seringue est directement injecté dans le sang d'une autre personne.

Le VIH peut être présent dans le sang contenu dans une aiguille ou seringue pour une durée allant de 24h à

72 heures[7]. Le partage des aiguilles ou seringues peut également transmettre d'autres virus transmissibles par voie sanguine tel que l'hépatite B et l'hépatite C. Chez les gens vivant avec le VIH, une co-infection de l'hépatite C peut accélérer la progression de la maladie, créer des complications et réduire les options de traitement. Afin de réduire les risques associés à l'usage de drogues injectables :

- utilisez une aiguille et seringue neuve à chaque fois;
- si le partage d'une aiguille ou seringue est absolument inévitable, nettoyez les avec une solution de javel contenant de l'eau. Toute marque d'eau de javel maison peut servir quoique l'eau de javel la plus concentrée soit meilleure;
- si l'eau de javel non diluée n'est pas disponible, utilisez l'eau de javel diluée;
- si l'eau de javel non diluée n'est pas disponible, utilisez un détergent de vaisselle liquide, de l'hydrogène de peroxyde, de l'alcool, des liqueurs fortes (« tunnel wash » - un mélange de savon, de javel diluée, du vinaigre et d'eau - est largement utilisé dans les prisons où l'eau de javel n'est pas facilement accessible);
- utilisez de l'eau stérile (disponible dans certains centres d'échange de seringues) afin de les rincer ou utilisez de l'eau qui a été récemment bouillie si l'eau stérile n'est pas disponible.

L'usage de drogues injectables, même avec des aiguilles et seringues neuves, prédispose les gens aux risque d'abcès, d'infection au site d'injection, de coagulation du sang, d'infection du cœur et de pneumonie bactérienne ce qui peut menacer sérieusement la santé des gens qui vivent avec le VIH. (La transmission du VIH: guide d'évaluation du risque, 2005)

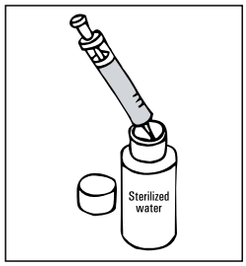
7Masters, B., et al. Recovery of HIV from syringes. 12th World AIDS Conference Abstract 23222,1998

Nettoyage des aiguilles

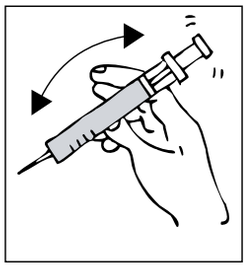
Il a bien été établi que le partage des aiguilles et celui des seringues pose un grand risque de transmission du VIH, de l'hépatite C, et celle d'autres virus sanguins. Afin d'éviter ce risque, une aiguille et seringue neuve devrait être utilisée à tout moment. Essayez de ne pas partager les seringues et si vous les partagez, assurez-vous de toujours nettoyer les aiguilles et les seringues avec du javel et de l'eau. Voici comment :

Rincer à l'eau X1

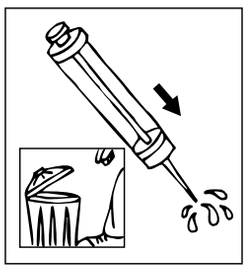
Remplir la seringue complètement avec de l'eau stérile (eau savonneuse si possible). Mélanger Vider. Ne réutiliser pas cette eau



REMPLIR



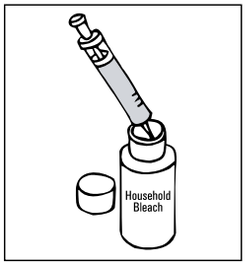
AGITER



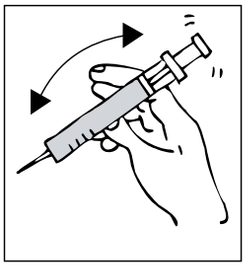
VIDER
JETTEZ LA BOUTEILLE D'EAU

Eau de javel

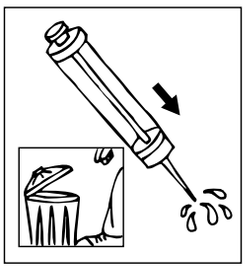
Remplir la seringue complètement avec de la javel extra fort laisser reposer pendant au moins 30 secondes Agiter. Vider. Répéter



REMPLIR



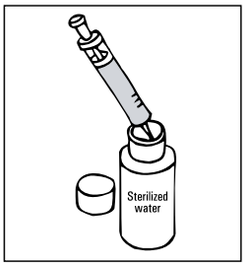
AGITER



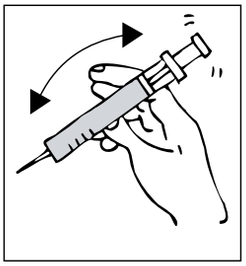
VIDER

Rincer à l'eau X2

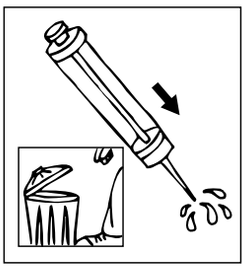
Remplir la seringue complètement avec de l'eau stérile. Agiter. Vider (non pas dans le contenant). Répétez.



REMPLIR



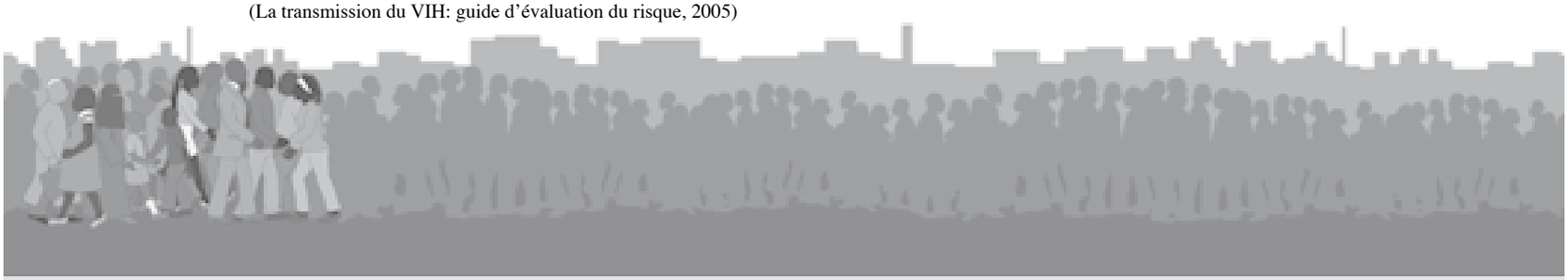
AGITER



VIDER

Nettoyez les cuillères avec de l'eau de javel. Utilisez un nouveau filtre à chaque fois. Vous pouvez obtenir de la javel et de l'eau dans n'importe quel centre d'échange de seringues.

(La transmission du VIH: guide d'évaluation du risque, 2005)



5.3.2 L'usage de drogues non injectables à risque réduit

Le VIH peut se propager durant le partage des pailles ou pipes utilisées pour sniffer (inhaler) ou fumer des drogues. Par exemple, du sang présent sur la paille ou la pipe peut entrer dans le liquide sanguin d'une autre personne à travers la membrane nasale ou coupure et plaies sur les lèvres (souvent invisibles à l'œil nu). Les fumeurs de crack sont aussi vulnérables à d'autres maladies infectieuses et problèmes de santé : une brûlure et une coupure dû à l'usage de pipes fabriquées à la main, tel que les bouteilles en verre, les cannettes en aluminium, les bouteilles en plastique et les inhalateurs sont des voix principales de transmission de l'hépatite C et la toxicité de la plus part de ces pipes de fortune cause des infections pulmonaires.

Afin de réduire ces risques, les personnes sniffant (inhalant) ou fumant des drogues :

- ne devraient pas partager leurs équipements;
- devraient avoir accès à des trousses d'usage de crack à risque réduit

Une trousse d'usage de crack à risque réduit contient un tube en verre, une pièce en caoutchouc qui est enroulée sur le tube, et un filtre pour ces drogues. Ceci permet d'éviter que les utilisateurs ne partagent des pipes « usagées» (ex : les pipes brisées, cassées, ou utilisées par d'autres) qui peuvent transmettre des maladies tel que le VIH et l'hépatite B. (Canadian Harm Reduction Network, 2006)

5.4 LE TATOUAGE, LE PERÇAGE, L' ÉLECTROLYSE ET L'ACUPONCTURE À RISQUE RÉDUIT

Le VIH peut être disséminé durant n'importe quelle procédure qui requière l'usage d'aiguilles, telle que le tatouage, le perçage, l'électrolyse et l'acupuncture et ce si les aiguilles sont réutilisée. Afin de réduire le risque :

- tout tatoueur, perçeur, électrolyseur, ou acuponctureur devrait suivre les précautions universelles (similaire à celles utiliser dans les hôpitaux), l'usage unique des seringues neuves et la stérilisation des équipements;
- selon la loi, toutes les aiguilles utilisées durant de telles procédures doivent être utilisées une seule fois et jetées après usage;
- tout individu recherchant de tels services devrait s'informer au sujet des précautions utilisées dans les cliniques ou studio et demander que les équipements soient ouverts devant lui afin de dissiper toute peur;
- les gens devraient négocier l'acceptabilité de leur propre degré de risque dans des circonstances où il n'est pas possible de s'assurer que les aiguilles ou tout autre instrument utilisé pour le tatouage ou perçage soit neuf et propre.

Le perçage des appareils génitaux peut augmenter le risque de transmission sexuelle du VIH dû à la perforation du préservatif. Afin de réduire ce risque, les hommes qui ont percé le bout de leur pénis devraient utiliser un préservatif extra large ou un préservatif ayant un large réservoir.
(La Transmission du VIH: guide d'évaluation du risque, 2005)

APPENDIX

1. AU SUJET DU VIH

1.1 LES TYPES DE VIH

Il existe deux types de VIH : VIH 1 et VIH 2 qui sont génétiquement identique. Les deux virus se transmettent de la même manière (voir guide de prévention du VIH 1.2) et sont la cause du SIDA cliniquement identique. Le VIH1, sous type B est le virus prédominant au Canada (Amérique du nord ou Europe). Le VIH 2 a une plus longue période entre l'infection initial et la maladie et est moins prévalent au Canada.

Les souches du VIH 1 peuvent être classifiées en trois groupes :

- Groupe M (majeur) représente 90% des infections
- Groupe O ('outlier')
- Group N (nouveau)

Le groupe M comprend neuf sous-types qui se retrouvent dans différents endroits du monde.

Lorsque deux virus de souches différentes se rencontrent dans les cellules d'une personne séropositive, leur matériel génétique génère un nouvel hybride du virus. Plusieurs souches d'hybrides ne survivent pas longtemps mais ceux qui infectent plus d'une personne sont connus comme étant des formes recombinantes (CRFs) du VIH

1.2 Les implications reliées à la variabilité du matériel génétique du VIH

Risque de co-infection ou super infection : Les gens peuvent être infectés par des souches multiples et sous type du VIH et leur système immunitaire n'est généralement pas équipé pour combattre une infection dû à un sous type ou à une souche différente.

Problème de dépistage : Les gens qui sont séropositifs peuvent avoir besoin de demander un test spécial afin d'identifier la souche du virus et le sous type; particulièrement s'ils sont infectés par le groupe N ou O. Toutes les souches et sous types du virus ne sont pas nécessairement identifiés durant un test de routine d'anti-corps du VIH. Cependant, les tests sanguins ont été modifié afin de pouvoir détecter la plus part des souches.

Problème de traitement : Les drogues utilisées largement pour le traitement du VIH ont été manufacturé pour combattre le VIH 1 sous type B et peuvent ne pas être effective contre le VIH 2 et tout autre sous type du VIH 1. Quelques sous types et mutations sont plus susceptible de développer une résistance à certaines drogues. Veuillez consulter un spécialiste au sujet des régiments de traitement appropriés et au sujet des informations spécifiques concernant les types autres que le VIH 1 et sous type B.

Développement des vaccins : Les vaccins destinés à prévenir une infection par l'une des souches ou sous types ne peuvent pas protéger contre toutes les autres souches.

2. LE TEST DE DÉPISTAGE DU VIH

2.1 La précision et la validité du test de dépistage du VIH

La plus part des gens au sein de la diaspora africaine ont soit une mémoire individuelle ou une mémoire collective, ou encore une connaissance des pratiques de recherches médicales oppressives et une pratique des traitement médicaux oppressifs. Comme résultat, certaines personnes n'ont pas confiance au test de dépistage du VIH et elles doutent de sa précision. Dans ce cas précis, le partage ouvert et transparent d'information au sujet de la précision du test de dépistage du VIH et du processus de détermination de la séropositivité sont des mesures qui peuvent aider les gens à développer une confiance au test de dépistage du VIH. Ces mesures créent une opportunité pour les membres de la communauté de s'éduquer au sujet du dépistage du VIH et maintenir une réponse communautaire; ex : Informé les gens que deux tests de dépistage sont administrés pour déterminer la séropositivité; un dépistage d'anticorps est administré en premier et ensuite il est suivi par un test de confirmation. Pouvoir fournir de l'information au sujet du processus et de la précision d'un test de dépistage du VIH est un excellent exemple de l'implémentation d'un service centré sur la prévention et soin du VIH par les fournisseurs de services.

Afin de réassurer les gens au sujet de la précision et de la validité du test de dépistage du VIH, les fournisseurs de services peuvent fournir de l'information au sujet de la constitution, des étapes et des types de test de diagnostique disponible (voir appendix 2.2 à 2.6).

2.2 Les cinq constituants d'un test de dépistage du VIH

1. le consentement éclairé de subir un test de dépistage fourni par le client,
2. le counseling pré-test,
3. l'administration d'un test de dépistage de VIH reconnu,
4. le dépistage du VIH conduit dans un laboratoire de dépistage reconnu,
5. le counseling post-test de dépistage du VIH fait par un professionnel des soins de la santé bien formé.

Pour les clients qui ne sont pas particulièrement inquiets de leurs résultats du dépistage du VIH, un counseling entre la période au cours de laquelle on effectue le dépistage du VIH et la réception des résultats est parfois utile.

2.3 Les trois étapes du diagnostique du dépistage du VIH

1. Un test de dépistage des anticorps du VIH (utilisant un assay d'enzyme liées immunosorbent (EIA ou ELISA) ou un échantillon de sang ou de sérum).
2. Si le dépistage ci-haut est réactif ou positif, le test de dépistage des anticorps du VIH est dupliqué (utilisant EIA).
3. Si le deuxième test de dépistage est positif, un test de confirmation des anticorps du VIH (utilisant le western blot ou d'autres méthodes de dépistage de confirmation du VIH)

2.4 Les facteurs affectant les résultats du test

Les résultats faux négatifs peuvent avoir lieu si une personne subie un test de dépistage immédiatement après avoir été infectée par le VIH. Chez 95% des personnes infectées par le VIH, les anticorps apparaîtront deux à huit semaines après infection. Cependant il existe une courte période suivant l'exposition au virus au cours de laquelle les anticorps peuvent ne pas être détectables. Dans certain cas, une déficience cachée du système immunitaire peut empêcher le développement des anticorps. Afin d'obtenir des résultats précis, laisser s'écouler une période d'au moins quatre semaines après une exposition au virus avant de subir un test du VIH et si les résultats sont négatifs, refaire le test dans trois mois.

Les résultats faux positifs ont lieu très rarement et lorsque c'est le cas ils sont associés à une mauvaise identification des spécimens ou à une mauvaise manipulation de laboratoire.

Ce qui est plus commun mais moins fréquent est la réception de résultats indéterminés. Ceci peut indiquer qu'une infection de VIH est très récente pour qu'une confirmation ait lieu, ou cela peut être dû aux interférences avec des protéines non spécifiques. La situation peut généralement être résolue rapidement en faisant des tests additionnels et en collectant d'autres échantillon, durant quelques semaines après le premier test.

2.5 Les types de dépistage du VIH et quand les utiliser

Le EIA test de dépistage des anticorps détermine si une personne est devenue séropositive. Le test du VIH, EIA prouve la présence des anticorps du VIH et ne teste pas la présence du virus lui-même. Lorsque le VIH entre dans le corps, il commence à attaquer certaines cellules blanches appelées lymphocytes CD4+ (cellules blanches). Le système immunitaire produit donc des anticorps pour combattre l'infection. Même si ces anticorps ne sont pas en mesure de détruire ou contrôler le VIH, leur présence confirme une infection du VIH.

Le EIA est pratiquement toujours le premier test de dépistage utilisé parce que il n'est pas cher et parce que il est très sensible. La plus part du temps, il est utilisé pour tester le sang mais il peut aussi être utilisé pour tester l'urine ou un échantillon de salive.

EIAs sont utilisés durant un test standard et un test rapide de dépistage et peuvent permettre une détection des deux virus VIH 1 et VIH 2. Cependant les EIAs utilisés au cours des procédures standard sont plus complexe que ceux utilisés pour les tests de dépistage rapide et ont besoin d'être performé en laboratoire.

EIAs ont une grande sensitivité (>99%) et une grande spécificité (>99%). Ils peuvent détecter une très petite quantité d'anticorps du VIH. Le deuxième EIA aussi connu sous le nom de EIA supplémentaire ou ELISA est performé en utilisant un échantillon de sang ayant été purifié en laboratoire. Au cours d'un dépistage standard, un EIA réactif n'est jamais reporté avant qu'un test de confirmation n'aie été déterminé positif (afin d'éviter les faux positifs).

Le buvardage de Western est le test de confirmation le plus souvent utilisé. Il a une grande sensitivité et une spécificité proche de 100%. Un essai indirect d'immunofluorescence (EII) peut être utilisé à la place du buvardage de Western afin de confirmer la présence des anticorps du VIH. Les tests de confirmation ne sont requis que si les tests de EIA sont positifs.

Le test de RCP ou réaction de la chaîne polymérase peut être utilisé pour détecter le virus et non les anticorps. Le RCP amplifie le matériel génétique (acide ribonucléique, ou RNA) du VIH et ce une million de fois, permettant ainsi de détecter de très faible quantité du virus. Il est utilisé pour diagnostiquer des infections actives chez les nouveaux nés de mères séropositives.

Le test d'antigène p24 est principalement utilisé afin de tester les approvisionnements de sang et dans certain cas le sang d'individus. Le p24 antigène est une protéine qui fait partie du VIH et qui est produite au début d'une infection du VIH. Le test d'antigène p24 peut détecter une infection du VIH avant qu'un test d'anticorps ne soit en mesure de le faire et est donc utilisée au cours d'un tôt diagnostique du VIH.

Le test de la charge virale est fait pour les personnes séropositives afin de déterminer la quantité de virus dans le sang. Le test de la charge virale mesure l'ARN du VIH et démontre la vitesse à laquelle le virus se multiplie dans le corps. Ils sont utilisés pour enregistrer la progression de la maladie, déterminer le besoin de la thérapie anti-rétroviral, et déterminer l'efficacité des drogues anti-rétrovirales. Les résultats sont déterminés par le nombre de copies du virus par millilitre (ml) puisque le VIH se reproduit en produisant des copies multiples. La plus part des tests de la charge virale ne peuvent que détecter 50 particules virales par ml de sang. Ainsi donc un résultat « non détectable » signifie qu'il y a moins de virus par millilitre que le test est en mesure de déterminer. Une personne ayant une charge virale « non détectable » est toujours séropositive et peut toujours infectée les autres.

Le dépistage rapide recherche la présence d'anticorps du VIH et a un rendement rapide. Il utilise une goûte de sang provenant d'une piqûre faite au doigt et le résultat est présenté au patient après 15 à 20 minutes.
Le dépistage rapide n'est pas une trousse de test maison. Il doit être utilisé sous la supervision d'un professionnel des soins de la santé et ce dans un laboratoire approuvé ou à un point de service. En mars 2000, Santé Canada a autorisé les premiers dépistages rapides au Canada. Cependant en 2002, Santé Canada identifia des problèmes d'exactitude liés aux trousses de dépistage rapide et les retira du marché. D'autre dépistage rapide sont sous la supervision de santé Canada et seront peut être vendus dans un futur proche. Veuillez consulter votre bureau local de santé publique pour de plus amples informations au sujet de qui peut fournir un test rapide, à qui il peut être offert et pourquoi. Contacter le réseau juridique canadien HIV/SIDA, www.aidslaw.ca ou HIV/AIDS Legal Clinic of Ontario, www.halco.org pour plus d'information au sujet de vos droits légaux et au sujet des tests rapides.

2.6 Le dépistage du VIH chez les enfants

Les enfants (ex:enfants en bas de 18 mois) nés de mères séropositives doivent subir un test de dépistage tel que le RCP ou l'antigène 24 au lieu du EIA. Ceci est dû au fait que les anticorps maternels peuvent être passivement transmis au fétus durant la grossesse et ce à travers le placenta. Si on utilise le EIA, un nouveau né peut présenter des résultats positifs au cours du dépistage d'anticorps et il continuera à avoir des résultats positifs jusqu'à ce que les anticorps de la mère disparaissent graduellement de son sang (d'habitude entre 11 et 18 mois), même si le nouveau né n'est pas infecté. Le test RCP est très sensible et est le meilleur test pour diagnostiquer le VIH chez les nouveaux nés, cependant il peut également ne pas identifié certaines souches du VIH et ainsi fournir des résultats faussement négatifs. Afin d'éviter les faux négatifs, un échantillon sanguin de la mère devrait être testé. Si les résultats du RCP sont positifs pour le même échantillon chez la mère à ce moment un résultat négatif chez l'enfant sera considéré exact, sinon un dépistage standard d'anticorps devrait être utilisé pour les nouveaux nés. Le p24 test est moins sensible que le test RCP, il ne sera pas en mesure de détecter le virus du VIH chez certains enfants séropositifs. Avec les tests du VIH, il est possible d'établir la séropositivité d'un nouveau né approximativement 30 jours après la naissance.

3. LA PROGRESSION CLINIQUE DU VIH

La progression clinique du VIH a lieu en trois étapes :

- l'infection primaire du VIH (associé à la séroconversion),
- l'infection asymptomatique (latent),
- l'infection symptomatique (SIDA).

Une intervention appropriée, à temps et effective (ex : tôt diagnostique, traitement approprié du VIH, ressources financières, nutrition, logement, réseau de support) peut ralentir la progression de la maladie.

3.1 L'infection primaire du VIH (séroconversion)

Lorsqu'une personne est infectée pour la première fois, le virus se reproduit très rapidement et le corps répond en déclanchant une réponse immunitaire vigoureuse. La séroconversion a lieu lorsque la personne infectée par le virus du VIH développe des anticorps du VIH et devient séropositive- d'habitude 10 jours à 6 semaines après infection (séroconversion est le processus qui a lieu lorsque une personne qui n'a pas une infection du VIH devient séropositive). Durant le stade de l'infection primaire du VIH, la charge virale est élevée et le nombre des cellules CD4+ chute. Les gens à ce stade de la maladie du VIH sont très infectieux mais ne sont pas nécessairement au courant de leur séropositivité parce qu'ils ne subissent pas de changements visibles ou évident.

A peu prés 80% des gens ayant le VIH développeront des symptômes similaires à la grippe deux à huit semaines après l'infection. C'est ce que l'on appelle « maladies de séroconversion » ou « syndrome rétroviral aigu ». Les symptômes incluent : fièvre, maux de tête, lymphadenopathie, myalgie, irritation, ulcère cutané et diarrhée. Ces symptômes ne sont pas spécifiques et souvent ils ne sont pas reconnus comme maladies de séroconversion.

Si une personne séropositive est infectée une deuxième fois avec une autre souche du VIH, la super-infection peut avoir lieu. Ceci augmente le fardeau du système immunitaire et peut affecter les options de traitement.

3.2 L'infection asymptomatique

Plusieurs gens vivent jusqu'à dix ans avec le virus du VIH et ce avec très peu de symptômes (ex: infection asymptomatique). Certains appelés « non progressistes » peuvent continuer d'avoir un nombre normal de CD4 et ne pas avoir de symptômes durant une longue période de temps. Chez d'autres gens, les maladies du VIH peuvent progresser plus rapidement : ils auront des symptômes durant les premières années précédant l'infection du VIH ou la co-infection. La co-infection signifie qu'il y a plus d'une infection; l'herpes et VIH et la tuberculose et VIH sont deux exemples de co-infection.

Les facteurs qui peuvent affecter la vitesse de la progression de l'infection du VIH sont : la charge virale, le type et souche de VIH, le type de réponse immunitaire produite contre le virus, la santé générale de la personne au moment de l'infection et après l'infection, la bonne qualité de vie (tel que l'accès aux soins de santé immédiats, appropriés et effectifs, une nutrition consistante, un logement non interrompu, un emploi et un support environnemental).

3.3 L'infection symptomatique

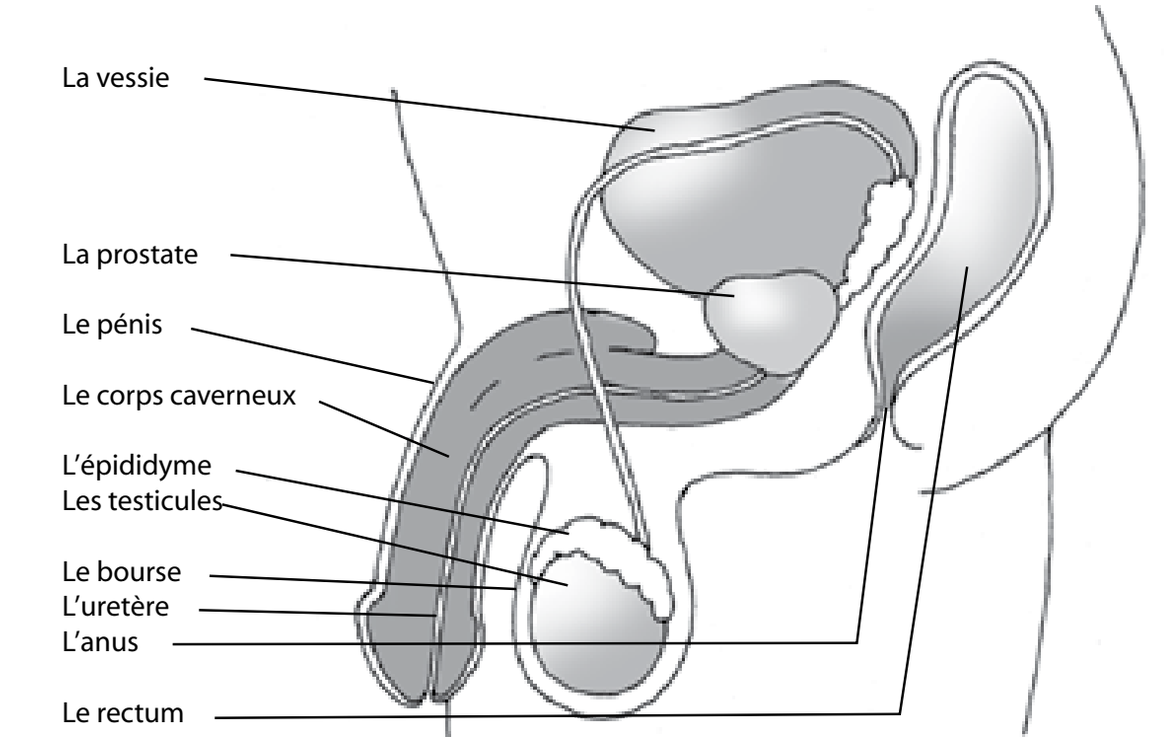
Durant le stade symptomatique les gens ayant le VIH, expérimentent des symptômes tels que la fatigue chronique, la perte de poids, les problèmes cutanés et la diarrhée. Les gens vivants avec une infection du VIH peuvent également développer des maladies persistantes et répétitives. Lorsque les gens développent des infections opportunistes qui affaiblissent le système immunitaire (ex: pneumonie, cancer), à ce moment les maladies reliées au VIH commencent à apparaître. Cependant les maladies reliés au VIH et celles reliées au SIDA ne sont pas les mêmes. Si les maladies liées au VIH persistent pendant une longue période et le système immunitaire s'affaiblie de manière significative, un diagnostique du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) peut être fait. Cependant un diagnostique du VIH ne signifie pas que la personne est proche de la mort.

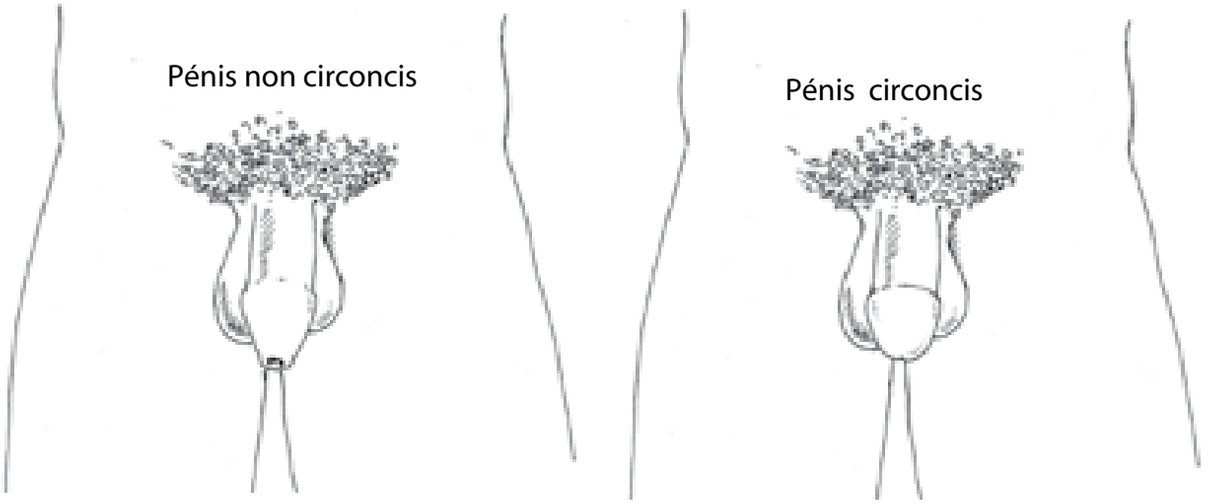
Le SIDA n'est pas une seule maladie. Il décrit l'état du système immunitaire et diminue l'habilité de protéger le corps contre des maladies.

Au Canada une personne est diagnostiqué comme ayant le SIDA lorsqu'elle est testée positive pour le VIH et lorsqu'elle a une ou plusieurs des maladies qui caractérisent le SIDA. Les définitions ont changé au fil du temps afin de refléter le nouveau savoir au sujet du VIH. Par exemple en 1993, une liste des conditions définissant le SIDA incluait: tuberculose pulmonaire (ex : dans les poumons), pneumonie répétitive (souvent due à une infection bactérienne ou une infection de champignon qui d'habitude ne cause pas une infection chez les personnes ayant un système immunitaire intacte) et un cancer cervical invasif.

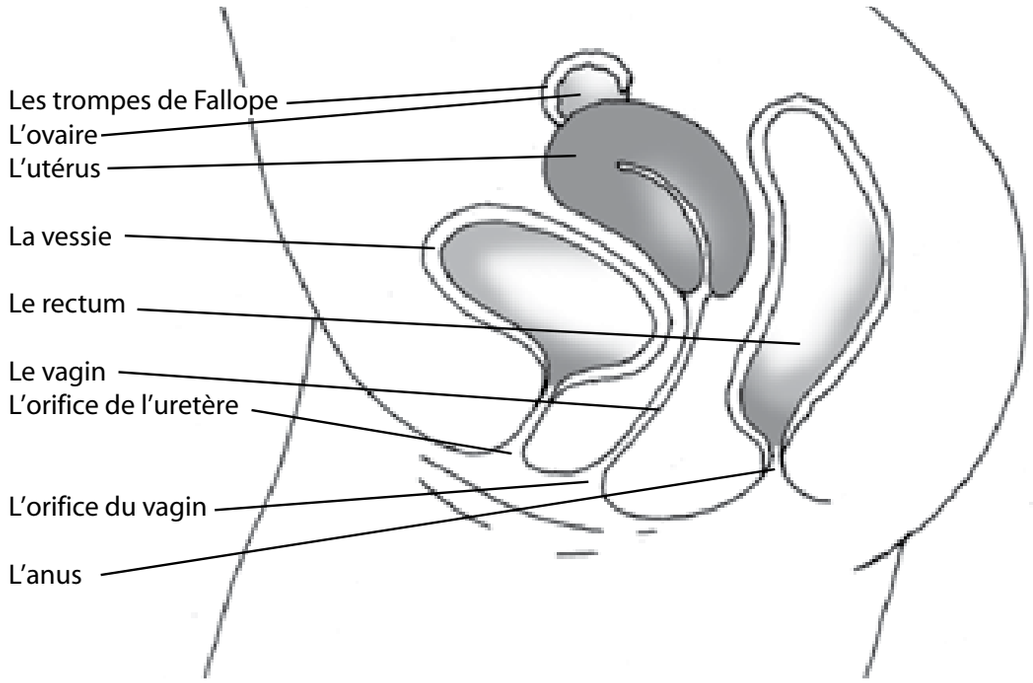
Cette définition est utilisée dans toutes les provinces du Canada et dans 48 autres pays. Alors qu'aux Etats-Unis, une personne doit avoir un nombre de CD4 T-lymphocytes plus bas que 200 par millimètre cubique de sang (<200éμL) afin d'être diagnostiqué sidéene.

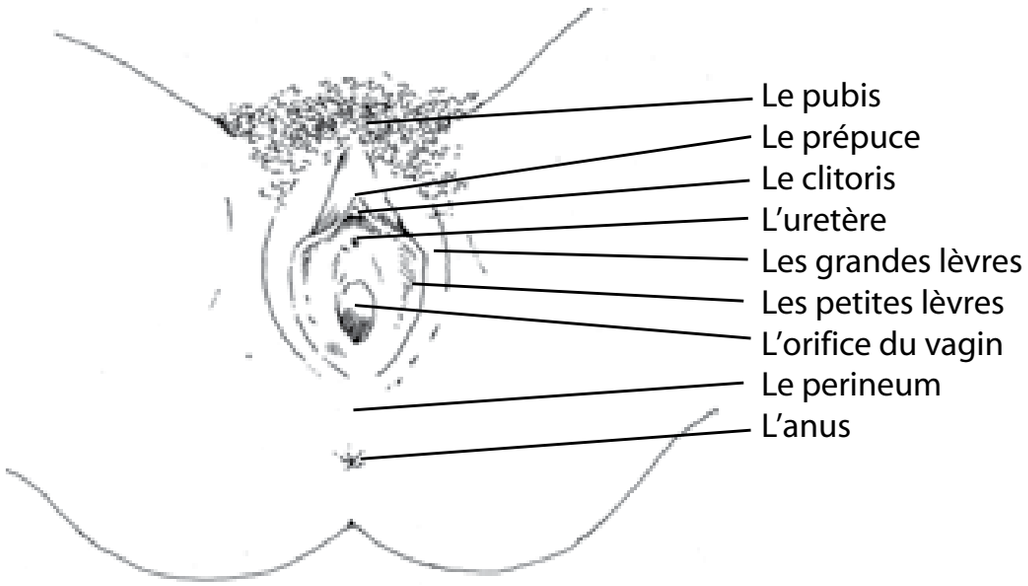
4. DIAGRAMME DES ORGANES REPRODUCTEURS DE L'HOMME





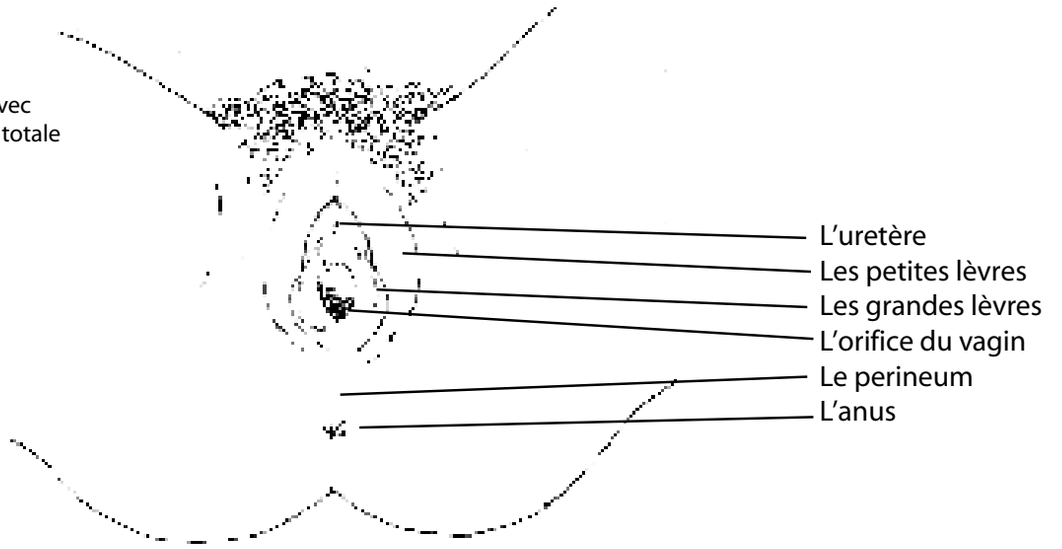
5. DIAGRAMME DES ORGANES REPRODUCTEURS DE LA FEMME



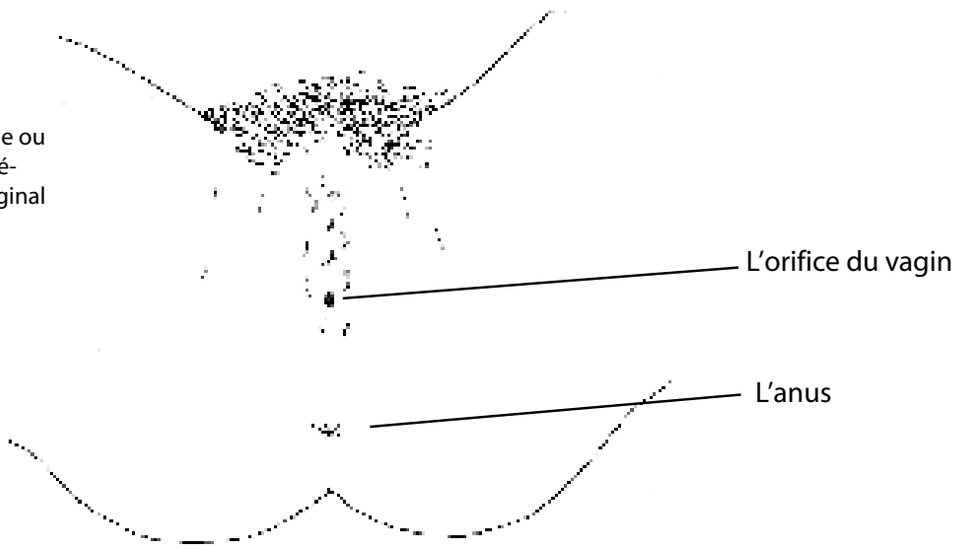


6. DIAGRAMME DE LA MUTILATION GENITALE

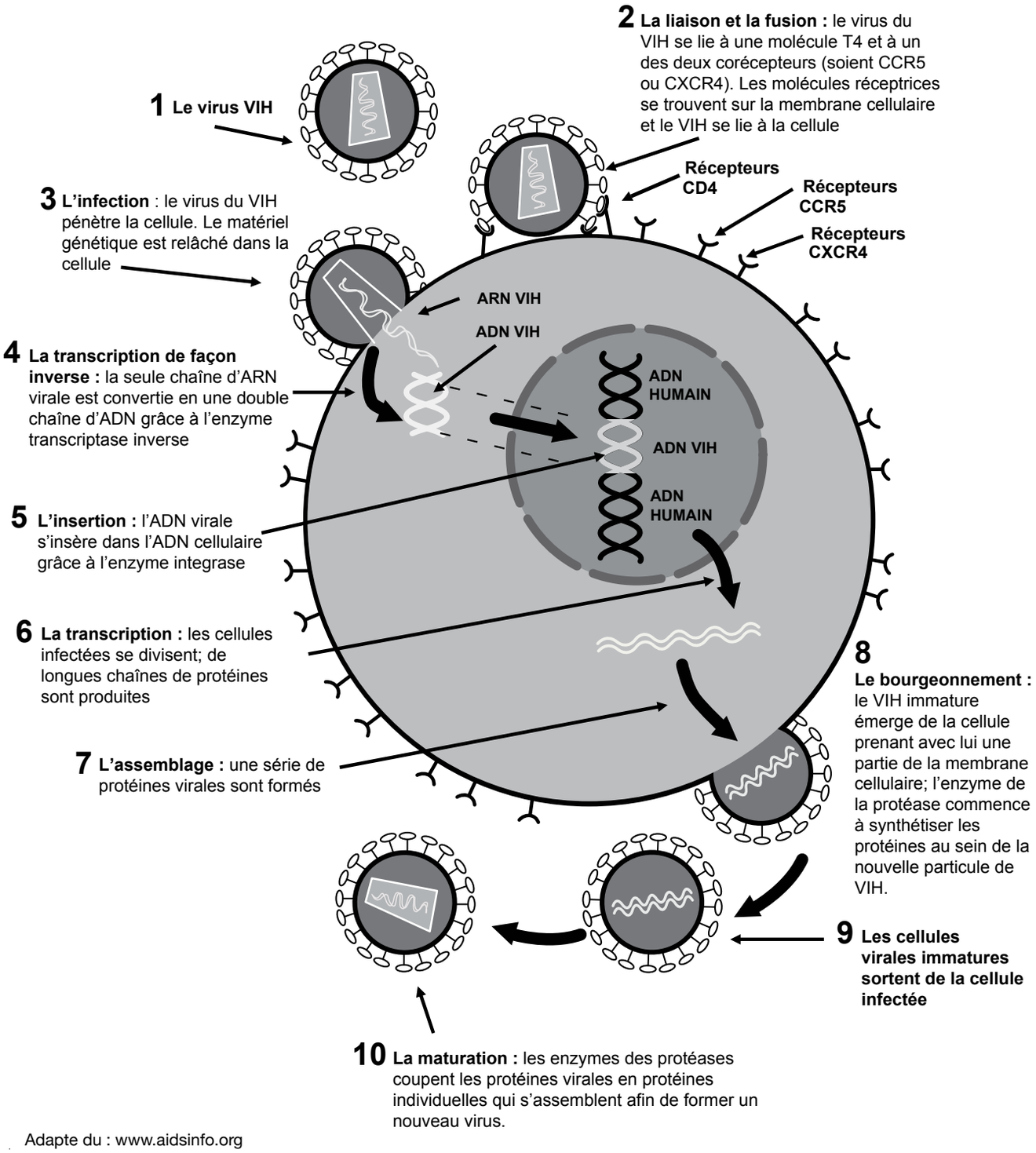
Type II:
Excision du clitoris avec excision partielle ou totale des petites lèvres



Type III:
Excision génitale partielle ou totale et couture ou rétrécissement de l'orifice vaginal (infabulation)



7. CYCLE DE VIE DU VIH



Adapte du : www.aidsinfo.org

SOURCES

Adeyemi, Yinka. (2001). A Media Handbook for HIV Vaccine Trials for Africa., UNAIDS/ 01.05E. Geneva.

Adrien, A., Leaune, V., Remis, R,S. Boivin, J,F. Rud, E. Duperval, R., et al. (1999) Migration and HIV: an Epidemiological Study of Montrealers of Haitian Origin., International Journal of STD and AIDS, 10(4), 237-242.

Alliance for Microbicides. Development Weekly News Digest, August 2003, 4(11).

Arufred, Signe. (2004). Rethinking Sexuality in Africa., Signe Arufred (ed), 2004.

Beitune, Patricia. et al. (2004). Antiretroviral Therapy during Pregnancy and Early Neonatal Life: Consequences for HIV Exposed, Uninfected Children. The Brazilian Journal of Infectious Diseases, 8(2),140-150.

Buske, Lynda. (1999). The changing face of AIDS in Canada., Canadian Medical Association Journal, 161(2),124.

Canadian AIDS Society. (2004). Disclosure of HIV Status after Cuerrier: Resources for Community Based AIDS Organizations., Retrieved July 26,2006, from http://www.aidslaw.ca/Maincontent/reports.htm.

Canadian AIDS Society. (2004). HIV Transmission: Guidelines for Assessing Risk: A Resource for Educators, Counselors and Health Care Providers. Retrieved July 26, 2006, from http://www.cdnaids.ca/web/casmisc.nsf/pages/cas-gen-0002.

The Change Foundation. (2004). Moving Forward: Sustaining and Growing Disease Management Programs in Ontario. www.changefoundation.com.

The Change Foundation. (2002). The Disease Management Approach in Ontario: Current Perspective., www.changefoundation.com

Chinouva, Feton K., Davidson, M., Copas, O, A. (2001). HIV Transmission Risk among Sub Saharan Africans in London Traveling to Their Countries of Origin. AIDS, 15(11),1571-1588.

Chipaux, Jean P., (2005) Pharmaceutical Colonialism in Africa. Le monde diplomatique,. Retrieved August 11, 2005, from http://MondeDiplo.com/2005/08/11pharma.

Colfax G,N., Buchbinder S,P., Cornelisse PGA et al. (2002) Sexual Behavior and Implications for Secondary HIV Transmission During and after HIV Seroconversion. AIDS,16,1529-1535

Committee on Paediatrics Care. Identification and Care of HIV-Exposed and HIV Infected Infants, Children and Adolescents in Foster Care. Pediatrics,106(1),149-153.

Currah, Paisley. Minter, Shannon. (2000). Transgender Equality: a Handbook for Activists and Policymakers. National Center for Lesbian Rights. http://www.thetaskforce.org

Dewa, C.S., Durbin, J., Wasylenki, D. et al. (2002) Considering a Multisite Study? How to Take the Leap and Have a Soft Landing. Journal of Community Psychology, 30(2),173-187.

The Future of the Female Condom. International Family Planning Perspectives Volume 30, Number 3, September 2004

Fenta, Haile. (2001). AIDS: Knowledge, Attitude and Risk-taking Behavior of Adult Ethiopians in North America.

Gay and Lesbian Medical Association. (2006). Healthy People 2010:Lesbian,Gay, Bisexual, and Transgender Health Retrieved April 20, 2006, from www.glma.org

Handa, Amita., Negash, Aister., (2003). HIV Endemic Task Force: Report on Phase Two of Community Consultation. Prepared for the HIV Endemic Task Force. Toronto. Canada

Hanna, L. (1999). The Menstrual Cycle and Viral Load, BETA.12(2):18.

Hart, Trevor., Peterson, John L.et al. (2004). Predictors of Risky Sexual Behaviour among Young African American Men who Have Sex with Men. American Journal of Public Health. 94(7),1122-1124.

Hemphill, Mary. (2005).Harm Reduction All Around. Retrieved July 27, 2006, from http://www.thebody.com/asp/novdec05/harm_reduction.html.

Henry, F., Tator,C. (2000). The Colour of Democracy, Racism in Canadian Society.Toronto: Harcourt Brace.

HIV Endemic Task Force. (2001). Complete Report of the Community "For Us, By Us, About Us": An Opportunity for African and Caribbean Communities to Address the Issue of HIV/AIDS Related Stigma and Denial. Toronto.

HIV Endemic Task Force. (December 2003). Strategy to Address Issues Related to HIV Faced by People in Ontario From Countries Where HIV is Endemic. Toronto. Canada

Hoch, Jeffrey S., Briggs, Andrew H., Willan, Andrew R. (2002). Something Old, Something New, Something Borrowed, Something Blue: a Framework for the Marriage of Health Econometrics and Cost-effectiveness Analysis. Health Economics, 11(5): 415-430

Holmgren, B., Aaby, P., Jensen H., Olav, et al. (1999) Increased Prevalence of Retrovirus Infections Among Older Women in Africa. Scandinavian Journal of Infectious Diseases, 31(5), 459-466.

Holmgren, B., Da Silva Z., Larsen, O., et al., (2003), Dual Infections with HIV-1,HIV-2 and HTLV-1 are More Common in Older Women than in Men in Guinea-Bissau. AIDS,17, 241-253.

Holmes, D., Warner, D., (2005). The Anatomy of a Forbidden Desire: Men, Penetration and Semen Exchange. Nursing Inquiry, 12(1),10-20.

Infectious Diseases and Immunization Committee, Canadian Paediatric Society. (1993). HIV Antibody Testing in Children. Canadian Medical Association Journal,148 (5):759-761.

International HIV/AIDS Alliance. (2003). Positive Prevention: Prevention Strategies for People with HIV/AIDS. Draft background paper.

James, LLana. (October 2005). Changing with the Times, The Rape Crisis Movement 25 Years Later: Renewing Advocacy, Programs and Policy Work Across Ontario. Ontario Coalition of Rape Crisis Centres

Kalichman, S.C., Simbayi, L.C. (2004). Sexual Exposure to Blood and Increased Risks for Heterosexual HIV Transmission in Cape Town, South Africa. African Journal of Reproductive Health, 8(2), 55-58.

Klevens, R.M., Fleming, P.L., Neal, J.J., Li, J. (2001). Knowledge of Partner Risk and Secondary Transmission of HIV. American Journal of Preventive Medicine 20(4), 277-281.

Koopman, J., Pilcher, C.D. (2001). Where Epidemiology Meets Biology: Primary HIV Infection and Sexual Transmission. The Physician Research Network Notebook, 6 (4), 20-27 (www.Prn.org).

Lands, L., Maclean, Derdre. (2002). A Practical Guide to HAART for People Living with HIV/AIDS, Canadian Strategy on HIV/AIDS.

Lavreys L., Baeten, J.M., Overbaugh J. et al. (2002). Virus Load During Primary Human Immunodeficiency Virus (HIV) Type 1 Infection is Related to the Severity of Acute Illness in Kenyan Women. Clinical Infectious Diseases, 35 (1), 77-81.

Lawson, Erica et al. (2005). HIV/AIDS Stigma Denial, Fear and Discrimination: Experiences and Responses of People from African and Caribbean Communities Living in Toronto. Retrieved July 27, 2006 from. http://www.ohtn.on.ca/pdf/.

Lines, Rick .(2002).Pros & Cons: A guide to Creating Successful Community-Based HIV/AIDS Programs for Prisoners. Prisoners ' HIV/AIDS Support Action Network (PASAN).

Maman., Suzanne, Medley ,Annie. HIV Status Disclosure to Sexual Partners: Rates, Barriers and Outcomes. WHO. Review Paper. 2004. WC:503. 07 (http://www.who.int/gender/documents).

Marindo, Ravai. Pearson, Steve. Casterline, John B. (2003). Condom Use and Abstinence among Unmarried Young People in Zimbabwe: Which Strategy, Whose Agenda? Population Council. Policy Research Division Working Papers, No:170.

Mayaud, Philip., McCormick, Duncan. (2001). Intervention Against Sexually Transmitted Infections (STI) to Prevent HIV Infection. British Medical Bulletin, 58:129-153.

Menka, Eunice., (2005). Science and Religion, Which Should Lead the HIV/AIDS Prevention Campaign? Retrieved July 26, 2006, from http://www.ghanaweb.com.

The Microbicides Quaterly. (October, November, December 2004).V2 no1 (www.microbicide.org)

Montgomery, J.P., Mokotoff E.D., Gentry, A.C., Blair, J.M. (2003) The Extent of Bisexual Behavior in HIV Infected Men and Implications for Transmission to their Female Sex Partners. AIDS CARE,15(6),829-837.

Morrow, Kate. (1998). Say it Women get AIDS:HIV among Lesbians. Retreived February 02, 2006 from, http://www. selfhelpmagazine.com.

National Institute of Allergies and Infectious Diseases. (2004). NIAID 's HIV Vaccine Trials Network. Retrieved February 18, 2006 from,http://www.niaid.nih.gov/factsheets/hvtn.htm.

National Institute of Allergy and Infectious Diseases., National Institutes of Health, Department of Health and Human Services .(2001). Scientific Evidence on Condom Effectiveness for Sexually Transmitted Disease (STD) Prevention Report

Nemoto,T., Operario, D., Keatley, J. Villegas, D. (2004) Social Context of HIV Risk Behaviors among Female to Male Transgender of Colour. AIDS CARE, 16(6), 724-735.

Ontario Advisory Committee on HIV/AIDS. (2002) .A Proposed HIV/AIDS Strategy for Ontario 2008.

Public Health Agency of Canada. (December 2005) HIV in Canada Among Persons from Countries where HIV is Endemic. HIV/AIDS Epi Update

Public Health Agency of Canada. (May 2004) Ethnicity Reporting for AIDS and HIV in Canada: Aboriginal and Black Communities Demand Attention. HIV/AIDS Epi Update

Public Health Agency of Canada. (May 2004). HIV/AIDS among Older Canadians. HIV/AIDS Epi Update

Public Health Agency of Canada. (May 2004). HIV and AIDS among Women in Canada. HIV/AIDS Epi Update

Public Health Agency of Canada. (May 2004). HIV Infections among MSM in Canada. HIV/AIDS Epi Update

Public Health Agency of Canada. (May 2004). HIV and AIDS among Youth in Canada. HIV/AIDS Epi Update

Public Health Agency of Canada. (2005). HIV-1 Strain and Primary Drug Resistance in Canada: Surveillance Report to March 31, 2004. Surveillance and Risk Assessment Division, Centre for Infectious Disease Prevention and Control

Public Health Agency of Canada. (May 2004). HIV-1 Strain Surveillance in Canada. HIV/AIDS Epi Update

Public Health Agency of Canada. (May 2004). HIV Testing and Infection Reporting in Canada. HIV/AIDS Epi Update

Public Health Agency of Canada. (July 2001). The Population Health Template: Key Elements and Actions that Define a Population Health Approach

Public Health Agency of Canada. (May 2004). Nonoxynol-9 and the Risk of HIV Transmission. HIV/AIDS Epi Update

Public Health Agency of Canada. (May 2004). Oral Sex and the Risk of HIV Transmission. HIV/AIDS Epi Update

Ryan, Bill. (2004). A New Look at Homophobia and Heterosexism in Canada. Canadian AIDS Society. http://www.cdnaids.ca/web/repguide.nsf/cl/cas-rep-0188

Ramjee G.,Morar, N. S., Alary, M., Mukenge-Tshibaka, L., Vyulsteke B., et al. (2000). COL 1492 Study Group, Challenges in the Conduct of Vaginal Microbicide Effectiveness Trials in the Developing World. 14 (16): 2553-2557.

Smagata, David. (1998). Worker 's Compensation Claims and Disclosure. Canadian HIV/AIDS Policy and Law Newsletter. 3(4), 4(1)

Siyam 'kela, Measuring HIV/AIDS Related Stigma. A report on the Fieldwork Leading to the Development of HIV/AIDS Stigma Indicators and Guidelines http://www.csa.za.org.

Siyam 'kela. Measuring HIV/AIDS Related Stigma. Tackling HIV/AIDS Stigma: Guidelines for Faith Based Organization. (http://www.csa.za.org)

Songkok, Elijah M., et al. (2003) The Use of Short-Course Zidovudine to Prevent Perinatal Transmission of Human Immunodeficiency Virus in Rural Kenya. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 69(1), 8-13

Strike C., Goering, P., Wasylenki D., (2002).A Population Health Framework for Inner-City Mental Health. Journal of Urban Health, 79,(4)1:S-13-20

Tharao, Esther., Massaquoi, Notisha., Telcom, Senait. (2005) The Silent Voices of the HIV/AIDS Epidemic: African and Caribbean Women in Toronto. Women's Health in Women's Hands Community Health Center.

Tharao, Esther et al.(2002). Research Skills Building/Enhancement and Research Protocol Development Project. Retrieved July 27, 2006 from, http://www.whiwh.com/research.htm#researchskills

Toronto Public Health. (October 2003). The Female Condom: Teaching and Counselling Guide for Health Care Provider.

UNAIDS. Preventing HIV Infection in Girls and Young Women. The global Coalition on Women and AIDS.(http://womenandaids.unaids.org/resources)

UNAIDS/WHO. (June 2004).Policy Statement on HIV Testing.

United Nations Population. (2005). Female Genital Mutilation Cutting in Somalia, Fund. Report, Retrieved March 17, 2005 from http://siteresources.worldbank.org/INTSOMALIA/Data%20and%20Reference/20316 684/FGM_Final_Report.pdf.

Uzma, Khan. (2003). The Health Care Needs of Young Women with Disabilities from Ethno-

racial Communities. Toronto. Prepared by Women 's Health in Women 's Hands.

Walker, Tyrer. Gillet F. A. S, Porter, S. (2003). Register of HIV Seroconverters,The relationship Between HIV Seroconversion Illness, HIV Test Interval and Time to AIDS in a Seroconverter Cohort. Epidemiology and Infection, 131(3),117-1123.

World Health Organization.(2003). HIV Infected Women and their Families: Psychosocial Support and Related Issues. Geneva.

World Health Organization. (June 2000). Women, Ageing and Health. Fact Sheet no 252.

World Health Organization. (June 2000). Women and Sexually Transmitted Infections. Fact Sheet no 249.

World Health Organization. (June 2000). Human Rights, Women and HIV/AIDS WHO. June 2000, Fact Sheet no 247.

World Health Organization. (2003). HIV Infected Women and their Families: Psychosocial Support and Related Issues. Geneva.

Wooltorton, Eric., (2002) Failure of Rapid HIV Tests. Canadian Medical Association Journal, 167(2),170

Zablostky, Diane., Kennedy, Michael (2003) . Risk Factors and HIV Transmission to Midlife and Older Women: Knowledge, Options, and the Initiation of Safer Sexual Practices. Journal of Acquire Immune Deficiency Syndrome, 33(2) 122-130.

Sites Web :

www.accho.ca
www.afa.org.sg/issue/issue25/HIVSeroconversion.htm
www.avert.org/femcond.htm
www.global-campaign.org
www.icad-cisd.com
www.phac-aspc.gc.ca
www.unaids.org
www.who.org