

La troisième décennie du VIH/sida : Brève mise à jour épidémiologique à l'intention de la profession dentaire

Linda M. Kaste, DDS, PhD; Helene Bednarsh, RDH, MPH

Auteure-ressource

Dre Kaste
Courriel : kaste@uic.edu



SOMMAIRE

Les professionnels dentaires qui commencent à exercer ont à traiter des problèmes de santé buccodentaire liés au VIH qui diffèrent sensiblement de ceux que l'on observait au début de l'épidémie. Au fil des ans, les populations à risque d'être infectées ont changé, et les taux d'infection chez les femmes et les membres de groupes minoritaires sont en hausse au Canada, aux États-Unis et dans le reste du monde. Les pharmacothérapies qui aident aujourd'hui à traiter le VIH comme une affection chronique ont eu pour effet de modifier la présentation et la fréquence de l'infection et peut-être aussi l'importance de ses manifestations buccales. Ces médicaments peuvent ainsi causer des comorbidités qui compliquent la promotion de la santé et la prise en charge des troubles médicaux et dentaires, et le cabinet dentaire pourrait devenir un lieu propice au dépistage rapide du VIH. En raison de la complexité de l'infection à VIH et de son traitement, il est du devoir de tous les professionnels de la santé de se tenir au fait des progrès dans la prévention et l'épidémiologie de l'infection et les soins buccodentaires dispensés aux patients séropositifs.

Pour les citations, la version définitive de cet article est la version électronique : www.cda-adc.ca/jcda/vol-73/issue-10/941.html

En 1981, l'identification de l'infection à VIH causant le sida a marqué un tournant décisif en médecine et en dentisterie¹⁻³. Durant les épidémies qui ont suivi, les professionnels dentaires du Canada et des États-Unis ont eu à s'adapter aux répercussions de ce virus sur leur vie personnelle et professionnelle. Ceux qui commencent leur carrière aujourd'hui observeront une maladie fort différente. La pharmacothérapie peut en effet masquer les manifestations buccales classiques du VIH et entraîner des comorbidités qui compliquent la promotion de la santé et la prise en charge des troubles médicaux et dentaires, et le cabinet dentaire pourrait devenir un point de service pour le dépistage

rapide de l'infection au VIH. Le présent article, qui s'inscrit dans une série sur le sujet, propose un aperçu de l'épidémiologie actuelle du VIH/sida, en insistant plus particulièrement sur la situation de l'épidémie à l'échelle mondiale, au Canada et aux États-Unis.

Même si les méthodes de collecte de données diffèrent d'un pays à l'autre, la comparaison des statistiques mondiales sur l'infection au VIH avec les données canadiennes et américaines donne un aperçu des effets relatifs de la maladie sur les populations de patients dans chaque pays (**tableau 1**). À l'échelle mondiale, on estime que 39,5 millions de personnes (entre 34,1 et 47,1 millions) vivent avec le VIH⁴. En 2006, le

Tableau 1 Statistiques choisies sur le VIH et le sida en 2005–2006 à l'échelle mondiale, au Canada et aux États-Unis

Statistique	Échelle mondiale 2006	Canada 2005–2006	États-Unis 2005–2006
Prévalence du VIH/sida (fourchette de valeurs)	39,5 millions ⁴ (34,1 à 47,1 millions)	58 000 ⁵ (48 000 à 68 000)	1,2 million ⁴ (720 000 à 2 millions)
Estimation du taux (%) d'adultes de 15 à 49 ans vivant avec le VIH	1,0 ⁴	0,8 ⁴	0,8 ⁴
Incidence annuelle du VIH	4,3 millions ⁴	2300 à 4500 ⁵	N/D ^a
Décès annuels dus au sida	2,9 millions ⁴	72 ^{6,b}	17 011 ⁷
Principales catégories d'exposition	Principales catégories d'exposition déclarées pour certaines régions ⁴ : <ul style="list-style-type: none"> • UDI en Europe de l'Est et en Asie centrale • Travailleurs du sexe en Asie du Sud et du Sud-Est (excluant l'Inde) • HRSH en Europe de l'Ouest et en Europe centrale 	Pour les infections prévalentes au VIH ⁵ : <ol style="list-style-type: none"> 1. HRSH 2. UDI 3. Hétérosexuels ou en provenance de pays non endémiques 4. Hétérosexuels ou en provenance de pays endémiques 5. HRSH-UDI 	Pour le diagnostic du sida ^{4,7,c} : <ol style="list-style-type: none"> 1. HRSH 2. Contact hétérosexuel à haut risque 3. UDI 4. HRSH-UDI 5. Autres
Autres commentaires importants	Dans bon nombre de régions, les nouvelles infections à VIH sont fortement concentrées chez les 15 à 24 ans ⁴	Conclusion du rapport : l'incidence globale n'est pas en baisse ⁵	Selon les estimations, seulement 7 pays ont un nombre de personnes vivant avec le VIH qui dépasse le nombre recensé aux États-Unis ⁴

UDI = usage de drogues injectables; HRSH = hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes; N/D = non disponible.

^a Un certain nombre d'États exigent une déclaration nominative confidentielle des cas de VIH, mais les estimations nationales ne portent que sur l'incidence du sida⁷.

^b Selon l'Agence de la santé publique du Canada, le Québec n'a pas déclaré de données depuis le milieu de 2003, ce qui limite les données nationales⁶.

^c Le classement correspond au rapport ONUSIDA 2006 sur les catégories d'exposition pour le VIH/sida⁴.

taux de personnes nouvellement infectées dépassait de plus de 10 % le nombre de personnes alors infectées. La majorité (63 %) des personnes infectées par le VIH vivent en Afrique subsaharienne où 5,9 % des personnes âgées de 15 à 49 ans seraient infectées. Les Caraïbes présentent le deuxième taux d'infection le plus élevé (1,2 %) chez les adultes, alors que les taux observés en Inde, en Chine et en Russie sont de plus en plus préoccupants, surtout chez les jeunes adultes. L'estimation régionale pour l'Amérique du Nord se situe juste en deçà du taux mondial d'infection chez les adultes.

Les principales voies d'exposition au VIH varient selon la région géographique (**tableau 1**), mais semblent similaires au Canada et aux États-Unis. Durant les premières années de l'épidémie aux États-Unis, la population infectée était essentiellement composée d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes¹, et cette voie demeure la principale voie de transmission déclarée au Canada⁵ et aux États-Unis^{4,7,8}. Au Canada, où un système a été mis en place pour suivre les infections incidentes au VIH, on constate que le classement des infections incidentes diffère légèrement de celui des infections prévalentes, l'usage de drogues injectables se situant

désormais derrière les 2 groupes hétérosexuels (données non présentées dans le tableau)⁵.

À l'échelle mondiale, 17,7 millions de femmes (de 15,1 à 20,9 millions) vivent avec le VIH⁴, soit un peu moins de la moitié (48 %) du nombre estimé d'adultes vivant avec le VIH. En Afrique subsaharienne, les femmes sont plus susceptibles d'être infectées que les hommes et elles représentent près de 80 % des personnes séropositives parmi les 15 à 24 ans. Qui plus est, le nombre de femmes et de jeunes filles infectées par le VIH est en hausse dans le monde. Au Canada, près de 20 % des personnes qui vivaient avec le VIH/sida à la fin de 2005 étaient des femmes, lesquelles représentaient 27 % (620 à 1240) des nouveaux cas infectés⁵. En 2006, 26 % des personnes de 15 ans et plus vivant avec le VIH aux États-Unis étaient des femmes⁴ et, parmi les personnes ayant reçu un nouveau diagnostic de VIH ou sida en 2004, 27 % étaient des femmes, soit un taux comparable à celui observé au Canada.

Bien que la transmission périnatale ne figure pas dans *Le point sur l'épidémie de sida* publié par ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida),

certain, sinon la totalité, des pays d'Afrique subsaharienne rapportent une diminution d'environ 25 % de l'infection au VIH chez les jeunes femmes enceintes⁴. Selon l'Agence de la santé publique du Canada, le taux de séropositivité chez les enfants de moins de 15 ans a été de 1,3 % entre 1985 et 2006, 66 % de ces cas positifs étant attribuables à une transmission périnatale⁶. Aux États-Unis, la transmission périnatale (verticale) a sensiblement diminué grâce à l'utilisation du traitement antirétroviral durant la grossesse ou à l'accouchement¹.

Le taux croissant d'infection chez les jeunes et les jeunes adultes est devenu une préoccupation mondiale. Les nouvelles infections ciblent plutôt le groupe des 15 à 24 ans qui, en 2006, représentait 40 % des cas nouveaux chez les personnes âgées de plus de 15 ans⁴. Au Canada, les adolescents de 15 à 19 ans représentaient un faible pourcentage du nombre total de personnes séropositives (1,5 %) et atteintes du sida (0,4 %) au milieu de 2006⁶. Depuis 1997, toutefois, c'est en 2005 (dernière année complète de déclaration) que l'on a recensé le plus grand nombre de cas annuels de sida dans ce groupe d'âge. De même, aux États-Unis, la proportion de cas de sida chez les adolescents de 13 à 19 ans est passée de 0,5 % entre 1981 et 1995, à 0,7 % entre 1996 et 2000 et à 0,9 % entre 2001 et 2004⁹.

Les populations particulièrement vulnérables à des taux élevés d'infection par le VIH varient considérablement d'une région à l'autre du monde, et il en va de même de la difficulté à obtenir des soins et des médicaments antiviraux⁴; on remarque cependant que les femmes sont souvent fortement représentées, et ce d'une manière disproportionnée, parmi ces populations vulnérables. Les données sur l'épidémie de VIH chez les Autochtones du Canada sont également préoccupantes⁵, les Autochtones représentant quelque 7,5 % des personnes infectées par le VIH et 9 % des nouvelles infections, alors qu'ils ne forment que 3,3 % de la population canadienne. De plus, leurs taux sont près de 3 fois supérieurs à ceux observés chez les non-Autochtones. Récemment aux États-Unis, les Afro-Américains qui forment entre 12 % et 13 % de la population représentaient la moitié des cas de VIH/sida diagnostiqués^{4,9}. Quant à la population hispanique qui forme 14 % de la population des États-Unis, le taux d'infection au VIH est estimé à 20 %⁴. Dans ce même pays, le taux de sida chez les adultes autochtones – lesquels représentent 1 % de la population – était de 10,0 pour 100 000 en 2005, ceci étant le troisième plus haut taux parmi les groupes raciaux et ethniques déclarés⁷.

Le cinquième Atelier mondial sur la santé buccodentaire et le sida, qui s'est tenu récemment en 2004 pour examiner les interactions entre l'infection au VIH et les problèmes de santé, concluait ce qui suit : «Les données actuelles sur des interactions précises sont limitées, notamment à cause du peu d'études de bonne qualité qui ont été publiées et du caractère rudimentaire des instruments actuellement disponibles pour consigner ces interactions et de leur complexité intrinsèque¹⁰». L'appel en faveur de recherches plus

rigoureuses sur le VIH/sida commence à être entendu. Des publications commencent ainsi à apparaître sur les interactions générales complexes avec le VIH/sida comme causes de décès et facteurs influant sur le taux de mortalité¹¹, les maladies cardiovasculaires¹², des malignités non indicatives du sida¹³, le syndrome métabolique¹⁴ et la santé de la reproduction¹⁵.

La nécessité d'assurer un suivi constant et une communication continue des observations, pour favoriser la prévention du VIH et les soins cliniques des personnes infectées, a donné lieu à la tenue de rencontres thématiques, telles que la conférence annuelle parrainée par la Foundation for Retrovirology and Human Health en collaboration avec les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis et destinée aux cliniciens et chercheurs pour mettre à jour et évaluer les progrès dans la lutte contre le sida (*Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections* — CROI, www.retroconference.org), ainsi qu'au développement de ressources comme le Réseau canadien d'info-traitements sida (www.catie.ca), le Centre canadien d'information sur le VIH/sida (www.aidsida.cpha.ca), les AIDS Education and Training Centres (www.aids-ed.org/) et HIVdent, une ressource sur les soins buccodentaires (www.hivdent.org).

Un problème important vient du fait que de fortes proportions des populations séropositives ignorent leur état. Aucune estimation mondiale n'a pu être recensée, et ces données sont difficiles à calculer. Au Canada et aux États-Unis, toutefois, 1 personne sur 4 infectées par le VIH ne le sait pas^{4,5}, ce qui représente aux États-Unis entre 252 000 et 312 000 personnes¹.

Les spécialistes de la santé buccodentaire ont un rôle à jouer, non seulement dans le diagnostic des manifestations buccales du VIH, mais aussi dans l'évaluation de l'importance potentielle de ces manifestations. Ils doivent prendre les mesures qui s'imposent relativement au traitement de ces lésions et au dépistage du VIH. Les fournisseurs de soins buccodentaires peuvent s'attendre à devoir prochainement jouer un rôle dans le dépistage de l'infection au VIH grâce au test rapide en cabinet¹⁶.

Conclusion

L'introduction du numéro spécial du *Morbidity and Mortality Weekly Report* publié le 2 juin 2006 par les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis résume en ces termes l'état actuel de l'infection au VIH¹ : «Le VIH/sida demeure une maladie chronique potentiellement mortelle. La prévention de l'infection au VIH exige un engagement continu de la part des personnes à risque, des personnes infectées et de l'ensemble de la société, et les efforts de prévention doivent suivre le rythme de l'évolution de l'épidémie. Mais surtout, il importe de répéter sans cesse les messages de base sur la prévention du VIH aux générations plus jeunes qui ne se rappellent sans doute pas l'époque plus mortelle de l'épidémie.» La profession dentaire doit continuer de faire partie de l'équipe des fournisseurs de soins

de santé afin d'assurer des soins optimaux pour tous, en se tenant au fait des progrès de la médecine dans le traitement et la prévention de cette maladie infectieuse chronique et en poursuivant ses propres recherches sur une prise en charge de la santé buccodentaire qui soit fondée sur des données probantes.

Vu la complexité de l'infection au VIH et de son traitement, il est du devoir de tous les professionnels de la santé de se tenir au fait des progrès dans la prévention de l'infection au VIH et le traitement des personnes séropositives. L'infection par le VIH devient plus traitable à mesure que l'épidémie évolue et que le traitement de cette infection et des infections opportunistes connexes progresse. Le rôle des professionnels de la santé buccodentaire dans ce domaine pourra se comparer au rôle qu'ils jouent déjà dans le traitement de patients atteints d'autres troubles médicaux complexes. ✨

Remarque : Alors que le présent article s'apprêtait à aller sous presse, l'ONUSIDA et l'OMS venaient de publier *Le point sur l'épidémie de sida 2007* (www.unaids.org/en/HIV_data/2007EpiUpdate/default.asp). Ce rapport, disponible en anglais seulement, fait remarquer une baisse de 16 % du nombre total estimé de personnes vivant avec le VIH dans le monde. Cette estimation ciblait principalement 6 pays (Angola, Inde, Kenya, Mozambique, Nigéria et Zimbabwe). Étant donné que ces pays ne font pas vraiment l'objet de notre article et que les données mondiales et nord-américaines sur le VIH/sida demeurent inchangées, nous avons décidé de nous en tenir aux statistiques du rapport 2006 de l'ONUSIDA. Cette mise à jour ne fait que renforcer le besoin qu'ont tous les travailleurs de la santé et les décideurs de s'informer sans cesse sur les données du VIH/sida.

LES AUTEURES



La **Dre Kaste** est professeure agrégée, Université de l'Illinois à Chicago, Collège de dentisterie, Chicago (Illinois).



Mme **Bednarsh** est directrice, Commission de la santé publique de Boston, HIV Dental, Boston (Massachusetts).

Écrire à la : Dre Linda M. Kaste, UIC COD, MC 850, 801 S Paulina St., Chicago, IL 60612, USA.

Les auteures n'ont aucun intérêt financier déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Références

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Twenty-five years of HIV/AIDS – United States, 1981-2006. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2006; 55(21):585–9. Disponible : www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5521a1.htm.
- Levy JA. HIV pathogenesis: Knowledge gained after two decades of research. *Adv Dent Res* 2006; 19(1):10–16.
- Fairchild AL, Gable L, Gostin LO, Bayer R, Sweeney P, Janssen RS. Public goods, private data: HIV and the history, ethics, and uses of identifiable public health information. *Public Health Rep* 2007; 122(Suppl 1):7–15.
- UNAIDS. AIDS epidemic update. Special report on HIV/AIDS: December 2006. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and the World Health Organization (WHO). Disponible : http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_en.pdf.
- Boulos D, Yan P, Schanzer D, Remis RS, Archibald CP. Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2005. *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 2006; 32(15):165–74. Disponible : www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/06vol32/rm3215f.html.
- Agence de la santé publique du Canada. Le VIH et le sida au Canada. Rapport de surveillance en date du 30 juin 2006. Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, ublic Health Agence de la santé publique du Canada, Novembre 2006. Disponible : www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/index_f.html.
- Centers for Disease Control and Prevention. HIV/AIDS Surveillance Report, 2005. Vol. 17. Rev. ed. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2007:1–54. Disponible : www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/2005report/pdf/2005SurveillanceReport.pdf.
- Sanchez T, Finlayson T, Drake A, Behel S, Cribbin M, DiNenno E, and others. Human immunodeficiency virus (HIV) risk, prevention, and testing behaviors – United States, National HIV Behavioral Surveillance System: Men who have sex with men, November 2003–April 2005. *MMWR Surveill Summ* 2006; 55(6):1–16. Disponible : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5506a1.htm>.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC 2006c). Epidemiology of HIV/AIDS – United States, 1981-2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2006; 55(21):589–92. Disponible : www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5521a2.htm.
- Johnson NW, Glick M, Mbuguye TN. (A2) Oral health and general health. *Adv Dent Res* 2006; 19(1):118–21.
- Crum NF, Riffenburgh RH, Wegner S, Agan BK, Tasker SA, Spooner KM, and others. Comparisons of causes of death and mortality rates among HIV-infected persons: Analysis of the pre-, early, and late HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy) eras. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006; 41(2):194–200.
- Triant VA, Lee H, Hadigan C, Grinspoon SK. Increased acute myocardial infarction rates and cardiovascular risk factors among patients with human immunodeficiency virus disease. *J Clin Endocrinol Metab* 2007; 92(7):2506–12. Epub 2007 Apr 24.
- Pantanowitz L, Schlecht HP, Dezube BJ. The growing problem of non-AIDS-defining malignancies in HIV. *Curr Opin Oncol* 2006; 18(5):469–78.
- Samaras K, Wand H, Law M, Emery S, Cooper D, Carr A. Prevalence of metabolic syndrome in HIV-infected patients receiving highly active antiretroviral therapy using International Diabetes Foundation and Adult Treatment Panel III criteria: associations with insulin resistance, disturbed body fat compartmentalization, elevated C-reactive protein, and [corrected] hypoadiponectinemia. *Diabetes Care* 2007; 30(1):113–9.
- Brogly SB, Watts DH, Ylitalo N, Franco EL, Seage GR, Oleske J, and others. Reproductive health of adolescent girls perinatally infected with HIV. *Am J Public Health* 2007; 97(6):1047–52.
- Franco-Paredes C, Tellez I, del Rio C. Rapid HIV testing: a review of the literature and implications for the clinician. *Curr HIV/AIDS Rep* 2006; 3(4):169–75.