



Améliorer la prévention du VIH : La nécessité de mieux lier et intégrer les services pour les personnes les plus à risque pour le VIH

[par James Wilton et Logan Broeckaert](#)

Introduction

Grâce aux progrès scientifiques récents, nous comprenons mieux maintenant les facteurs sous-jacents qui peuvent augmenter le risque qu'une personne se fasse infecter par le VIH. En même temps, nous disposons d'un plus grand nombre d'interventions efficaces pour prévenir la transmission du virus. Malgré ces progrès, le taux de transmission du VIH au Canada continue de grimper à un rythme élevé, et certaines populations sont encore touchées de façon disproportionnée par l'épidémie du VIH. Même au sein de ces populations, nous savons que le risque d'infection par le VIH n'est pas égal pour tout le monde. Une série complexe de facteurs interreliés et synergétiques contribuent à augmenter la vulnérabilité au VIH pour certaines personnes. Nous avons besoin d'une approche de prévention du VIH plus complète et plus holistique, mais il existe un obstacle majeur à une telle approche, soit la fragmentation des nombreux services nécessaires pour aborder le risque de VIH que courent les individus au sein de ces populations.

Cet article passe en revue nos nouvelles connaissances sur le risque de VIH et la prévention du VIH et explore comment nous pourrions améliorer celle-ci.

Le VIH au Canada

Selon les plus récentes estimations de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), 2 570 nouvelles infections par le VIH se seraient produites dans ce pays en 2014.¹ Cette estimation récente révèle que certaines populations continuent d'être touchées de façon disproportionnée par l'épidémie du VIH. Les populations en question incluent les hommes gais et les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), les Autochtones, les personnes qui s'injectent des drogues et les personnes originaires de pays où le VIH est endémique. Des recherches additionnelles nous révèlent que les personnes transgenres pourraient être aussi être touchées de façon disproportionnée par le VIH.² Selon les plus récentes estimations de l'ASPC, le taux d'infection par le VIH parmi les personnes originaires de pays où le VIH est endémique serait 6,3 fois plus élevé que parmi les autres Canadiens. Chez les Autochtones, le taux d'infection est 2,7 fois plus élevé que chez les Canadiens non autochtones.¹ Selon les estimations de 2011, les HARSAH sont 71 fois plus susceptibles de contracter le VIH que les autres hommes, et les personnes qui s'injectent des drogues sont 46 fois plus susceptibles de contracter le VIH que les personnes qui ne s'injectent pas de drogues.³

Mais ces chiffres ne racontent qu'une partie de l'histoire. Le risque de transmission du VIH n'est pas réparti de façon égale au sein de ces populations. La recherche nous montre que de nombreux facteurs psychosociaux ont un impact inégal sur les personnes appartenant à ces groupes et peuvent se combiner de façon synergétique de sorte

à augmenter le risque d'infection par le VIH. Par exemple, lors d'une étude américaine menée auprès d'hommes gais et bisexuels et d'autres HARSAH, on a constaté que la présence de quatre ou cinq facteurs psychosociaux en même temps (dépression, consommation d'alcool, usage de stimulants, usage de drogues multiples et abus sexuels dans l'enfance) créait un risque 8,6 fois plus élevé d'infection par le VIH parmi les hommes vivant avec ces facteurs depuis quatre ans, comparativement aux personnes n'éprouvant l'impact d'aucun de ces facteurs.⁴ Les HARSAH comptant un moins grand nombre de facteurs psychosociaux couraient aussi un risque plus élevé de contracter le VIH, mais dans une moindre mesure. Les données canadiennes appuient aussi le fait que les facteurs psychosociaux influent sur la vulnérabilité de façon syndémique^{5,6} et que des facteurs semblables interagissent de manière synergique pour accroître la vulnérabilité au VIH au sein d'autres populations, tels les Autochtones.⁷

Raisons sous-jacentes de l'augmentation du risque de VIH

Les facteurs qui augmentent la vulnérabilité au VIH sont variés et complexes. Et même si ces facteurs sont interreliés et difficiles à démêler les uns des autres, ils sont souvent regroupés en catégories distinctes, tels que facteurs biologiques, comportementaux et psychosociaux-structuraux.

Au niveau fondamental, la transmission du VIH se produit lors d'une exposition au VIH. Toutefois, toutes les expositions ne comportent pas le même risque de transmission, et de nombreux facteurs biologiques peuvent accroître le risque de contracter le VIH lors d'une seule exposition. Ces facteurs incluent certaines [voies d'exposition](#) (notons par exemple que le sexe anal réceptif comporte en moyenne le plus grand risque de transmission du VIH pour le partenaire séronégatif); [la présence d'une infection transmissible sexuellement](#) (telle la gonorrhée ou la syphilis) chez le partenaire séronégatif ou séropositif; l'absence de [prophylaxie post-exposition](#) (PPE) ou de [prophylaxie pré-exposition](#) (PrEP) chez le partenaire séronégatif; et une [charge virale plus élevée](#) dans les liquides du partenaire séropositif.

Il existe en outre plusieurs facteurs comportementaux qui augmentent le risque qu'une exposition se produise (par exemple, un nombre plus élevé de partenaires sexuels et de personnes avec qui on partage des aiguilles ou l'absence d'un usage régulier du condom) ou qu'elle donne lieu à l'infection par le VIH (telle la non-observance de la PPE ou de la PrEP).

Parmi les facteurs psychosociaux-structuraux qui peuvent augmenter la vulnérabilité au VIH, mentionnons les inégalités sur le plan des déterminants sociaux de la santé (DSS) et les problèmes de santé syndémiques. En ce qui concerne les DSS, les inégalités incluent la pauvreté, le sous-emploi, l'insuffisance du logement, l'incarcération et la nature inadéquate des compétences d'adaptation et des réseaux de soutien. Plusieurs de ces inégalités sont liées à des enjeux plus larges comme la stigmatisation, l'homophobie, le racisme et la colonisation et l'accès inadéquat aux services d'éducation et de santé. Le terme syndémique fait allusion à divers problèmes concomitants qui peuvent se combiner de façon synergique et augmenter le risque d'infection par le VIH.⁸ La liste inclut la consommation de drogues/d'alcool et les dépendances; l'anxiété, la dépression et les autres problèmes de santé mentale; les traumatismes, la violence et les abus, y compris les abus dans l'enfance, les abus sexuels et la violence à l'endroit d'un partenaire intime. La recherche indique que plus une personne fait face à des problèmes syndémiques, plus elle risque de contracter l'infection par le VIH.^{4,9,8,10}

Les trois catégories de facteurs susceptibles d'augmenter la vulnérabilité au VIH (biologiques, comportementaux et psychosociaux-structuraux) sont étroitement liées les unes aux autres.⁹ Les inégalités des DSS peuvent exacerber les problèmes de santé syndémiques, et les inégalités des DSS et les problèmes syndémiques peuvent accroître la prévalence des facteurs de risque de VIH de nature biologique et comportementale. Par exemple, les inégalités des DSS et les problèmes de santé syndémiques peuvent faire en sorte qu'une personne a de la difficulté à avoir accès, à utiliser et à suivre fidèlement une stratégie de prévention du VIH. Ils peuvent également rendre plus difficile l'accès aux services de dépistage, de soins, de soutien et de traitement pour les personnes vivant avec le VIH, ce qui pourrait provoquer une augmentation de la charge virale globale au sein de certaines populations (également appelée charge virale communautaire).¹¹ Une charge virale communautaire plus élevée est susceptible d'augmenter le risque moyen associé à une seule exposition au VIH pour les personnes de cette population ou de ce groupe. Un nombre plus élevé d'infections par le VIH dans ces populations peut créer une prévalence plus forte du VIH (c'est-à-dire un plus grand nombre d'individus ayant le VIH dans la communauté), et augmenter ainsi le risque qu'une exposition ait lieu (surtout au sein des petits réseaux sexuels et d'injection de drogues), ce qui augmenterait davantage le risque

de transmission du VIH. Ceci pourrait expliquer en partie pourquoi certaines populations ont un taux plus élevé d'infection au VIH, mais n'ont pas de comportements à risque élevé pouvant mener à une infection par le VIH.^{12,13,14} Ces exemples illustrent le chevauchement qui se produit entre ces différentes catégories de facteurs susceptibles d'augmenter le risque d'infection par le VIH, ainsi qu'à l'intérieur de chacune d'entre elles, et ils illustrent aussi le fait que la vulnérabilité au VIH va au-delà des comportements et choix individuels.

La nécessité d'une prévention combinée du VIH

Grâce à notre compréhension améliorée des facteurs sous-jacents contribuant à une plus grande vulnérabilité au VIH, ainsi qu'à la masse croissante de données probantes en matière de prévention et à l'émergence d'outils nouveaux, nous avons élargi la portée et la profondeur des services et des interventions que l'on peut maintenant considérer comme pertinents au regard de la prévention du VIH. Certains des services en question sont directement liés au VIH (counseling sur la réduction des risques de VIH et la PrEP, par exemple), alors que d'autres peuvent sembler liés de façon plus lointaine (tels les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances). On peut considérer certaines interventions comme biomédicales (telles que la PrEP et le condom), alors que d'autres sont de nature comportementale (comme les campagnes de marketing social visant à améliorer l'usage du condom, le counseling sur l'observance thérapeutique et le counseling en matière de santé mentale) ou psychosociale-structurale (comme l'accès amélioré à la PrEP, aux services de santé mentale et aux services d'injection supervisés). Certains services ne peuvent être fournis que par des médecins (la PrEP, les antidépresseurs et la méthadone, par exemple), alors que d'autres sont dispensés par une vaste gamme de fournisseurs de services (counseling sur la réduction des risques de VIH et en matière de santé mentale, par exemple).

Les termes prévention combinée du VIH, prévention complète et prévention holistique ne sont pas nouveaux et sont fondés sur l'idée qu'il existe un chevauchement et une synergie entre ces différents services et interventions.¹⁵ Par exemple, le succès des outils biomédicaux dépend d'interventions comportementales et psychosociales-structurelles conçues pour satisfaire les besoins d'une personne de façon holistique et faciliter subséquemment l'adoption, l'accès et l'utilisation correcte et régulière de l'outil.

Un obstacle important à l'adoption d'une approche plus complète de la prévention du VIH réside dans la fragmentation et le décloisonnement des différents services se rapportant à la prévention. Souvent, cet éventail de services variés liés au VIH n'est pas bien intégré ou connecté, et l'on manque par conséquent des occasions d'aborder efficacement et de manière holistique le risque d'infection par le VIH que court une personne. Par exemple, les liens entre les services non cliniques et cliniques laissent souvent à désirer, tout comme ceux entre les services liés directement au VIH et les services reliés de façon distante.

L'étude PROJECT Explore – la plus grande étude d'intervention sur la prévention comportementale du VIH menée auprès d'hommes gais aux États-Unis – nous fournit un exemple fondé sur la recherche qui souligne l'importance d'une approche exhaustive ainsi que l'impact négatif potentiel de la fragmentation des services.¹⁶ L'intervention de PROJECT Explore a consisté en plusieurs séances de counseling individuel sur la réduction des risques de VIH, lesquelles ont contribué à réduire de 18 % le risque global d'infection par le VIH parmi les hommes inscrits à l'étude. Cette réduction du risque était faible, et des analyses additionnelles ont porté à croire que l'intervention n'avait pas d'effet sur les hommes ayant des antécédents d'abus sexuels dans l'enfance.¹⁷ Chose préoccupante, 40 % des hommes inscrits à cette étude ont fait état d'antécédents d'abus de ce genre, et ces hommes étaient plus susceptibles d'avoir une dépression et de consommer des drogues ou de l'alcool. La forte prévalence de ces problèmes de santé pourrait expliquer la faible réduction globale du risque de VIH obtenue grâce au counseling sur la réduction des risques.

L'exemple du PROJECT Explore souligne l'importance de mieux intégrer les services et d'utiliser les interactions avec les clients pour reconnaître leurs problèmes de santé syndémiques et les inégalités des DSS. Cela permet aussi de les diriger vers des services additionnels pour aborder ces problèmes si cela est approprié. Une fois la participation du client assurée, des stratégies sont nécessaires pour les diriger vers un continuum de services pertinents et les y retenir. Il faut aussi s'assurer que de telles interactions ne se transforment pas en occasions ratées d'améliorer la santé holistique et réduire la vulnérabilité au VIH. On a également besoin de s'assurer que les services nécessaires soient disponibles, qu'ils conviennent à la population desservie et qu'ils soient basés sur la résilience.

Est-il temps pour une cascade de prévention du VIH ciblant les personnes courant

un risque continu d'infection par le VIH?

Depuis quelques années, la fragmentation des services nécessaires à la santé et au bien-être des *personnes vivant avec le VIH* reçoit une attention renouvelée considérable. On peut le constater dans l'intérêt suscité par la cascade des soins du VIH, qui est une manière d'envisager la participation des personnes vivant avec le VIH aux services nécessaires pour améliorer leur santé et réduire le risque de transmission du VIH.¹⁸ Ces services incluent ceux visant l'amélioration du dépistage du VIH, de la mise en contact avec les soins, de la rétention dans les soins, de l'amorce du traitement du VIH et de l'observance thérapeutique. L'attention suscitée par cette cascade a donné lieu à l'élaboration et à l'évaluation d'interventions destinées à améliorer les liens entre ces différents services.¹⁹

Il faut aussi porter une attention nouvelle à l'écart entre les services visant à améliorer la santé et réduire le risque d'infection pour les personnes courant un risque élevé et continu de contracter le VIH. Quelques organismes et agences ont commencé à inclure un élément de prévention dans leur cascade des soins du VIH, mais peu d'efforts ont été consacrés à la surveillance et à l'évaluation de la participation à cette cascade.

Que peut-on faire?

Il existe plusieurs actions que l'on peut prendre pour améliorer l'implication des personnes courant un risque élevé d'infection par le VIH dans les nombreux services nécessaires pour améliorer leur santé et réduire leur risque de contracter le VIH.

Tous les organismes n'ont pas nécessairement le financement, le mandat ou l'infrastructure nécessaires pour intégrer les services additionnels dans le travail qu'ils font déjà. Une manière d'améliorer les liens entre les services consisterait à créer une carte montrant l'emplacement des services cliniques et non cliniques disponibles dans sa localité.

L'établissement de nouvelles relations et de nouveaux partenariats formels et informels avec d'autres organismes locaux offrant des services complémentaires pourrait être une façon efficace de faciliter la mise en contact avec des services additionnels.

Interventions pour améliorer la participation et l'arrimage

Il ne suffit pas de savoir simplement si et où les services existent et de reconnaître les lacunes. Des interventions peuvent s'avérer nécessaires pour lier activement les clients aux services et s'assurer que leurs liens avec ces derniers se maintiennent. En guise de conclusion, nous illustrerons deux exemples d'interventions utilisées pour améliorer la participation et l'arrimage dans le contexte canadien.

Programme de gestionnaires de cas de promotion de la santé, Vancouver, Colombie-Britannique

Ayant compris que les personnes courant un risque élevé et continu de contracter le VIH ont besoin de soutiens additionnels à la prévention, le Vancouver Coastal Health finance un nombre de gestionnaires de cas de promotion de la santé. Ces gestionnaires de cas sont accueillis par des organismes communautaires de Vancouver et travaillent auprès de populations touchées de façon disproportionnée par le VIH, y compris les hommes gais, bi et autres HARSAH, les couples d'hommes sérodifférents, les femmes, les personnes trans, les jeunes, les Autochtones, les immigrants et les réfugiés. Ces programmes sont conçus pour accroître l'auto-efficacité des clients en ce qui concerne la prévention du VIH.

Le gestionnaire de cas de promotion de la santé utilise une approche exhaustive en matière de santé qui reconnaît que la prévention du VIH doit aborder à la fois les facteurs individuels et structureaux qui contribuent à la persistance de la vulnérabilité au VIH. Les gestionnaires de cas travaillent avec les clients dans le but de réduire leur vulnérabilité aux risques de VIH en accentuant leurs forces et leur résilience. Les gestionnaires de cas soutiennent les clients afin qu'ils puissent identifier leurs objectifs de santé et de bien-être, y compris l'apport de changements à leurs comportements, à leur mode de vie, à leurs relations, à leur santé mentale et à leur consommation de drogues/alcool, et ils les aident ensuite à atteindre ces objectifs. De plus, on examine les barrières structurelles qui ont un impact sur la santé du client en le soutenant dans les démarches nécessaires pour demander de l'aide sociale, trouver un logement, avoir accès aux services de soutien communautaires et résoudre les problèmes d'immigration ou juridiques.

Les clients travaillent avec les gestionnaires de cas sur une période de un à cinq mois; les clients déterminent eux-mêmes la quantité et la durée du soutien dont ils ont besoin. Dès que le client se sent prêt à renoncer au soutien du gestionnaire de cas, celui-ci aide le client à négocier la transition vers d'autres soutiens et services communautaires et fait un suivi pendant trois à six mois une fois la transition accomplie.

Making the Links (Faire les liens), Toronto, Ontario

Making the Links offre des services de counseling et d'orientation communautaire gratuits et confidentiels à court terme aux hommes gais, bisexuels et aux autres HARSAH qui ont de la difficulté à adopter des pratiques sexuelles plus sécuritaires. Le programme reconnaît que la prise de décisions à cet égard est sujette à l'impact de facteurs qui dépassent la simple accessibilité de condoms ou la connaissance des risques de transmission du VIH et des ITS. Les facteurs en question incluent les problèmes de couple, la violence conjugale, les changements d'humeur, la mauvaise utilisation de drogues/alcool, la gêne face à la négociation, la solitude et les expériences de racisme.

Un conseiller aide les hommes à explorer comment ces facteurs influencent leur capacité d'adopter des pratiques sexuelles plus sécuritaires et à reconnaître leurs forces. Il leur donne aussi des outils pour développer des mécanismes d'adaptation sains qui auront un impact favorable sur leur capacité de réduire leur risque de contracter le VIH.

1. [a. b.](#) Agence de la santé publique du Canada. *Résumé : estimations de l'incidence, de la prévalence et de la proportion non diagnostiquée au VIH au Canada, 2014*. Division de la surveillance et de l'épidémiologie, Division des lignes directrices professionnelles et des pratiques de santé publique, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2015. Disponible à l'adresse : <http://www.catie.ca/fr/ressources/resume-estimations-lincidence-prevalence-proportion-non-diagnostiquee-vih-canada-2014>
2. Bauer GR, Travers R, Scanlon K, Coleman T. High heterogeneity of HIV-related sexual risk among transgender people in Ontario, Canada: a province-wide respondent-driven sampling survey. *BMC Public Health* . 2012 12(1):292.
3. Agence de la santé publique du Canada. *Actualités en épidémiologie du VIH/sida : Estimations de la prévalence et de l'incidence de l'infection par le VIH au Canada pour 2011*. Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2014. Disponible à l'adresse : <http://www.catie.ca/fr/ressources/actualites-epidemiologie-vihsida-chapi...> [consulté le 27 janvier 2015]
4. [a. b.](#) Mimiaga MJ, O'Cleirigh C, Biello KB, et al. The effect of psychosocial syndemic production on 4-year HIV incidence and risk behavior in a large cohort of sexually active men who have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2015;68:329-36.
5. Ferlatte O, Hottes TS, Trussler T, Marchand R. Evidence of a syndemic among young Canadian gay and bisexual men: uncovering the associations between anti-gay experiences, psychosocial issues, and HIV risk. *AIDS and Behavior* . 2014;18:1256-63.
6. Tulloch TG, Rolonda NK, Ing S, et al. Retrospective Reports of Developmental Stressors, Syndemics, and Their Association with Sexual Risk Outcomes Among Gay Men. *Archives of Sexual Behavior*. 2015;44(7):1879-89. Disponible à l'adresse : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4559573/>
7. Prentice T, Peltier D. Re-thinking syndemics among Indigenous Women. Presented at: *Northern Exposures: A Research and Practice Conference - Health and Resilience in the Face of HIV, HCV and Other Sexually Transmitted and Blood Borne Infections* . Manitoulin Island, Ontario; 2015. Disponible à l'adresse : <http://www.ohtn.on.ca/northern-exposures/wp-content/uploads/sites/8/Presenter-Slides/0915-Prentice-and-Peltier.pdf> [Consulté le 8 janvier 2016]
8. [a. b.](#) Stall R, Mills TC, Williamson J, et al. Association of co-occurring psychosocial health problems and increased vulnerability to HIV/AIDS among urban men who have sex with men. *American Journal of Public Health* . 2003;93:939-42.
9. [a. b.](#)
10. Halkitis PN, Wolitski RJ, Millett GA. A holistic approach to addressing HIV infection disparities in gay, bisexual, and other men who have sex with men. *The American Psychologist*. 2013;68:261-73.
11. Castel AD, Befus M, Willis S, et al. Use of the community viral load as a population-based biomarker of HIV burden. *AIDS*. 2012;26:345-53.
12. Sullivan PS, Rosenberg ES, Sanchez TH, et al. Explaining racial disparities in HIV incidence in black and white men who have sex with men in Atlanta, GA: a prospective observational cohort study. *Annals of Epidemiology* . 2015 Jun;25(6):445-54.
13. Rosenberg ES, Millett GA, Sullivan PS, et al. Understanding the HIV disparities between black and white men who have sex with men in the USA using the HIV care continuum: a modeling study. *Lancet HIV*. 2014 Dec;1(3):e112-e118.
14. Millett GA, Flores SA, Peterson JL, Bakeman R. Explaining disparities in HIV infection among black and white men who have sex with men: a meta-analysis of HIV risk behaviors. *AIDS*. 2007 Oct 1;21(15):2083-91.
15. Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections: UNAIDS; 2010 September.
16. Koblin B, Chesney M, Coates T. Effects of a behavioural intervention to reduce acquisition of HIV infection among men who have sex with men: the EXPLORE randomised controlled study. *Lancet*. 2004;364:41-50.
17. Mimiaga MJ, Noonan E, Donnell D, et al. Childhood sexual abuse is highly associated with HIV risk-taking behavior and infection among MSM in the EXPLORE Study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2009;51:340-8.
18. Gardner EM, McLees MP, Steiner JF, et al. The spectrum of engagement in HIV care and its relevance to test-and-treat strategies for prevention of HIV infection. *Clinical Infectious Diseases* . 2011;52:793-800.
19. IAPAC Guidelines for Optimizing the HIV Care Continuum for Adults and Adolescents. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*. 2015;14(Suppl 1):S3-S34.

À propos de l'auteur

James Wilton a une maîtrise en santé publique et en épidémiologie de l'Université de Toronto et a travaillé pour CATIE pendant six ans à titre de coordonnateur du projet de prévention du VIH par la science biomédicale. Il participe actuellement à plusieurs projets de recherche liés à la prophylaxie pré-exposition et au risque de communication du VIH.

Logan Broeckaert détient une maîtrise en histoire et est actuellement chercheuse/rédactrice à CATIE. Avant de se joindre à CATIE, Logan a travaillé à des projets nationaux et provinciaux de recherche et d'échange de connaissances pour le compte de la Société canadienne du sida et de l'Association de la santé publique de l'Ontario.

Produit par:



La source canadienne
de renseignements sur
le VIH et l'hépatite C

555, rue Richmond Ouest, Bureau 505, boîte 1104
Toronto (Ontario) M5V 3B1 Canada
téléphone : 416.203.7122
sans frais : 1.800.263.1638
télécopieur : 416.203.8284
site Web : www.catie.ca
numéro d'organisme de bienfaisance : 13225 8740 RR

Déni de responsabilité

Toute décision concernant un traitement médical particulier devrait toujours se prendre en consultation avec un professionnel ou une professionnelle de la santé qualifié(e) qui a une expérience des maladies liées au VIH et à l'hépatite C et des traitements en question.

CATIE fournit des ressources d'information aux personnes vivant avec le VIH et/ou l'hépatite C qui, en collaboration avec leurs prestataires de soins, désirent prendre en mains leurs soins de santé. Les renseignements produits ou diffusés par CATIE ou auxquels CATIE permet l'accès ne doivent toutefois pas être considérés comme des conseils médicaux. Nous ne recommandons ni n'appuyons aucun traitement en particulier et nous encourageons nos utilisateurs à consulter autant de ressources que possible. Nous encourageons vivement nos utilisateurs à consulter un professionnel ou une professionnelle de la santé qualifié(e) avant de prendre toute décision d'ordre médical ou d'utiliser un traitement, quel qu'il soit.

CATIE s'efforce d'offrir l'information la plus à jour et la plus précise au moment de mettre sous presse. Cependant, l'information change et nous encourageons les utilisateurs à s'assurer qu'ils ont l'information la plus récente. Toute personne mettant en application seulement ces renseignements le fait à ses propres risques. Ni CATIE ni aucun de ses partenaires ou bailleurs de fonds, ni leurs personnels, directeurs, agents ou bénévoles n'assument aucune responsabilité des dommages susceptibles de résulter de l'usage de ces renseignements. Les opinions exprimées dans le présent document ou dans tout document publié ou diffusé par CATIE ou auquel CATIE permet l'accès ne reflètent pas nécessairement les politiques ou les opinions de CATIE ni de ses partenaires ou bailleurs de fonds.

L'information sur l'usage plus sécuritaire de drogues est offerte comme service de santé publique pour aider les personnes à prendre de meilleures décisions de santé et ainsi réduire la propagation du VIH, de l'hépatite virale et de toute autre infection. Cette information n'a pas pour but d'encourager ni de promouvoir l'utilisation ou la possession de drogues illégales.

La permission de reproduire

Ce document est protégé par le droit d'auteur. Il peut être réimprimé et distribué dans son intégralité à des fins non commerciales sans permission, mais toute modification de son contenu doit être autorisée. Le message suivant doit apparaître sur toute réimpression de ce document : *Ces renseignements ont été fournis par CATIE (le Réseau canadien d'info-traitements sida). Pour plus d'information, veuillez communiquer avec CATIE par téléphone au 1.800.263.1638 ou par courriel à info@catie.ca.*

© CATIE

La production de cette revue a été rendue possible grâce à une contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada.

Disponible en ligne à

<http://www.catie.ca/fr/pdm/printemps-2016/ameliorer-prevention-vih-necessite-mieux-lier-integrer-les-services-les-personnes>