



Canada's source for
HIV and hepatitis C
information

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

Dialogue délibératif national sur des approches intégrées du traitement et de la prévention du VIH

Rapport de la réunion

Mars 2013

Table des matières

Dialogue délibératif national sur des approches intégrées du traitement et de la prévention du VIH.....	1
Rapport de la réunion	1
1 Contexte.....	3
1.1 La réponse évolutive face à l'épidémie de VIH/sida.....	3
1.2 Le « traitement comme outil de prévention » et autres nouvelles données de recherche	4
1.3 Nouveaux points de vue et nouvelles controverses.....	6
1.4 Approches intégrées du traitement et de la prévention.....	7
2 Dialogue délibératif national sur des approches intégrées du traitement et de la prévention du VIH.....	8
3 Principaux thèmes	12
3.1 Thèmes généraux liés à l'intégration.....	12
3.1.1 Il est important de développer une vision d'intégration.....	12
3.1.2 L'intégration vise à fournir des services centrés sur le client.....	14
3.1.3 L'intégration implique un changement systémique.....	16
3.2 Thèmes pertinents aux quatre piliers de l'intégration	19
3.2.1 Services de prévention dans un cadre de travail intégré	19
3.2.2 Services de dépistage dans un cadre de travail intégré	23
3.2.3 Services de soins et de soutien dans un cadre de travail intégré.....	27
3.2.4 Services de traitement dans un cadre de travail intégré.....	29
3.3 Autres thèmes.....	30
3.3.1 Éléments juridiques et éthiques des approches intégrées du traitement et de la prévention du VIH.....	30
3.3.2 Éducation et conseils à l'intention des fournisseurs de soins de santé et de services sociaux	32
3.3.3 Limites du dialogue	33
4 Résultats de l'évaluation.....	35
5 Remerciements.....	38
Annexe	39

1 Contexte

L'écart entre le traitement et la prévention du VIH existe depuis le début de notre réponse à l'épidémie de VIH/sida. On a longtemps considéré ces deux éléments comme distincts et, jusqu'à récemment, peu d'efforts coordonnés ont été déployés pour les intégrer sur le plan du financement et de l'élaboration de programmes. De nouvelles données de recherche, particulièrement ces dernières années, tentent cependant d'appuyer de plus en plus la nécessité d'une approche combinée, améliorée et plus exhaustive du traitement et de la prévention.

1.1 La réponse évolutive face à l'épidémie de VIH/sida

Au début de l'épidémie, notre réponse face au VIH/sida était axée sur la réalisation d'interventions comportementales de prévention à l'intention des personnes séronégatives par l'entremise d'un réseau d'organismes de lutte contre le sida partout au Canada. Au fil du temps, les programmes de prévention ciblant les personnes vivant avec le VIH (« la prévention positive ») ont fait leur apparition en même temps que les technologies améliorées de dépistage pour diagnostiquer l'infection au VIH. Les données probantes se sont multipliées pour démontrer que la majorité des personnes vivant avec le VIH, lorsqu'elles apprenaient leur statut, prenaient des mesures pour réduire les risques de transmettre le VIH aux autres, soulignant ainsi le lien important entre le dépistage et la prévention.

Le traitement pour les personnes vivant avec le VIH était d'abord vu comme étant uniquement du ressort des médecins. Né d'un besoin ressenti par des organismes communautaires, CATIE s'est consacré à communiquer de l'information sur la santé et le traitement aux personnes vivant avec le VIH. De concert avec d'autres organismes pour les personnes séropositives, CATIE a aussi critiqué l'absence de réponse (ou la réponse médiocre) de la part des gouvernements, des médecins et des chercheurs tout en soutenant que les personnes vivant avec le VIH pouvaient apprendre comment gérer leur propre santé, influencer les priorités de la recherche et orienter le financement du gouvernement vers le traitement.

Grâce à l'apparition de la multithérapie en 1996, on a pu observer une réduction considérable des taux de morbidité et de mortalité parmi les personnes vivant avec le VIH ainsi qu'un besoin encore plus pressant d'échanger de l'information sur le traitement afin d'améliorer la santé des personnes séropositives. Lorsque les avantages de la multithérapie sont devenus évidents, les médecins l'ont prescrite au début de façon systématique. Toutefois, quand il s'est avéré que la multithérapie présentait

des restrictions en termes d'effets secondaires, de résistance médicamenteuse et d'observance thérapeutique, les médecins et leurs patients ont commencé à retarder de plus en plus le début de la thérapie, ce qui s'est reflété dans les lignes directrices du traitement. À peu près à la même époque que l'introduction de la multithérapie, les chercheurs ont élaboré un test de mesure de la charge virale et fourni les premiers indices que les antirétroviraux pourraient jouer un rôle dans la réduction des risques de transmission du VIH, tels que la transmission verticale et la prophylaxie post-exposition.

1.2 Le « traitement comme outil de prévention » et autres nouvelles données de recherche

Ces dernières années, les données probantes se sont rapidement multipliées pour démontrer que le traitement du VIH pouvait réduire considérablement les risques qu'une personne vivant avec le VIH transmette le virus à d'autres par l'entremise de relations sexuelles et d'utilisation de drogues injectables. Parallèlement, des traitements mieux tolérés ont été mis au point, et la recherche a commencé à mettre en évidence les avantages du traitement précoce pour la santé des personnes vivant avec le VIH. Les lignes directrices sur le traitement sont à nouveau en révision pour recommander le traitement précoce à la fois pour améliorer la santé et réduire l'infectiosité. L'observance thérapeutique est essentielle non seulement pour les bienfaits sur la santé des personnes vivant avec le VIH, mais aussi pour la prévention afin de s'assurer que la charge virale, et les risques de transmission du VIH, demeurent faibles. Les soins et le soutien apportés aux personnes vivant avec le VIH, qui mettent l'accent sur les problèmes liés à la santé mentale, aux dépendances et au logement, sont dès lors essentiels pour améliorer la qualité de vie et favoriser l'adhésion au traitement.

Lors du Congrès international sur le sida de 2006, Montaner *et al* du Centre d'excellence de la Colombie-Britannique (BC-CfE) ont proposé une nouvelle approche dans le but de maîtriser l'épidémie de VIH en se fondant sur l'hypothèse que l'augmentation du nombre de personnes sous thérapie au sein d'une population réduirait la charge virale « communautaire » et diminuerait ainsi l'incidence du VIH. Selon ce modèle, les programmes de prévention et de traitement du VIH travaillent de concert en adoptant une approche de santé publique proactive quant à l'identification des personnes vivant avec le VIH puis ils les arriment à des soins et s'assurent qu'elles les poursuivent. Ce type d'approche est appelé de diverses façons, soit « traitement comme outil de prévention », « STOP-VIH/sida », « traitement 2.0 » et « chercher et traiter ». Des projets pilotes de mise en œuvre de la recherche sont en cours en Colombie-Britannique et aux États-Unis.

Depuis que cette approche a été proposée en 2006, les données relatives à l'utilisation du traitement du VIH comme méthode de prévention sont devenues de plus en plus tangibles. Les données les plus probantes qui ressortent d'un essai clinique randomisé, intitulé HPTN 056, ont été communiquées lors de la Conférence 2011 de l'IAS (Société internationale sur le sida) et confirment l'efficacité du traitement à titre préventif. Dans cet essai clinique randomisé, le traitement anti-VIH précoce a réduit le risque de transmission du VIH par 96 % parmi des couples hétérosexuels sérodifférents qui avaient pour la plupart des relations sexuelles vaginales, ont reçu du counseling régulier sur l'observance thérapeutique et la prévention, des condoms gratuits, des mesures de charge virale, et le dépistage et le traitement réguliers pour d'autres infections transmises sexuellement. Malheureusement, on ne sait pas encore dans quelle mesure cette stratégie de prévention fonctionnera bien « dans le monde réel », ni dans quelle mesure les bienfaits préventifs du traitement anti-VIH se trouvent chez d'autres populations, tels que les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ou les personnes qui s'injectent des drogues. Les recherches en cours essaient d'offrir des réponses à ces questions en suspens.

De plus, de nombreux autres développements en matière de recherche ont des répercussions sur l'amélioration de la pratique de services de première ligne. Les données probantes suggèrent que la prévention et le traitement d'autres ITS, autant chez les personnes séronégatives que séropositives, pourraient réduire les risques d'infection et de transmission. La recherche tend à démontrer qu'environ un quart des personnes vivant avec le VIH ne connaissent pas leur statut. Cette population dissimulée pourrait représenter plus de 50 % des nouvelles infections au VIH, plus particulièrement chez les personnes ayant été récemment infectées et qui présentent un taux élevé de charge virale. Il existe un nombre important de personnes qui ne prennent connaissance de leur diagnostic que dans les phases tardives de l'infection au VIH, comme celle du VIH avancé, et qui ne bénéficient donc pas du traitement précoce.

Des données probantes émergent également en ce qui a trait aux bienfaits potentiels des nouvelles technologies de prévention du VIH, comme l'utilisation du traitement antirétroviral par des personnes séronégatives afin de réduire leurs risques de contracter l'infection (prophylaxie pré-exposition (PrEP) et post-exposition (PPE)). Bien que ces technologies soient considérées comme des technologies « biomédicales », il est évident qu'elles ne pourront pas être efficaces si elles sont administrées en

l'absence d'interventions comportementales complémentaires. De plus, il est de plus en plus clair que le fait d'augmenter le nombre de personnes vivant avec le VIH qui bénéficient d'une charge virale « indétectable » nécessitera des améliorations importantes dans tout le continuum de services en VIH/sida, notamment le dépistage, le traitement, les soins et le soutien.

1.3 Nouveaux points de vue et nouvelles controverses

Même si les données appuyant l'approche du « traitement comme outil de prévention » sont très solides, la sensibilisation aux répercussions de ces données dans le cadre de la planification et de l'élaboration des programmes demeure limitée. Les responsables de l'élaboration des politiques et des programmes, les travailleurs de la santé publique, les cliniciens, les personnes vivant avec le VIH, les travailleurs communautaires et autres nagent actuellement en pleine confusion et affichent de nombreuses préoccupations quant aux divers aspects du traitement et de la prévention — mais, et surtout, quant à la mise en œuvre des données de recherche par l'entremise de différents programmes et de différentes politiques.

Bien que le « traitement comme outil de prévention » ait la capacité de revigorer les programmes sur le VIH au Canada en prenant appui sur les opportunités inhérentes des buts qui, il a été démontré récemment, se chevauchent les uns les autres, cette approche génère également des controverses, car elle soulève de nouveaux enjeux associés à l'éthique, aux programmes et à leur évaluation. Ce qui a soulevé le plus de préoccupations quant au « traitement comme outil de prévention » est lié au fait de maintenir un contexte clairement énoncé, fondé sur les droits de la personne pour les programmes de traitement et de prévention tout en abordant le conflit qui pourrait survenir entre les objectifs de santé publique et les objectifs cliniques.

On s'inquiète également du fait que les programmes de prévention communautaires existants, dont l'efficacité a été démontrée, pourraient être écartés en faveur de programmes cliniques de « traitement comme outil de prévention » d'approche exclusivement biomédicale. Dans le cadre d'une approche intégrée du traitement et de la prévention, il sera important de tenir compte des programmes de prévention *existants* et de s'assurer que ces derniers sont en mesure d'incorporer à leurs activités les nouvelles connaissances concernant la transmission du VIH. En outre, les programmes axés sur le traitement dans l'intérêt d'offrir le traitement doivent aussi être maintenus, et la recherche de

nouveaux traitements et d'un remède doit se poursuivre. Par conséquent, nous proposons le terme « Approches intégrées du traitement et de la prévention ».

1.4 Approches intégrées du traitement et de la prévention

Les « approches intégrées du traitement et de la prévention » reconnaissent la prévention, le dépistage, les soins, le soutien et le traitement comme étant des éléments renforçant mutuellement une réponse efficace qui doit être intégrée dans le cadre d'une approche exhaustive face à l'épidémie. Une approche intégrée du traitement et de la prévention se compose de quatre éléments distincts, mais qui s'entrecroisent tout de même et qui doivent être abordés : 1. La prévention liée à l'implication et l'arrimage; 2. Le dépistage et le diagnostic liés à l'implication et l'arrimage; 3. Le traitement optimal lié à l'implication et à l'arrimage; 4. Les soins et le soutien liés à l'implication et à l'arrimage.

De plus, ce terme plus général reconnaît la nécessité d'un travail de prévention qui ne suppose pas nécessairement un élément associé au traitement ainsi que la nécessité d'un travail de traitement qui ne suppose pas nécessairement un élément associé à la prévention. Le terme « approches intégrées du traitement et de la prévention » reconnaît le « traitement *comme* outil de prévention » comme un élément important faisant partie d'une approche exhaustive/combinée quant à l'épidémie de VIH/sida qui nécessitera pour réussir une meilleure intégration d'un continuum de services liés au VIH/sida.

Dans ce contexte d'incertitude et de controverses concernant les répercussions découlant des nouvelles connaissances de recherche, la nécessité se fait sentir de tenir un dialogue national sur cette nouvelle approche et ses répercussions pour les programmes de prévention, de soins, de traitement et de soutien de première ligne liés au VIH au Canada. Le dialogue doit tenir compte du développement et de la mise en œuvre de stratégies intégrées du traitement et de la prévention qui assurent un continuum de soins sur le plan des interventions de proximité, de la prévention, du dépistage, du traitement, des soins et du soutien. Les initiatives dans ces domaines ne peuvent plus être envisagées comme des entités autonomes — les programmes doivent s'imbriquer les uns aux autres afin d'assurer un continuum cohérent et intégré de soins.

2 Dialogue délibératif national sur des approches intégrées du traitement et de la prévention du VIH

En réponse au besoin d'un dialogue national sur la recherche biomédicale émergente (y compris le traitement anti-VIH comme outil de prévention) et ses implications pour le travail de première ligne, CATIE a organisé une rencontre nationale d'échange des connaissances, les 17 et 18 octobre 2012. L'événement a réuni 43 participants externes, dont neuf représentants de l'Ontario, cinq du Québec, huit de la Colombie-Britannique, six des Prairies, trois de la région de l'Atlantique, 11 représentants nationaux et un conférencier international des États-Unis. Pour chaque région, nous avons cherché un équilibre dans la représentation des milieux clinique, de la santé publique, de la recherche, de la communauté et des politiques. Onze employés de CATIE ont animé l'événement. Leur rôle principal était d'écouter et d'animer le dialogue lorsque approprié et de noter les discussions; ils étaient davantage des « observateurs » que des participants au dialogue.

Le dialogue a porté sur l'exploration d'efforts pour intégrer le traitement et la prévention du VIH et d'autres recherches biomédicales émergentes dans diverses régions au Canada. Cela incluait les défis et les leçons tirées de ces activités et l'identification de domaines prioritaires qu'il faudrait aborder dans les politiques, l'élaboration de programmes et l'échange des connaissances afin de faciliter la mise en œuvre régionale de modèles intégrés de traitement et de prévention. On a aussi abordé les bienfaits et les limites d'une approche intégrée du traitement et de la prévention, dans le cadre de discussions ouvertes. Toutefois, des efforts soutenus ont été déployés pour éviter la polarisation du débat, en clarifiant les suppositions et en identifiant des points et des priorités communs.

La question centrale qui a été explorée lors du dialogue était celle-ci : ***à la lumière des connaissances biomédicales nouvelles et émergentes sur le VIH, que pourrions-nous faire différemment dans nos interventions de première ligne afin d'intégrer pleinement des approches combinées de traitement et de prévention dans tous les secteurs d'interventions?*** Cette approche se fonde sur le fait que la prévention, le dépistage, le traitement, les soins et le soutien sont des éléments renforçant mutuellement une réponse efficace qui doit être *intégrée* pour contribuer à une approche complète à l'épidémie. Le principal objectif de cette approche est d'assurer l'implication dans le continuum des services de prévention, de dépistage, de traitement, de soins et de soutien, pour les personnes vivant avec le VIH et affectées par celui-ci.

Le dialogue avait pour buts de :

- Identifier les points de friction, les points communs, les lacunes et les opinions divergentes concernant la mise en œuvre des programmes de traitement et de prévention;
- Partager les expériences et les modèles régionaux liés à l'élaboration des programmes de traitement et de prévention;
- Identifier les domaines et les défis à traiter en priorité pour que des changements soient apportés au niveau des systèmes de santé, de l'élaboration des politiques et des programmes et de la mise en œuvre des programmes;
- Identifier les domaines où il existe des besoins en échange des connaissances afin de combler les lacunes entre les données de recherche et la pratique actuelle en matière de programmes sur le VIH; et
- Contribuer à l'élaboration de CATIE de la *Feuille de route de planification d'approches intégrées du traitement et de la prévention du VIH* — une structure pour le renouvellement et l'intégration de programmes de traitement et de prévention et pour favoriser le dialogue concernant ce sujet.

Afin de favoriser la réussite de l'événement, CATIE a eu recours à diverses stratégies.

Le processus : orientation et implication

CATIE a utilisé diverses méthodes pré-dialogue pour assurer une contribution externe aux préparatifs et une bonne implication lors de l'événement. Premièrement, CATIE a créé un Comité consultatif national (CCN) composé de 16 représentants des milieux communautaire, clinique, de la recherche et des politiques. Ce comité s'est réuni à quatre reprises avant l'événement et a fait part de rétroaction sur tous les documents d'information, la liste des participants et la rencontre comme telle. Cela a permis d'impliquer à part entière les membres du CCN dans l'élaboration et la tenue de l'événement.

CATIE a collaboré étroitement avec sept experts régionaux pour développer des aperçus généraux de haut niveau faisant état des réponses régionales au VIH en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba, en Ontario, au Québec et dans la région de l'Atlantique. Des employés de CATIE leur ont fourni des commentaires et du soutien, pour que chaque exposé couvre les éléments

essentiels au fondement du dialogue. Les experts régionaux ont consulté d'autres intervenants de leur région pour confirmer que l'aperçu reflète leur réponse régionale.

Par ailleurs, CATIE a collaboré avec 16 experts en matière de prévention, de dépistage, de traitement et de soins et de soutien pour développer et peaufiner le cadre de travail général servant à diriger le dialogue et orienter les discussions de groupe. Ces experts ont dirigé les discussions thématiques du Jour 2. Cela a apporté une expertise à chacune des discussions en plus de rehausser l'implication des experts lors de l'événement.

Le processus : assurer un dialogue inclusif

Afin d'assurer un dialogue inclusif qui faciliterait la réflexion et les discussions ouvertes et qui reconnaîtrait les multiples perspectives dans le débat sur le traitement et la prévention, des individus sélectionnés ont été invités à participer. La sélection des participants visait à assurer la diversité régionale et professionnelle — notamment des travailleurs de première ligne, des intervenants de la santé publique, des chercheurs, des responsables des politiques et des personnes vivant avec le VIH.

Le processus : assurer une compréhension commune

Afin que tous les participants arrivent à la rencontre avec une compréhension commune des nouvelles données scientifiques, CATIE leur a proposé diverses lectures et a organisé deux webinaires préparatoires.

Ordre du jour et structure du Dialogue délibératif : d'une perspective individuelle vers une vision globale

L'ordre du jour final a été structuré de manière à optimiser les discussions avec animateur entre les participants. L'objectif n'était pas d'atteindre un consensus, mais plutôt de partager des expériences et des idées, des préoccupations et des défis, et d'identifier des points communs et des priorités afin de faire avancer le modèle intégré de traitement et de prévention au palier régional.

La rencontre a commencé par de brefs exposés provinciaux sur des exemples de réponses au VIH comportant des composantes multiples et abordant le continuum complet d'une approche intégrée de traitement et de prévention dans chacune des régions. Ces exposés ont été suivis d'une discussion en plénière pour clarifier les approches et les différences régionales. Cette séance d'ouverture a préparé le terrain à la rencontre de deux jours.

La deuxième journée était organisée de manière à équilibrer les discussions en petits groupes et en plénière sur les changements que les nouvelles connaissances biomédicales et leur intégration pourraient entraîner dans nos approches quant à quatre volets distincts : la prévention, le dépistage et le diagnostic, les soins et le soutien, et le traitement. Quatre brefs exposés sur chacun de ces volets ont été développés par des employés de CATIE en consultation avec 16 experts participants afin de résumer le cadre de travail et de stimuler la discussion et la réflexion.

De plus, deux exposés à teneur internationale ont été présentés : un sur l'expérience de San Francisco concernant la transformation du modèle national en une approche plus intégrée de traitement et de prévention; et un sur les leçons mondiales pertinentes à la réponse du Canada. Par ailleurs, compte tenu du jugement rendu le 5 octobre 2012 par la Cour suprême du Canada sur la non-divulgence du VIH, un bref exposé a abordé les implications possibles pour le travail de première ligne.

3 Principaux thèmes

Le dialogue délibératif visait à explorer les enjeux soulevés par la question centrale suivante : ***à la lumière des connaissances biomédicales nouvelles et émergentes sur le VIH, que pourrions-nous faire différemment dans nos interventions de première ligne afin d'intégrer pleinement des approches combinées de traitement et de prévention dans tous les secteurs d'interventions?*** Le dialogue ne cherchait pas à établir un consensus. L'analyse thématique qui suit est fondée sur les notes consignées lors des discussions de la rencontre de petits groupes et de plénière qui ont eu lieu pendant la rencontre de deux jours.

3.1 Thèmes généraux liés à l'intégration

3.1.1 Il est important de développer une vision d'intégration

Une vision d'intégration doit refléter les similarités et les différences régionales

Dans toutes les régions du Canada, on envisage à des degrés divers l'intégration du traitement et de la prévention du VIH. Les régions ont plusieurs points en commun, et les participants ont accueilli favorablement cette rare occasion de partager des expériences et des leçons tirées des premières lignes. Toutefois, on note d'importantes différences entre les régions qui influencent leur approche à l'intégration. En particulier, l'épidémiologie du VIH diffère à un point tel que les régions sont aux prises avec divers types d'épidémies. Par exemple, dans les grands centres urbains comme Vancouver, Toronto et Montréal, les hommes gais et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HARSAH) sont la population la plus affectée, alors que dans les Prairies, les communautés autochtones sont les plus touchées.

Il existe également des différences considérables dans la fourniture des services liés au VIH. Dans les provinces où il y a de grands centres urbains, ces services ont tendance à être différenciés (des autres types de services de santé; et entre eux, selon des populations cibles distinctes); le défi de l'intégration est d'arrimer ces services aux autres composantes des systèmes sociaux et de santé). Dans d'autres régions, on n'a pas la capacité de fournir des services différenciés pour le VIH; leurs services sont déjà en grande partie « intégrés », et le défi est celui d'accroître la capacité des services existants d'inclure le VIH dans leurs programmes et de relever les défis uniques liés aux services en matière de VIH, par exemple, assurer la confidentialité.

La géographie est un défi majeur pour la plupart des régions. Par exemple, des soins spécialisés pour le VIH (y compris des spécialistes des maladies infectieuses) ne sont parfois disponibles qu'à quelques endroits dans la province. Les déplacements sont un obstacle, à la fois pour les personnes vivant avec le VIH qui doivent se déplacer pour recevoir des soins, et pour les travailleurs de la santé qui doivent également se déplacer pour fournir des services d'intervention de proximité et des soins dans leur région.

Il est à noter que ces différences régionales ne suivent pas nécessairement les frontières des provinces. Dans plusieurs provinces, les différences régionales sont marquées; à certains endroits, la migration d'une province à une autre pour recevoir des soins et du soutien est un enjeu de premier plan.

L'intégration devrait être holistique et multidisciplinaire

Il est important de développer une définition et une vision de ce qui est nécessaire d'intégrer et de ce en quoi devrait consister cette intégration. Cette vision devrait être holistique et multidisciplinaire et viser l'implication active des personnes vivant avec le VIH et des communautés à risque. Idéalement, elle devrait être menée par la communauté et éclairée par le travail de première ligne. Le point de mire du dialogue délibératif était l'intégration du traitement et de la prévention du VIH, mais cette intégration pourrait inclure d'autres aspects de la santé. Par conséquent, la vision devrait clarifier l'ampleur de l'intégration. Par exemple, dans quelle mesure les services intégrés en VIH devraient-ils inclure la santé mentale, les maladies chroniques comme la maladie cardiovasculaire et le diabète, ou d'autres infections connexes comme les infections transmissibles sexuellement, l'hépatite virale et la tuberculose? Certains enjeux intersectoriels clés qui devraient être abordés dans la vision incluent : accorder un pouvoir décisionnel aux communautés; développer des partenariats solides entre les services cliniques, sociaux et communautaires; et établir des mécanismes pour éclairer les décisions à l'aide des perspectives de première ligne. Puisque l'intégration implique un changement systémique, l'un des plus importants défis du développement d'une vision est d'établir un processus qui implique équitablement les multiples acteurs nécessaires à l'avancement du travail.

Plusieurs participants ont dit craindre que si l'intégration n'est pas guidée par une vision communautaire et multidisciplinaire, elle pourrait être utilisée à tort comme stratégie pour détourner des fonds vers les services cliniques aux dépens des services communautaires. Il est important de tenir compte de cet

enjeu dans nos discussions sur l'intégration. Par exemple, il n'est pas utile d'avoir des discussions de haut niveau sur les politiques si l'on simplifie à outrance la complexité des enjeux ou si les propos sont déconnectés du contexte de première ligne. En revanche, les participants considéraient très utile d'entendre parler de stratégies et d'initiatives spécifiques, avec un point de mire sur le « comment » de l'approche de l'intégration « sur le terrain » et les leçons tirées.

L'intégration est itérative et requiert une autoréflexion

Les participants qui sont activement impliqués dans une démarche d'intégration ont partagé quelques leçons qu'ils en ont retenues. L'intégration prend du temps — et notre vision d'intégration devrait tenir compte de ce facteur. Par exemple, à San Francisco, on travaille à l'intégration depuis plus de cinq ans. L'intégration est itérative. C'est un processus continu d'expérimentation et d'amélioration, où l'évaluation est centrale. Pour que l'intégration soit réussie, il doit y avoir une volonté des parties impliquées d'effectuer une autoréflexion et de remettre en question les choses qu'ils tiennent pour acquises. Il est important d'instaurer un cadre sûr pour cette réflexion; un contexte de financement où des organismes se font concurrence pour des ressources limitées peut être contre-productif.

3.1.2 L'intégration vise à fournir des services centrés sur le client

Des services holistiques et centrés sur le client sont importants

Le client doit être la priorité dans nos modèles de prestation de services. L'une des principales raisons de l'émergence de l'intégration comme question importante réside dans les faits que les modèles existants de fourniture de services sont fragmentés et que des clients ne sont pas suivis et ne reçoivent pas de soins. Afin d'améliorer les résultats de santé, la plupart des participants étaient d'avis que nous devons améliorer notre implication auprès des clients en tant qu'individus et répondre à leurs besoins de santé de manière holistique. Cela implique non seulement l'intégration de la gamme de services liés au VIH qui sont fournis au client, mais aussi l'intégration transparente de ces services avec ceux qui concernent d'autres enjeux de santé et les déterminants sociaux de la santé. La gestion de cas était considérée comme une approche très efficace. Les intervenants de proximité peuvent aussi jouer un rôle clé pour aider les gens à s'impliquer et à se retrouver dans les systèmes de services sociaux et de santé.

Le soutien aux soins auto-administrés et à la navigation des systèmes de santé est efficace

Une importante approche d'intégration centrée sur le client qui est explorée dans plusieurs régions est le soutien par les pairs. Le programme des pairs navigateurs de Positive Living BC et de l'Hôpital St. Paul's est un exemple de tel programme, consistant à embaucher et à former des personnes vivant avec le VIH pour aider d'autres personnes séropositives à prendre en charge leur maladie et à trouver leur voie dans des systèmes de santé et de services sociaux qui peuvent être complexes. Dans les divers modèles régionaux, les pairs peuvent accomplir des tâches variées, notamment : fournir des informations sur la santé ou les traitements, aiguiller des clients et les accompagner à des rendez-vous, appuyer des prises de décisions éclairées ou apporter des encouragements et du soutien émotionnel. Les programmes dirigés par des pairs peuvent être particulièrement utiles à établir un lien entre les milieux clinique et communautaire. Les participants, considérant cette approche comme étant très précieuse, ont recommandé un partage de pratiques prometteuses.

Des programmes à seuil faible sont importants pour impliquer les populations marginalisées, là où elles en sont. Par exemple, dans la région de l'Atlantique, Direction 180 est un programme d'entretien à la méthadone à seuil faible, destiné aux personnes qui utilisent des drogues; les intervenants du programme travaillent en collaboration avec un spécialiste en DI pour faciliter l'accès aux traitements contre le VIH et le VHC. Il recoupe des services de santé mentale et entretient une collaboration avec les autorités correctionnelles afin de faciliter la continuité des soins entre les ressorts.

La fragmentation des services liée aux systèmes devrait être abordée

Bien qu'il soit important d'adapter les services aux besoins des clients, une trop grande spécialisation ou différenciation des services peut avoir parfois des conséquences néfastes inattendues. Par exemple, les services sont souvent différenciés en fonction du statut VIH des clients. Toutefois, dans certaines circonstances, comme le counseling en matière de prévention, il pourrait ne pas être utile de différencier les personnes séropositives et séronégatives — une telle distinction pourrait « alourdir » la fourniture de services. De la même façon, une trop grande variété de services peut fragmenter les soins dont un client a besoin. En réponse à ce défi, San Francisco a fusionné plusieurs services qui étaient auparavant fournis par diverses personnes en un seul poste de « comportementaliste ». Les comportementalistes sont formés pour répondre de manière holistique à une gamme de besoins possibles des clients.

Réunir plusieurs services en un seul endroit est une autre stratégie pour réduire la fragmentation susceptible de résulter de l'existence de multiples services spécialisés. Des participants ont mentionné Nine Circles (où des services cliniques et communautaires sont coordonnés et hébergés au même endroit), au Manitoba, en tant que « guichet unique » qui pourrait servir de modèle utile. De plus, il est important de déterminer le meilleur contexte pour des services liés au VIH selon les besoins du client. Certaines régions envisagent de nouveaux modèles d'intégration où le VIH est inclus dans un vaste éventail de services connexes, comme des services de réduction des méfaits, de santé mentale, de santé génésique ou de santé sexuelle pour les hommes gais.

Des orientations sont requises pour développer des stratégies centrées sur le client

Le soutien centré sur le client implique souvent une approche personnalisée pour chacun. Toutefois, le développement d'approches individuelles peut être exigeant, sur le plan de ressources, et les clients n'ont pas tous besoin ou ne souhaitent pas nécessairement tous une telle approche. Des orientations supplémentaires sont requises sur la planification et la mise en œuvre de stratégies appropriées et rentables pour améliorer l'expérience du client aux chapitres de l'implication et de l'arrimage, y compris dans quels cas et de quelle manière fournir des services personnalisés.

3.1.3 L'intégration implique un changement systémique

Les considérations intersectorielles et juridictionnelles sont centrales à un changement systémique

L'intégration implique de repenser des systèmes entiers de soins de santé et de soutien communautaire. Non seulement faut-il examiner individuellement les programmes et services, mais aussi évaluer comment l'ensemble diversifié de services liés au VIH s'imbrique dans le système général des services sociaux et de santé. Pour être efficaces, des changements doivent être apportés à divers paliers, comme les structures de financement, les politiques, établissements et organismes de santé, et les programmes individuels. Par conséquent, les considérations intersectorielles et juridictionnelles sont importantes dans le développement de stratégies d'intégration.

L'intégration doit prendre en considération les quatre piliers du VIH, soit la prévention, le dépistage/diagnostic, les soins et le soutien et le traitement. Elle doit aussi aborder les déterminants de la santé qui catalysent l'épidémie. Il est très important d'impliquer tous les parties prenantes dans le processus. Les participants ont identifié en particulier l'implication communautaire comme étant

cruciale à un changement systémique réussi. Cela inclut d'assurer que la voix des personnes vivant avec le VIH est ce qui compte le plus et qu'il y ait des mécanismes pour soutenir leur implication continue dans le processus. Cela pourrait signifier de modifier ou de partager le contrôle du financement et du fonctionnement des programmes.

La recherche et l'évaluation peuvent faciliter le changement systémique

Les régions qui ont abordé l'intégration dans une approche systémique ont constaté que la recherche et l'évaluation sont centrales. Il est important d'examiner l'épidémiologie régionale et locale, y compris la distribution géographique de l'incidence et de la prévalence. Il est important également de documenter le continuum des services liés au VIH, notamment la « cascade du traitement », pour identifier les forces, les lacunes et les endroits où des gens ne reçoivent pas de soins. Cela pourrait inclure de cartographier les endroits où les clients se rendent pour obtenir des services.

Par ailleurs, il est nécessaire de prendre en considération des enjeux systémiques qui facilitent ou compliquent l'intégration du traitement et de la prévention; par exemple, la régionalisation des autorités de la santé, les politiques institutionnelles, l'implication communautaire ou les partenariats intersectoriels. Une fois le paysage saisi dans son ensemble, un modèle approprié à la région peut être appliqué. Les participants ont parlé de la mise en œuvre de l'intégration comme étant un processus continu d'amélioration de la qualité. Le changement systémique s'effectue par essais et erreurs; des systèmes d'évaluation sont donc nécessaires pour déterminer ce qui fonctionne ou non et ce qui doit être amélioré. Il est important que le processus de mise en œuvre puisse être modifié selon les résultats des évaluations. Par exemple, le Projet STOP HIV de Vancouver (une collaboration entre Vancouver Coastal Health et Providence Health Care) évaluait les nouveaux programmes et les nouvelles initiatives à six mois d'intervalle afin de déterminer quels changements ultérieurs pourraient améliorer les services.

L'identification de divers types de changement systémique est utile

Les participants ont identifié divers types de changement systémique qu'ils trouvaient utiles. Par exemple, l'abolition d'obstacles organisationnels qui limitent la capacité des fournisseurs de services de divers organismes de collaborer; l'amalgame des équipes de leadership et des budgets de multiples organismes ou ressorts afin d'améliorer les soins et de réduire le double emploi; ou le développement de partenariats entre certains secteurs pour rehausser les soins holistiques. Des réseaux et des

communautés de pratique étaient considérés comme des éléments qui favorisent l'amélioration de la qualité et la modification de pratiques. Par exemple, en Colombie-Britannique, un conseil de planification des soins, un conseil de prévention et des réseaux de fournisseurs ont été établis afin de soutenir l'intégration du système régional. En Ontario, l'Alliance pour la santé sexuelle des hommes gais a été mise sur pied afin d'apporter des améliorations aux services de santé sexuelle pour les hommes gais dans la province.

Les défis et préoccupations liés au changement systémique devraient être abordés

Une approche intégrée du traitement et de la prévention requiert une solide intégration des milieux clinique et communautaire. Cela s'est révélé comme un important défi dans plusieurs régions. Les professionnels de la santé sont souvent réticents à s'impliquer auprès d'organismes communautaires, et ceux-ci peuvent être intimidés par le milieu clinique ou ne pas y voir de pertinence pour leur travail. Or, chacun peut offrir des services complémentaires qui sont importants pour les clients. Le programme des pairs navigateurs de la C.-B. a émergé en tant qu'exemple de modèle fructueux. Certains professionnels de la santé étaient d'abord réticents à s'impliquer, mais une fois le programme établi, ils sont devenus des champions de sa valeur ajoutée.

Les services de santé mentale sont un autre domaine où l'intégration est difficile. Des participants ont signalé la nécessité d'intégrer des services liés au VIH dans le système des soins de santé mentale; et de consolider les liens avec des services de santé mentale dans les services existants en matière de VIH. Bien qu'il n'ait pas été un sujet précis de la discussion, des participants ont cerné également l'intégration des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) comme étant un défi émergent pour lequel des orientations sont requises. Certaines provinces ont évolué vers des approches plus intégrées en matière d'ITSS.

Plusieurs préoccupations importantes ont été signalées quant à la façon d'approcher l'intégration du traitement et de la prévention au palier systémique. Il est important que le travail de prévention primaire continue d'être valorisé dans tout modèle d'intégration. De plus, des interventions structurelles qui abordent les déterminants sociaux de l'épidémie doivent aussi être prises en considération. Si l'intégration n'est pas réalisée de manière appropriée, elle pourrait inciter indûment des individus à accéder à des services de dépistage et de traitement avant d'être informés correctement ou d'être prêts. Une intégration mal conçue pourrait aussi faire bifurquer les programmes vers un

modèle médical de soins cliniques au détriment d'un travail communautaire important. Ces préoccupations devraient être prises en considération dans toute approche au changement systémique.

La surveillance/évaluation au palier systémique est une importante considération pour les approches intégrées, comme nous l'avons mentionné. Plusieurs participants étaient d'avis que des travaux supplémentaires sont requis dans ce domaine. La « cascade du traitement » du VIH a récemment émergé en tant que mécanisme pour évaluer les lacunes dans la fourniture des services. Toutefois, nous connaissons très peu la cascade du traitement du VIH au Canada. Il serait très utile de surveiller cette cascade des services aux paliers provincial et local. Toutefois, plusieurs participants ont signalé que cet outil est fondé sur des marqueurs cliniques pratiques impliquant des personnes vivant avec le VIH, et qu'il n'est pas clair s'il s'agit des marqueurs les plus appropriés pour surveiller le succès général de l'intégration au palier populationnel. Par exemple, ils pourraient ne pas refléter adéquatement des améliorations à la santé et à la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH. Fait important, les résultats de la prévention primaire ne sont pas représentés dans la cascade. Par exemple, le succès d'un programme de dépistage pourrait être plus large que la simple diminution du nombre de personnes non diagnostiquées; il pourrait également impliquer d'importants résultats de prévention qui ne font pas partie de la cascade du traitement.

Le fait de trop compter sur la surveillance des personnes vivant avec le VIH comme indicateur de succès comporte des risques considérables. Une conséquence négative induite observée en C.-B. est la création d'une nouvelle identité — celle des « non supprimés » — c'est-à-dire les personnes vivant avec le VIH dont la charge virale n'est pas indétectable. Plusieurs raisons peuvent expliquer que des personnes vivant avec le VIH ne suivent pas de traitement ou n'ont pas une charge virale indétectable (choix personnel, autres priorités de santé, etc.). Nous devons prendre garde à ce que nos approches d'intégration n'exacerbent pas la stigmatisation.

3.2 Thèmes pertinents aux quatre piliers de l'intégration

3.2.1 Services de prévention dans un cadre de travail intégré

La prévention joue un rôle important dans l'intégration, puisqu'elle est souvent le point d'entrée du continuum des soins pour le VIH.

Inclure un éventail élargi de fournisseurs de soins de santé et de services dans la prévention du VIH

Des participants ont signalé la nécessité d'élargir la portée du travail de prévention. En général, les travailleurs de première ligne ne joignent que les clients qui ont recours aux services de leurs organismes ou qui sont à leur portée immédiate. Il est essentiel d'intégrer la prévention du VIH dans d'autres services et milieux qui sont pertinents aux communautés vulnérables. Les médecins, les infirmiers et d'autres cliniciens (non spécialisés en matière de VIH) peuvent jouer un rôle particulièrement important dans la prévention.

Toutefois, il est fréquent que ces fournisseurs de services ne soient pas familiarisés avec les risques liés au VIH et/ou n'initient pas de dialogue sur les comportements à risque avec leurs clients. Par exemple, dans une région de la Colombie-Britannique, on a constaté que les professionnels de la santé étaient généralement réticents à questionner leurs patients sur leur orientation sexuelle ou à discuter de leurs comportements à risque. En réponse à cette situation, on a développé un programme de renforcement de la capacité des médecins axé sur des enjeux de santé pertinents aux hommes gais et autres HARSAH. Des fournisseurs de soins de la santé pourraient considérer, par ailleurs, qu'ils n'ont pas les outils nécessaires à la prévention du VIH chez des personnes qu'ils savent à risque élevé et continu. Le système d'éducation institutionnelle est un autre contexte où la prévention du VIH doit être améliorée. Cela inclut une aide pour faciliter des conversations sur la sexualité à la maison.

Les infections transmissibles sexuellement (ITS) peuvent accroître le risque de transmission du VIH. Souvent, les services de prévention des ITS sont séparés de la prévention du VIH. Toutefois, certains organismes, comme la Hassle Free Clinic de Toronto, fournissent des services intégrés de prévention/dépistage des ITS.

On observe également un arrimage crucial entre le VIH et la santé mentale. Toutefois, vu la nature compartimentée de ces domaines, il est difficile de créer des services qui intègrent les deux. Plusieurs participants ont affirmé que ce domaine nécessite des améliorations. Un participant du nord de la C.-B. a signalé que la dépendance à l'alcool est un problème de santé mentale qui est souvent ignoré, en dépit de son importance dans la transmission du VIH et dans les soins.

Élargir les programmes de prévention du VIH pour mieux répondre aux besoins de communautés spécifiques

Les participants ont identifié plusieurs populations pour lesquelles le travail en matière de prévention élémentaire du VIH laisse à désirer. Elles incluent les jeunes LGBT, les personnes incarcérées, les nouveaux arrivants et les communautés où la prévalence du VIH est faible.

Dans les communautés autochtones, la prévention doit être envisagée dans un contexte plus large, plus étendu et plus approfondi que le VIH. Les programmes doivent comprendre et intégrer les enjeux de la colonisation, de l'autodétermination et des abus systémiques. De plus, dans ces communautés, il est nécessaire d'intégrer le VIH dans d'autres conversations de manière culturellement appropriée.

Il est primordial d'inclure les personnes vivant avec le VIH dans la prévention. Or, on doit reconnaître que meilleure est la santé d'une personne séropositive, plus forte est la probabilité que celle-ci participe à la prévention. Cela modifie notre perception de la prévention positive, puisque le point de mire est beaucoup plus large que la seule transmission. Certains organismes (comme la Toronto PWA Foundation) développent de nouveaux modèles de prévention positive fondés sur ce changement de paradigme.

Inclure des connaissances nouvelles et révisées dans les efforts de prévention du VIH

Des participants ont affirmé que le domaine de la prévention n'est pas adéquatement préparé à répondre aux nouveaux développements de la science biomédicale relatifs à la transmission et à la prévention du VIH. Un défi réside dans la communication des messages concernant le risque. Il est nécessaire de développer des messages clairs sur le risque dans le contexte de la charge virale, par exemple.

Il faut s'attaquer aux nuances complexes des messages sur le risque et déterminer lesquels sont appropriés à des auditoires généraux (comme le grand public) et à des auditoires ciblés (comme le counseling individuel sur les risques). Il faut aussi déterminer comment parler des risques lorsque des personnes utilisent diverses combinaisons de méthodes préventives sont utilisées de manière intermittente. Plusieurs messages actuels sur le risque de VIH sont contradictoires et portent à confusion. Divers organismes développent des outils et des ressources en la matière.

Un autre défi concerne l'érosion de l'idée que la prévention du VIH est une responsabilité partagée. Le point de mire sur la charge virale comme déterminant du risque de VIH peut donner la fausse

impression que les personnes vivant avec le VIH ont le plus grand rôle à jouer dans la prévention. Nous devons explorer des modèles de counseling sur la prévention qui incluent tous les statuts sérologiques (séronégatif, inconnu, séropositif). Plusieurs organismes revoient aussi leur manière de parler des comportements à risque. Par exemple, l'expression « sexe sans condom », qui n'a pas une aussi forte connotation négative que « *barebacking* », pourrait être préférable dans certains contextes.

Des participants se demandaient également si les autorités de la santé sont adéquatement préparées aux nouvelles méthodes de prévention. Par exemple, plusieurs provinces ne sont pas disposées à aborder la PPE et la PPrE en raison de préoccupations liées aux coûts. Il existe un besoin non comblé d'orientation de la part des autorités de la santé concernant l'utilisation des nouvelles méthodes de prévention. Cela est particulièrement préoccupant, puisque des individus prennent des décisions quant à l'utilisation de ces méthodes en l'absence de lignes directrices cliniques ou de santé publique.

Élargir les efforts de prévention du VIH pour aborder les déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé qui catalysent l'épidémie ont des implications dans tous les aspects du continuum du VIH. Le logement instable, l'insécurité alimentaire et le chômage sont des déterminants significatifs des inéquités de santé et doivent être abordés à tous les paliers (national, provincial et local).

La stigmatisation (de la part de la population générale et des fournisseurs de services) est un autre facteur clé. Il est essentiel de décortiquer la stigmatisation et notre approche à cet égard. Plusieurs clients signalent que la stigmatisation qu'ils subissent n'est pas due à leur statut VIH, mais plutôt à du racisme ou à des jugements qui concernent leur mode de vie (p. ex., travail sexuel, injection de drogue). La stigmatisation liée à la maladie mentale est un autre problème notable. Un participant a noté que nous devons veiller à ne pas exacerber la stigmatisation de certains individus par nos efforts pour contrer la stigmatisation dans le domaine du VIH. Par exemple, nous pourrions supposer à tort que des personnes vivant avec le VIH subissent de la stigmatisation — ce qui pourrait faire en sorte qu'elles se sentent différentes, alors qu'elles préféreraient ne pas être identifiées de cette façon. Il est important également de considérer les manières dont la pratique des soins de santé en soi perpétue la stigmatisation.

Inclure spécifiquement la prévention dans toute stratégie intégrée

Plusieurs participants ont dit sentir que l'importance des efforts de prévention est perdue dans le dialogue actuel sur « le traitement comme méthode de prévention ». D'autres étaient d'avis que l'inclusion de multiples approches à la prévention dans la discussion sur le continuum des services liés au VIH est une occasion d'envisager leur complémentarité. Cela contribue à atténuer le discours qui place le traitement et la prévention en opposition.

3.2.2 Services de dépistage dans un cadre de travail intégré

Le dépistage du VIH, qui constitue un lien naturel entre la prévention et les soins et traitements, est le sujet qui a suscité le plus de discussion lors de cette réunion. Presque toutes les régions travaillent à l'amélioration de leurs programmes de dépistage.

Accroître la capacité de dépistage du VIH

Plusieurs régions travaillent à renforcer la capacité de services de dépistage existants. La désinformation au sujet du dépistage est considérable, dans la communauté et parmi les fournisseurs de services et de soins de la santé. On note aussi plusieurs occasions manquées de dépistage dans des populations vulnérables. Lorsque que des personnes vulnérables au VIH ont recours au système de soins de santé, il est fréquent qu'on ne leur pose de questions sur leurs risques, qu'on ne leur offre pas un test de dépistage, et qu'elles ne le demandent pas. De nombreux patients croient à tort avoir passé un test de dépistage du VIH dans le cadre de leurs soins de routine. Dans plusieurs régions, on a développé des outils et des ressources à l'intention des cliniciens pour rehausser leur sensibilisation et leurs connaissances à l'égard du dépistage du VIH. L'Ontario a également développé des outils pour aider les travailleurs de proximité à améliorer leurs connaissances liées au dépistage du VIH parmi les hommes gais.

Une plus grande attention doit être accordée à l'amélioration de l'arrimage après le dépistage. Cela inclut non seulement l'arrimage post-diagnostic à des soins et à du soutien, mais aussi la réponse à l'actuelle absence d'arrimage en cas de résultat négatif. Des lignes directrices pour le counseling post-test et du soutien de suivi en cas de résultat négatif seraient utiles, tout comme des lignes directrices sur la fréquence du dépistage pour diverses populations. Les organismes de lutte contre le sida peuvent constituer un élément important pour combler l'écart entre les aspects cliniques et communautaires du dépistage du VIH et de l'arrimage aux soins.

Se pencher attentivement sur le counseling et le consentement éclairé

Le counseling et le consentement éclairé sont des éléments importants du dépistage du VIH. Les participants ont discuté de la forme qu'ils prennent. Certains étaient d'avis qu'une approche centrée sur le client devrait être utilisée et adaptée aux besoins d'information spécifiques de chaque individu. Par exemple, plusieurs clients qui passent régulièrement des tests de dépistage du VIH trouvent qu'une longue séance de counseling est un obstacle au dépistage, puisqu'ils connaissent déjà l'information. Il a été suggéré que divers modèles de counseling pourraient être appropriés à divers clients et que la profondeur du counseling devrait être négociée entre le professionnel de la santé et le client. D'autres sont d'avis qu'une réduction du counseling conduirait à une absence de counseling, alors que les fournisseurs ont la responsabilité de s'assurer que les clients sont adéquatement informés.

Les professionnels de la santé doivent avoir une compréhension élémentaire du dépistage du VIH et éduquer leurs patients. Le consentement éclairé ne devrait pas être considéré comme un obstacle au dépistage du VIH; les individus ont le droit au consentement. Dans certains contextes, notamment dans les établissements correctionnels, des clients pourraient avoir d'autres besoins à combler avant d'être aptes à exprimer un consentement éclairé au dépistage du VIH — et cela doit être pris en considération dans la discussion. L'enjeu du consentement éclairé est devenu encore plus pressant à la lumière du récent jugement de la Cour suprême concernant les ramifications juridiques de la non-divulgence du VIH. Des orientations sont requises pour les professionnels quant aux manières de discuter avec leurs clients des implications juridiques d'un résultat positif au test de dépistage du VIH.

Envisager attentivement l'offre de routine et des approches ciblées de dépistage du VIH

Les opinions étaient divergentes quant à la valeur relative du dépistage de routine comparativement au dépistage ciblé. Au Manitoba, les taux de dépistage sont très faibles et les patients demandent des soins à un stade avancé de la maladie à VIH. En réponse à cette situation, la province met l'accent sur la sensibilisation à grande échelle, l'offre du test de dépistage du VIH et l'éducation des cliniciens. Une augmentation du nombre de résultats positifs a été observée. L'Ontario avait initialement adopté une stratégie générale de dépistage en partie afin de réduire la stigmatisation. Toutefois, les taux d'incidence continuaient d'augmenter dans les populations à risque élevé. L'adoption d'une stratégie de dépistage ciblée a été plus efficace, en ce qui concerne les résultats positifs et les coûts. Le nombre de patients qui demandent des soins tardivement n'a pas augmenté dans cette province.

Plusieurs participants étaient d'avis que l'opposition entre l'offre systématique du dépistage du VIH et le dépistage ciblé crée une fausse dichotomie; les deux pourraient avoir leur place selon l'épidémiologie régionale. Certaines formes d'offre systématique du dépistage du VIH sont, en réalité, plutôt ciblées. Par exemple, l'offre en salle d'urgence d'hôpital est efficace à joindre des individus de populations marginalisées qui vont à la salle d'urgence pour des soins primaires — notamment les personnes qui utilisent des drogues et les personnes de la rue. Par ailleurs, le dépistage ciblé peut échouer à joindre son auditoire cible. Par exemple, dans une région de la C.-B., on a constaté qu'une proportion significative de la population ciblée par le dépistage du VIH se présentait pour des soins à un stade tardif de la maladie. On a noté que ces personnes avaient eu recours au système de santé à quelques reprises au cours de l'année, mais qu'on ne leur avait pas offert de dépistage du VIH, en partie parce que les professionnels de la santé ne les interrogeaient pas sur leurs risques liés au VIH. Pour cette population vulnérable, l'offre de dépistage de routine est plus efficace puisqu'elle ne nécessite pas que les individus s'auto-identifient à une population spécifique ni que les fournisseurs évaluent précisément le risque. Des orientations sur les manières de développer des stratégies de dépistage rentables seraient utiles.

Explorer le dépistage du VIH dans divers contextes

De nouveaux contextes sont envisagés pour le dépistage du VIH. Au Québec, on a observé des obstacles structurels au dépistage du VIH en milieu clinique, comme de longs délais d'attente, des cliniques sans rendez-vous qui sont surchargées et des bureaux médicalisés où le climat est peu propice au dépistage. On y a développé un site de dépistage communautaire avec peu d'obstacles, où l'accueil est chaleureux et où l'on ne requiert pas la divulgation de l'orientation sexuelle ni la carte d'assurance maladie. Certaines régions ont recours à des pairs ou à des travailleurs communautaires comme préposés au dépistage ou conseillers dans des milieux cliniques et non cliniques, comme des saunas, des parcs et des festivals communautaires. Deux régions ont lancé des campagnes de dépistage ciblant les personnes touchées par l'infection à VIH aiguë.

Des participants ont signalé la nécessité d'établir des liens avec d'autres établissements du système de santé où le dépistage est effectué, comme les cliniques de fertilité, afin d'améliorer le counseling et l'arrimage. Ils ont également exprimé un intérêt pour le dépistage de couple ou familial en tant que possible modèle de soins.

Envisager l'adoption de nouvelles technologies de dépistage du VIH

Les nouvelles technologies de dépistage sont un domaine émergent pour l'élaboration des programmes. Le dépistage aux points de services est très fructueux dans les régions où il est offert. Toutefois, on observe des différences marquées dans l'accès au dépistage aux points de services selon la province, la région ou la ville. À la lumière des expériences relatives à cette technologie, des participants ont recommandé le développement d'orientations nationales sur la *mise en œuvre* des technologies de dépistage, notamment à savoir quand et comment utiliser une technologie, quels systèmes sont requis, comment équilibrer les bienfaits et les méfaits potentiels et comment évaluer la rentabilité et la mise en œuvre d'une technologie de dépistage. Par exemple, puisque le dépistage aux points de services est plus dispendieux que le dépistage traditionnel, des orientations sont requises quant aux circonstances où il serait rentable. De plus, le dépistage aux points de services n'est réalisable que dans un contexte où des mesures de formation et d'assurance de la qualité peuvent raisonnablement être mises en œuvre; par conséquent, les organismes ont besoin d'orientations sur la pertinence de cette technologie dans leur milieu.

La mise en œuvre de nouvelles technologies de dépistage pourrait exiger des changements systémiques. Par exemple, pour mettre en œuvre le dépistage rapide en salle d'urgence, il faut voir à la coordination du personnel de la salle d'urgence et de l'équipe du VIH, assurer la responsabilisation du laboratoire de l'hôpital et négocier le suivi avec des travailleurs de la santé publique. Il faut aussi collaborer avec le système provincial de surveillance afin d'assurer la déclaration exacte des statistiques sur le VIH.

Le dépistage du VIH à domicile a été approuvé aux États-Unis, et certains participants s'attendent à ce qu'il en soit de même bientôt au Canada. Le test à domicile est pratique et il pourrait éliminer des obstacles pour les personnes qui sont découragées de demander un dépistage en milieu public. Certains individus pourraient choisir cette méthode par peur de criminalisation. Toutefois, le dépistage à domicile soulève plusieurs préoccupations. Des campagnes d'éducation pourraient être requises, puisque ce type de dépistage pourrait être moins exact que d'autres formes de dépistage du VIH (par exemple, le test de dépistage à domicile disponible actuellement aux É.-U. est moins exact que d'autres formes de dépistage). De plus, ses utilisateurs pourraient ne pas comprendre des notions importantes comme la période sérologique. Des structures devront être établies afin d'assurer l'accès à du soutien et à du counseling ainsi que l'arrimage à des soins supplémentaires. L'abordabilité est une autre

préoccupation. La préparation à cette technologie imminente est essentielle afin que les fournisseurs comprennent le dépistage, y soient préparés et puissent fournir des renseignements exacts à ce sujet.

3.2.3 Services de soins et de soutien dans un cadre de travail intégré

Les soins et le soutien sont la base du continuum des services liés au VIH. Une approche holistique aux soins et au soutien centrée sur le client est importante. Le développement de relations de confiance avec les clients et la fourniture de services personnalisés, comme la gestion de cas, en sont des éléments centraux mais souvent sous-estimés. Ces approches peuvent aider les gens à continuer de recevoir des soins et améliorer leurs résultats de santé. Les organismes communautaires ont besoin de financement stable pour maintenir des réseaux de soutien à long terme. Les professionnels de la santé ont besoin de modèles de financement appropriés. Par exemple, dans au moins une province, les médecins en soins primaires ont réussi à négocier une structure de paiement qui tient compte du temps et des divers types de services requis pour soutenir les personnes vivant avec le VIH.

Réagir au virage vers les soins et le soutien holistiques, intersectoriels et à long terme

Les programmes de soins et de soutien ont changé à mesure que la prise en charge du VIH a évolué d'une approche à court terme vers celle d'une maladie chronique. Des participants ont noté que nous reconnaissons de plus en plus l'importance d'approches à long terme à la santé et au bien-être des personnes vivant avec le VIH qui tiennent compte des enjeux complexes qu'elles rencontrent en vieillissant avec le VIH. Cela inclut des programmes de santé sexuelle qui appuient les personnes vivant avec le VIH dans l'exploration de leur vie sexuelle de manières qui nous auraient paru inconcevables au début de l'épidémie. Le soutien à la divulgation de la séropositivité est un autre domaine où des programmes doivent être développés et des pratiques prometteuses, partagées. La divulgation peut être difficile et entraîner un stress émotionnel et mental ainsi que des difficultés dans l'intimité. En revanche, la non-divulgation peut aussi occasionner du stress, un isolement et/ou un évitement de l'intimité.

Plusieurs participants considéraient comme essentiel de décloisonner les pratiques, d'encourager les partenariats intersectoriels et d'intégrer des services cliniques dans les services communautaires afin d'aider les gens à s'orienter dans les systèmes de santé et à continuer leurs soins. De plus, il est nécessaire d'assurer une meilleure intégration des services de santé mentale dans le soutien

communautaire. Les soins aux aînés et le soutien aux personnes vivant avec le VIH sont un défi émergent; les établissements de soins de longue durée ne sont souvent pas préparés ni équipés pour répondre aux enjeux complexes liés au VIH. Des lignes directrices sur le partage des dossiers de santé dans un contexte intégré seraient utiles — par exemple, des lignes directrices sur la gestion de cas collective.

Envisager des services de soutien à l'auto-prise en charge par les pairs

Des programmes de soutien/navigation par les pairs étaient considérés par plusieurs participants comme une pratique prometteuse pour améliorer les soins et le soutien; plusieurs régions ont mis en œuvre de tels programmes sous une forme ou une autre. Des programmes de pairs ont amélioré la portée dans des régions sous-desservies et où la stigmatisation est un obstacle majeur à l'accès aux services. Ils ont été utiles à la divulgation et au développement de relations pour des personnes vivant avec le VIH. Ils ont contribué à former les professionnels de la santé. Ils ont aidé des personnes vivant avec le VIH à prendre des décisions relatives au traitement et à s'orienter dans les systèmes de santé. Les programmes de pairs s'avèrent également rentables. De nombreux participants considéraient qu'il est nécessaire de partager les pratiques de programmes de pairs à l'échelle nationale et de créer des occasions d'apprentissage conjoint pour le développement de tels programmes. Il existe aussi un besoin de développer des pratiques exemplaires sur les manières de soutenir des pairs, notamment de voir à ce que les programmes rehaussent l'expérience des pairs. Par exemple, des organismes ont constaté que sans soutien adéquat certains pairs pourraient devenir réticents à recourir à des services pour leurs propres besoins.

Se pencher sur les soins et le soutien pour les personnes séronégatives

Le manque de programmes de soutien pour les personnes séronégatives à risque élevé de VIH a été signalé à maintes reprises dans la plupart des régions. Plusieurs professionnels de la santé ont déclaré qu'il y a très peu d'endroits où diriger les clients qui demandent un dépistage du VIH parce qu'ils sont à risque élevé et continu, mais qui reçoivent un résultat négatif. Il a été suggéré que le modèle de l'ergothérapie pourrait être utile à concevoir des programmes axés sur l'établissement de buts et les compétences de vie qui aideraient les gens à évoluer d'une situation où ils sont conscients d'avoir des comportements à risque et disposés à faire un dépistage du VIH vers une exploration/modification de leurs comportements à risque. Les professionnels de la santé ont souvent l'impression de ne pas avoir d'outils pour soutenir les clients qui se trouvent dans cette situation. Un organisme a développé un

programme intitulé « Making the Links », conçu spécialement pour établir des contacts à l'intention des personnes qui reçoivent un résultat négatif mais qui sont clairement à risque de VIH en raison de leurs comportements. Le programme consiste à évaluer les facteurs qui exposent le client à des risques, et à arrimer celui-ci à des services qui aident à répondre à ces facteurs. Il utilise une approche de gestion de cas et aide les clients à prendre les rendez-vous nécessaires.

3.2.4 Services de traitement dans un cadre de travail intégré

Dans une approche intégrée au traitement et à la prévention, on met l'accent sur la tâche de joindre les personnes vivant avec le VIH par les traitements et les discussions connexes, plutôt que d'attendre passivement qu'elles approchent le système de santé. Outre les organismes qui fournissent des services liés au traitement anti-VIH, d'autres organismes communautaires et de santé pourraient s'impliquer de plus près dans la provision d'information sur les traitements aux personnes vivant avec le VIH et dans leur arrimage à des renseignements et à des services de traitement. Il est essentiel de voir à ce que les organismes communautaires soient adéquatement renseignés sur les fondements des traitements anti-VIH, y compris l'accès à ceux-ci. Des participants ont signalé qu'il circule encore de nombreuses informations sur le traitement du VIH dans la communauté. Il faut également s'occuper des obstacles structurels et institutionnels à l'accès aux traitements. Certains participants ont estimé qu'une stratégie nationale de traitement et un plan d'accès aux traitements seraient utiles. Cela inclurait d'examiner les systèmes de paiement des traitements anti-VIH partout dans le pays, y compris la couverture des antirétroviraux pour la PPE et la PPrE.

Le counseling aux personnes vivant avec le VIH sur des traitements anti-VIH est un autre enjeu crucial. Ces personnes ont besoin de renseignements et d'outils adéquats et d'un temps suffisant pour prendre des décisions éclairées. Les droits et le bien-être des personnes vivant avec le VIH doivent être des priorités dans le counseling sur le traitement. Bien qu'il soit important de discuter des bienfaits du traitement sur la réduction de la transmission du VIH, il doit s'agir d'une considération secondaire à la santé de la personne vivant avec le VIH. Certains participants ont dit que les données actuelles ne suffisent pas à démontrer que l'amorce d'un traitement immédiatement après l'infection est la meilleure stratégie. Ils ont également affirmé que nous n'en savons pas assez sur les effets secondaires à long terme. Cette lacune informative devrait faire partie intégrante de la discussion avec les personnes vivant avec le VIH; c'est également une importante priorité de recherche. Récemment, une grande

attention a été consacrée à des enjeux relatifs à l’amorce du traitement. Or, il faut également prendre en considération les besoins des personnes qui ont déjà suivi un traitement. Un soutien à l’observance pourrait être important, par exemple, et un soutien à la modification du traitement pourrait être requis. Les fournisseurs de services ne sont souvent pas conscients de ces enjeux. Les personnes qui suivent un traitement ont aussi besoin des autres types de soutien qu’elles ont déjà reçus.

Plusieurs organismes ont développé des services pour aider les personnes vivant avec le VIH à accéder à des soins et à améliorer leur observance. Les exemples incluent des collaborations interdisciplinaires pour améliorer la qualité des soins; des équipes d’intervention de proximité clinique; et des programmes de soutien à l’observance. Ces services nécessitent souvent une intégration des soins cliniques et communautaires, ce que les participants trouvent particulièrement exigeant. Les pairs jouent souvent un rôle clé dans les cercles de soins. Dans une région du Nord, on a constaté que le programme d’observance était difficile à maintenir en raison d’une faible participation; on l’a donc intégré dans d’autres services comme le soutien pour le VHC et les soins des plaies. Une autre région a développé un programme pour les couples sérodiscordants dans sa clinique pour le VIH.

3.3 Autres thèmes

3.3.1 Éléments juridiques et éthiques des approches intégrées au traitement et à la prévention du VIH

Plusieurs éléments juridiques et d’éthique associés au travail de première ligne en matière de VIH devraient être abordés dans les approches intégrées au traitement et à la prévention. Le récent jugement de la Cour suprême portant sur la non-divulgence de la séropositivité dans la perspective du droit criminel a rendu certains de ces éléments encore plus importants. Une solide analyse éthique des approches intégrées au traitement et à la prévention du VIH serait utile.

Le consentement éclairé à passer le dépistage du VIH est important

Il est important que les personnes à qui l’on offre un test de dépistage du VIH reçoivent une information appropriée sur les considérations juridiques liées à un résultat positif à ce test, et qu’elles consentent à ce test en connaissance de cause. Il est important également que les personnes vivant avec le VIH reçoivent un counseling et des renseignements appropriés sur les ramifications juridiques de leur séropositivité. Les fournisseurs de services doivent comprendre ces implications juridiques et être compétents pour en discuter avec leurs clients; souvent, ce n’est pas le cas.

Dans les efforts pour atténuer les obstacles au test de dépistage du VIH, par exemple en remplaçant le counseling par une information préalable au test, il est important que le consentement éclairé demeure une pierre d'assise du processus de dépistage. Certains participants ont exprimé le sentiment qu'il existe une réticence chez des professionnels de la santé à discuter avec leurs clients des questions de droit criminel pertinentes à la séropositivité diagnostiquée. Des ressources et outils éducatifs devraient être adressés aux professionnels de la santé et d'autres services sur des aspects juridiques du test de dépistage du VIH. Cette dimension doit également être abordée dans les efforts d'expansion du test du VIH et dans les mesures visant à intégrer aux procédures de routine l'offre du test de dépistage du VIH.

Le jugement de la Cour suprême relativement à la non-divulgence soulève des préoccupations qui devraient être abordées

Les poursuites criminelles visant des personnes vivant avec le VIH pour la non-divulgence de leur séropositivité font souvent intervenir en preuve des témoignages de professionnels de la santé ainsi que des éléments des dossiers que tiennent ceux-ci. Ainsi, des professionnels de la santé deviennent impliqués dans le système juridique et, à l'heure actuelle, peu de soutien leur est adressé à ce chapitre. Les répercussions juridiques de la documentation des dossiers de santé, par exemple, doivent être examinées et des lignes directrices devraient être fournies aux médecins, infirmiers, travailleurs de la santé publique et autres intervenants. Par exemple, il se peut que des travailleurs de la santé aient une responsabilité de documenter l'incidence d'infections transmissibles sexuellement, dans l'intérêt de fournir des soins de santé appropriés au client. Cependant, puisque les infections transmissibles sexuellement sont un élément indicateur de rapports sexuels non protégés, les renseignements notés à ce sujet dans le dossier d'un client peuvent être utilisés contre celui-ci dans le cadre d'une affaire judiciaire. Cette possibilité d'utilisation judiciaire des dossiers médicaux pourrait être une violation de la relation de confiance et faire du tort à la relation entre le fournisseur de service et le client. Des lignes directrices sont nécessaires pour les médecins, infirmiers, travailleurs de la santé publique et autres intervenants sur des aspects juridiques de la documentation des dossiers de santé des clients séropositifs.

Certains participants ont exprimé l'impression que le jugement récent de la Cour suprême a empiré la situation des personnes vivant avec le VIH à ce chapitre. Ils ont également estimé que ce jugement pourrait créer un rapport de conflit direct entre les avis juridiques et les avis cliniques ou de santé

publique. Par exemple, pour des raisons juridiques il pourrait être préférable qu'un client ne dévoile pas sa séropositivité à des professionnels de la santé, alors que ce silence n'est pas garant des meilleurs intérêts pour sa santé. Une personne à risque élevé pourrait être réticente à passer un test de dépistage du VIH parce qu'elle craint la possibilité de responsabilité criminelle, mais sans comprendre complètement qu'une infection à VIH non traitée peut nuire grandement à sa santé, voire être fatale. Dans certaines provinces, certains organismes travaillent à développer des lignes directrices pour aider aux décisions concernant des poursuites potentielles. D'autres discussions et d'autres conseils sont nécessaires, pour les professionnels de la santé et d'autres fournisseurs de services.

Se pencher sur d'autres enjeux éthiques de l'utilisation des traitements à des fins préventives

Il faut prendre en considération certaines questions d'éthique concernant la manière dont nous parlons du traitement du VIH comme outil de prévention. Nous devons être conscients de notre façon de parler des bienfaits préventifs des traitements. Des messages de santé publique sur ces bienfaits pourraient, par exemple, exercer une influence indue sur le pouvoir de décision des personnes vivant avec le VIH, qui pourraient se sentir obligées de commencer un traitement. De tels messages peuvent aussi influencer des perceptions quant à la responsabilité criminelle. Il serait utile de développer un consensus sur les messages publics à adopter.

3.3.2 Éducation et lignes directrices à l'intention des fournisseurs de soins de santé et de services sociaux

Avec l'intégration des soins pour le VIH dans d'autres aspects des soins de santé, on observe un besoin croissant d'éducation et de lignes directrices pour les fournisseurs de soins de santé, notamment ceux qui ne sont pas impliqués directement dans les soins spécialisés pour le VIH. Dans plusieurs régions, en planifiant des services élargis, on découvre que le niveau de connaissances du VIH des médecins, infirmiers et autres fournisseurs de soins de santé n'est pas suffisant pour répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH ou à risque de l'infection; ceci inclut les connaissances sur les populations à risque de même qu'en matière de test de dépistage du VIH et de counseling.

Dans plusieurs régions, on a développé des programmes de renforcement de la capacité des fournisseurs de soins de santé, incluant des séances d'éducation, des ressources d'information, des lignes directrices, des scénarios et d'autres outils. Des modèles de mentorat ont également été

développés, y compris pour les médecins, les infirmiers et les PVVIH. La santé sexuelle des hommes gais, l'évaluation des risques, le counseling et le consentement éclairé sont quelques exemples d'éléments du renforcement de la capacité. On a également développé des initiatives visant à améliorer la communication entre les fournisseurs de services et les patients. Dans le nord de la Colombie-Britannique, on a développé à l'intention des médecins un programme d'éducation assorti à des crédits de formation médicale continue (FMC), qui donne de bons résultats. Les instigateurs du programme ont travaillé également avec des fournisseurs de services cliniques afin de les aider à prendre conscience de l'importance des services communautaires pour leurs clients et de contribuer à rehausser l'arrimage à ces services.

Outre les fournisseurs de soins de santé, d'autres fournisseurs de services pourraient avoir besoin d'éducation et de lignes directrices, notamment les travailleurs en santé mentale et les personnes qui fournissent des soins gériatriques.

3.3.3 Limites du dialogue

Les participants ont fait mention de quelques domaines importants et à propos desquels le dialogue a été limité.

On n'a pas eu suffisamment d'occasions de discuter des implications des approches intégrées du traitement et de la prévention pour ce qui concerne des populations particulières. Par exemple, la réalité complexe des peuples autochtones nécessite des discussions plus poussées, y compris la considération de stratégies spécialement conçues pour les communautés autochtones et par ces communautés. Par ailleurs, l'infection par le VIH est en hausse, dans les communautés africaines, caraïbes et noires; une discussion nationale est nécessaire sur des enjeux qui touchent ces communautés et qui transcendent les frontières régionales. Les enjeux associés à l'intégration dans les régions rurales et éloignées nécessitent, eux aussi, plus de discussions.

Les expériences de pays à revenu faible et moyen (PRFM) présentent plusieurs points pertinents aux enjeux abordés au cours du dialogue — par exemple, la mobilisation du leadership des communautés, la prestation de services en région rurale et éloignée, la mise en œuvre de changements dans les systèmes de santé, l'amélioration de l'implication et de l'arrimage dans le continuum du VIH, la réorganisation des

tâches et les programmes fondés sur les pairs, la mise en œuvre de nouvelles stratégies en matière de test de dépistage, et la tâche d'éradiquer la stigmatisation. Le partage des expériences des PRFM pourrait être utile au dialogue national.

4 Résultats de l'évaluation

Des formulaires d'évaluation ont été distribués aux participants. Le taux de réponse a été élevé, avec 79 % (soit 33 sur 42).

Le *Dialogue délibératif sur des approches intégrées du traitement et de la prévention du VIH* fut une réussite. Premièrement, tous les participants l'ont trouvé pertinent. La pertinence a été évaluée à l'aide des indicateurs suivants :

- 100 % des participants étaient d'accord ou fortement d'accord pour dire que le dialogue délibératif avait été approprié pour eux.
- 100 % des participants étaient d'accord ou fortement d'accord pour dire que le dialogue délibératif avait été approprié pour le travail de leur organisme.
- 97 % des participants étaient d'accord ou fortement d'accord pour dire qu'ils recommanderaient que CATIE continue d'organiser ce type d'événement.
- 88 % des participants étaient satisfaits ou très satisfaits de l'événement, 12 % étaient quelque peu satisfaits et aucun n'était insatisfait.
- 87 % des participants ont coté l'événement comme étant utile ou très utile; 13 % l'ont coté comme étant quelque peu utile, et aucun ne l'a qualifié d'inutile.

Deuxièmement, le dialogue délibératif a atteint tous ses objectifs.

1) Connaissances accrues :

- 72 % des participants étaient d'accord ou fortement d'accord pour dire que le premier webinaire avait enrichi leur savoir sur l'intégration des traitements et de la prévention.
- 90 % des participants étaient d'accord ou fortement d'accord pour dire que le second webinaire avait enrichi leur savoir sur le corpus de données à l'appui d'une intégration des traitements et de la prévention.
- 97 % des participants étaient d'accord ou fortement d'accord pour dire que le dialogue délibératif avait enrichi leurs connaissances sur les approches régionales à l'intégration des traitements et de la prévention.

- 91 % des participants étaient d'accord ou fortement d'accord pour dire que le dialogue délibératif avait enrichi leurs connaissances sur les nouvelles tendances dans les programmes en matière de VIH.

2) Capacité accrue de réponse :

- 91 % des participants étaient d'accord ou fortement d'accord pour dire que le dialogue délibératif avait renforcé leur capacité de réponse au VIH.
- 100 % des participants étaient d'accord ou fortement d'accord pour dire qu'ils allaient utiliser/appliquer dans leur travail les connaissances tirées de leur participation à ce dialogue délibératif.

3) Occasion de réseautage :

- 97 % ont répondu que ce forum avait offert une occasion de réseautage; et

4) Occasion d'examiner des enjeux et de déterminer des priorités :

- 100 % des participants étaient d'accord ou fortement d'accord pour dire que le dialogue délibératif avait été efficace pour l'exploration d'enjeux associés à l'intégration des traitements et de la prévention.
- 88 % des participants étaient d'accord ou fortement d'accord pour dire que le dialogue délibératif avait été efficace pour l'identification de priorités liées à l'intégration des traitements et de la prévention.

En général, les répondants se sont montrés très contents de ce dialogue, qu'ils ont évalué comme étant un événement très réussi :

- *Une des meilleures réunions auxquelles j'aie participé — une discussion très significative et importante.*
- *...très bonne planification, déroulement parfait; la réunion la plus productive à laquelle j'aie assisté dans le domaine du VIH...*

Des participants ont affirmé que le dialogue éclairera leur travail :

- *Il offrira une information à jour aux cliniciens quant à l'impact sur leurs pratiques actuelles.*

- *Il fera intervenir divers modèles utilisés dans d'autres ressorts afin de faire avancer les discussions et qu'on les prenne en considération dans mon ressort.*

Certains participants ont soulevé des suggestions et des préoccupations concernant le contenu présenté et la structure du dialogue :

- *Nous avons besoin d'autres discussions d'approches de terrain relativement aux programmes appliqués*
- *Toujours aucune présentation directe des controverses liées au traitement comme outil de prévention*
- *La structure de la deuxième journée ne favorisait pas la discussion de l'intégration entre les quatre domaines*
- *Manque de clarté sur la façon dont les multiples questions soulevées et points exprimés seront condensés en résultats* *Lack of clarity on how the many issues raised/points expressed will be distilled into outcomes*
- *La traduction était frustrante; les traducteurs n'étaient pas très compétents*

5 Remerciements

CATIE tient à remercier les personnes qui ont participé à la réunion et celles qui ont pris part au Comité consultatif national pour leurs contributions à cet événement.

Le Dialogue délibératif a été financé par l'Agence de la santé publique du Canada et par les Instituts de recherche en santé du Canada.

Annexe

Participants et participantes à la réunion

Sydney Bolt*
Ministère de la Justice
Directeur des services de
santé
Regina, SK

Chris Boodram
Agence de la santé publique du Canada
Analyste principal des
politiques
Ottawa, ON

Chris Buchner*
Vancouver Coastal Health
Directeur régional de la
prévention
Vancouver, C.-B.

Tara Carnochan
Manitoba HIV Program, Nine Circles Community Health Centre
Gestionnaire de la promotion de la santé
et de l'intervention
Winnipeg, MB

Irene Day
Centre d'excellence pour le VIH/sida de la Colombie-Britannique
Directrice des opérations
Vancouver, C.-B.

Marie-Claude Drouin
Institut national de santé publique du Québec
Coordonnatrice, Comité d'experts en infections transmissibles sexuellement et par le sang
Montréal, QC

Dr Margaret Dykeman*
Université du Nouveau-Brunswick
Professeure à la Faculté des soins infirmiers
Hanwell, N.-B.

Richard Elliott
Réseau juridique canadien VIH/sida
Directeur général
Toronto, ON

Dr Marilou Gagnon
Université d'Ottawa
Professeure adjointe
Ottawa, ON

Jane Greer
Hassle Free Clinic
Administratrice
Toronto, ON

Scott Harrison*
Providence Health Care
Directeur, Urban Health & HIV/AIDS
Vancouver, C.-B.

Jody Jollimore
Health Initiative for Men (HIM)
Gestionnaire de programme
Vancouver, C.-B.

Murray Jose
Toronto People With AIDS Foundation
Directeur général
Toronto, ON

Akim Larcher
Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements
Directeur général
Toronto, ON

Elgin Lim*
Positive Living BC
Directeur de la promotion de la santé
Vancouver, C.-B.

Lisa Lockie
Saskatchewan Ministry of Health
Consultante, VIH/ITSS/UDI
Regina, SK

Dr Paul MacPherson
Hôpital d'Ottawa
Professeur agrégé
Ottawa, ON

Shari Margolese
Consultante
Mississauga, ON

Renee Mashing
Réseau canadien autochtone du sida
Gestionnaire de la recherche et des politiques
Dartmouth, N.-É.

Frank McGee
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
Directeur, Bureau du sida, programmes sida et hépatite C
Toronto, ON

Robert Sam Milligan
Central Interior Native Health Society
Coordonnateur clinique - MASP
Prince George, C.-B.

Leo Mitterni*
Hassle Free Clinic
Directeur clinique
Toronto, ON

Dr Julio Montaner*
Centre d'excellence pour le VIH/sida de la Colombie-Britannique
Directeur
Vancouver, C.-B.

Michel Morin
COCQ-SIDA
Directeur
Montréal, QC

Dr Eric Mykhalovskiy
York University
Professeur agrégé
Toronto, ON

Susanne Naseewich
Regina Qu'Appelle Health Region
Coordonnatrice de la stratégie sur le VIH
Regina, SK

Israel Nieves-Rivera
San Francisco Department of Public Health
Directeur des politiques et de la Section prévention du VIH
San Francisco, États-Unis

Dr Dana Paquette
Agence de la santé publique du Canada
Chef, développement des connaissances et recherche
Ottawa, ON

San Patten
San Patten and Associates
Consultante
Halifax, N.-É.

Greg Penney*
Association canadienne de santé publique
Directeur des programmes nationaux
Ottawa, ON

Margaret Poitras
All Nations Hope
PDG
Regina, SK

Michelle Proctor-Simms
Nova Scotia Advisory Commission on AIDS
Directrice
Halifax, N.-É.

Robert Rousseau
REZO (Santé et mieux-être des hommes gais et bisexuels)
Directeur général
Montréal, QC

Nicci Stein
Coalition interagence sida et développement
Directrice générale
Ottawa, ON

Marcie Summers
Positive Women's Network
Directrice générale
Vancouver, C.-B.

Dr Darrell Tan*
Hôpital St. Michael's
Chercheur en science clinique
Toronto, ON

Kim Thomas
Société canadienne du sida
Directrice des programmes
Ottawa, ON

Irina Tsarevsky
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Montréal, QC

Dr Mark Tyndall*
Hôpital d'Ottawa
Chef de la Division des maladies infectieuses
Ottawa, ON

Floyd Visser
Alberta Community Council on HIV
Président du conseil d'administration
Calgary, AB

Dr Tom Wong
Agence de la santé publique du Canada
Directeur des lignes directrices professionnelles et des pratiques de santé publique
Ottawa, ON

Gerard Yetman
AIDS Committee of Newfoundland and Labrador
Directeur général
St John's, T.-N.

*Membres du Comité consultatif national

Membres du comité consultatif national qui n'ont pu assister à la réunion

Dr Barry Adam
University of Windsor

Stephen Alexander
Société canadienne du sida

Dr Mona Loutfy
Women's College Research Institute

Ken Monteith
COCQ-SIDA

Dr Howard Njoo
Agence de la santé publique du Canada

Dr Réjean Thomas
Clinique médicale L'Actuel

Animateur de la réunion

Marc-André LeBlanc
Consultant
Gatineau, QC

Animateurs membres du personnel de CATIE

Michael Bailey
Directeur, Réalisation des programmes

Logan Broeckaert
Rechercheuse/rédactrice, Programmes de prévention et de traitement

Laurel Challacombe
Gestionnaire, Recherche/évaluation et gestion des connaissances

Melisa Dickie
Gestionnaire, Développement des programmes

Laurie Edmiston

Directrice générale

Ed Jackson
Directeur, Développement des programmes

Christine Johnston
Gestionnaire, Programmes communautaires de prévention

Dr Tim Rogers
Directeur, Échange des connaissances

Len Tooley
Coordonnateur, Programmes de promotion de santé communautaire

Tsitsi Watt
Gestionnaire, Réalisation des programmes

James Wilton
Coordonnateur, Projet de prévention du VIH par la science biomédicale