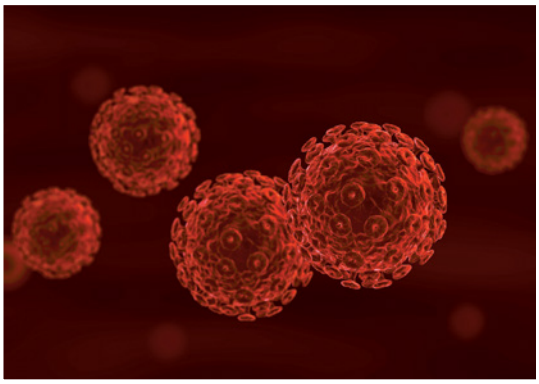
RAPPORT D'ÉTAPE SUR LE VIH/SIDA ET LES POPULATIONS DISTINCTES

PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA



PROTÉGER LES CANADIENS CONTRE LES MALADIES

Agence de la santé publique du Canada
Public Health Agency of Canada

Canada

PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA SANTÉ DES CANADIENS GRÂCE AU LEADERSHIP, AUX PARTENARIATS, À L'INNOVATION ET AUX INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE.

— Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title:
Population-Specific HIV/AIDS Status Report: People Living with HIV/AIDS

Pour obtenir des copies supplémentaires, veuillez contacter :

Par la poste :

Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections
Agence de la santé publique du Canada
100, promenade Églantine
Pré Tunney
Arrêt postal 0601A
Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Par courriel :

Courriel : ccdic-clmti@phac-aspc.gc.ca

Ou en contactant :

CATIE
555, rue Richmond Ouest, bureau 505
C. P. 1104
Toronto (Ontario) M5V 3B1
Téléphone : 416-203-7122 ou 1-800-263-1638
Télécopieur : 416-203-8284
Courriel : info@catie.ca
Site Internet : www.catie.ca

La présente publication est disponible sous différents formats, sur demande.

© Sa Majesté la Reine en chef du Canada, 2013

Pub. : 120169
Cat. : HP40-43/3-2013F
ISBN : 978-0-660-20508-3

AVANT-PROPOS

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) est fière de publier, avec l'appui de ses nombreux partenaires, le présent rapport d'étape qui fait partie d'une série de rapports[1] de synthèse des connaissances actuelles sur les répercussions du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)/sida chez les populations clés au Canada. Nous encourageons les communautés, les gouvernements, les praticiens de la santé publique, les organismes non gouvernementaux, les chercheurs et les autres qui souhaiteraient utiliser ce rapport pour éclairer l'orientation future des politiques, des programmes et de la recherche sur le VIH/sida de manière à améliorer la santé et le bien-être des personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH).

Cette série de rapports d'étape a été lancée afin d'appuyer les mesures énoncées dans l'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada*,[2] cadre d'investissement du gouvernement du Canada dans la lutte contre le VIH/sida, et de fournir une base complète de données probantes aux autres partenaires et intervenants qui participent à la riposte du Canada. L'initiative fédérale, lancée en 2005, fait état de la nécessité d'accroître l'efficacité des interventions et d'améliorer les initiatives de prévention, de recherche, de diagnostic, de soins, de traitement et de soutien liées au VIH/sida à l'intention de populations distinctes qui risquent de contracter le VIH/sida. Ces populations incluent les hommes gais et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH), les utilisateurs de drogues injectables, les personnes venant de pays où le VIH est endémique, les Autochtones, les personnes incarcérées, les jeunes à risque, les femmes et les PVVIH.

Ces rapports utilisent une approche axée sur les déterminants de la santé pour examiner la vulnérabilité et la résilience à l'infection au VIH. Les déterminants de la santé sont l'ensemble des facteurs sociaux, économiques, environnementaux et personnels qui influencent l'état de santé des personnes et des populations. Ils contribuent à la vulnérabilité à l'infection au VIH et continuent à nuire à la santé et à la qualité de vie des PVVIH. Cette série de rapports vient appuyer les efforts de l'Agence pour cerner et résoudre les disparités en matière de santé et influencer les déterminants de la santé. (1)

Le présent rapport est opportun, car des problèmes soulignant les besoins de plus en plus complexes des PVVIH ont émergé au cours de ces dix dernières années. Alors que le traitement a eu un impact positif sur l'espérance de vie et la qualité de vie de la plupart des PVVIH, il a également créé de nouvelles difficultés dans la gestion de leur santé au cours de leur vie, notamment les problèmes dans le milieu de travail, les choix en termes de reproduction et le vieillissement avec le VIH. La stigmatisation et la discrimination restent des difficultés importantes pour les PVVIH, et pour plusieurs d'entre elles, sont aggravées par d'autres formes de discrimination comme l'homophobie, le racisme et le sexisme.

La rédaction du présent rapport d'étape a été orientée par un groupe de travail national formé d'experts en matière de recherche, d'épidémiologie, de développement communautaire, d'élaboration de politiques et de programmes, et par les expériences vécues par les personnes vivant avec le VIH. La participation des PVVIH a été capitale dans la préparation de ce rapport et reflète l'engagement de l'Agence sur le principe de la participation accrue des personnes vivant avec le VIH. Les observations et les conseils de ce groupe de travail ont permis de rédiger un rapport qui présente les recherches et les réponses novatrices pertinentes les plus récentes qui existent au Canada à l'heure actuelle.

Le présent rapport fournit une vue d'ensemble détaillée des principaux problèmes touchant les PVVIH au Canada. Comme c'est le cas dans tout travail de cette nature, des limites se sont manifestées au cours des phases de collecte et d'analyse des données et de production du rapport. L'Agence vous invite à lui faire part de vos commentaires sur ce rapport afin de contribuer à l'élaboration des futurs rapports d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes.

Après trente années d'engagement et d'investissement collectifs, le VIH/sida demeure un problème de santé publique majeur qui exige une intervention concertée, issue d'un processus de collaboration. Il est essentiel de comprendre les facteurs et les conditions sous-jacents qui influencent la vulnérabilité, la résilience, l'insertion sociale et la qualité de vie des PVVIH, afin de mener une lutte efficace contre le VIH et le sida. C'est dans cette intention que le présent rapport a été rédigé.

---

[1] Les rapports d'étape sur les populations distinctes publiés à ce jour portent sur les *Personnes provenant de pays où le VIH est endémique – population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada*, les *Autochtones* et les *Femmes*.

[2] Pour plus de renseignements sur l'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada*, consulter le site http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/fi-if/index-fra.php.

SOMMAIRE

À la fin de l'année 2011, on estimait qu'il y avait 71 300 personnes vivant le VIH/sida au Canada. Bien que n'importe qui puisse contracter le VIH, certaines populations sont particulièrement vulnérables à l'infection au VIH. Ces populations comprennent les hommes gais et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les utilisateurs de drogues injectables, les personnes originaires de pays où le VIH est endémique, les Autochtones, les personnes incarcérées, les jeunes à risque et les femmes.

Le fardeau du VIH au Canada évolue. Lorsque la déclaration du VIH a commencé en 1985, la catégorie d'exposition des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) représentait plus de 80 % de l'ensemble des cas. Entre 2000 et 2011, la catégorie d'exposition des HARSAH représentait 42,1 % des nouvelles déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les adultes, suivie par les catégories d'exposition par contact hétérosexuel (30,8 %) et par utilisation de drogues injectables (20,7 %). Entre 1985 et 1999, les femmes ne représentaient que 13 % des nouvelles déclarations de résultats positifs au test du VIH; en 2011, elles représentaient 26 %. À la fin de 2011, les personnes nées dans un pays où le VIH est endémique représentaient environ 2,2 % de la population globale, mais selon les estimations, elles représentaient 14,9 % des infections prévalentes. Les Autochtones représentaient environ 3,8 % de la population globale, mais ils représentaient 8,9 % des infections prévalentes, d'après les estimations.

La diversité accrue des personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH) au Canada signifie qu'elles peuvent avoir différentes expériences de vie avant et après l'infection au VIH. Le présent rapport reconnaît les expériences diverses des PVVIH tout en examinant les points communs liés à l'expérience de vivre avec le VIH au Canada, y compris le dépistage et le diagnostic, la prévention, les problèmes médicaux, les problèmes liés au traitement comme l'observance thérapeutique et les effets secondaires, le régime alimentaire et l'exercice, le VIH au sein de la famille, la santé sexuelle, le vieillissement avec le VIH, les soins palliatifs et le deuil.

Les déterminants de la santé jouent un rôle important en influenceant la vulnérabilité à l'infection au VIH et continuent d'influencer la qualité de vie des PVVIH, l'observance et les résultats du traitement, et la mortalité. Bien que le traitement soit largement disponible aux PVVIH au Canada, un éventail de facteurs socioéconomiques nuit à l'accès au traitement et à son observance, ainsi qu'à la santé des PVVIH. Guidé par une approche axée sur les déterminants de la santé, le présent rapport examine l'impact des facteurs comme le revenu, l'emploi, les environnements sociaux, y compris la stigmatisation et la discrimination, les réseaux de soutien social, les environnements physiques, la culture, le genre, l'accès aux services de santé et les habitudes de vie et les compétences d'adaptation personnelles sur les PVVIH.

Les déterminants clés qui émergent de la recherche comprennent la stigmatisation et la discrimination ainsi que le rôle du soutien social comme source de résilience. La stigmatisation et la discrimination ont un impact sur de nombreux aspects de la vie des PVVIH, de leurs relations intimes, familiales et amicales à leurs relations avec la communauté, dans le milieu de travail et dans la société. Pour nombre d'entre elles, cette stigmatisation est aggravée par d'autres formes de discrimination, comprenant le racisme, le sexisme et l'homophobie. Le soutien social et l'engagement communautaire constituent une partie centrale de la réponse au VIH/sida au Canada depuis le début, et continue d'être une source principale de résilience pour les PVVIH.

Également, ce rapport donne un aperçu des projets de recherche financés par certains organismes canadiens majeurs en recherche. Le rapport identifie 148 projets de recherche d'une durée limitée menés entre 2008 à 2010, axés sur les PVVIH au Canada. Parmi ces projets, 79 visent des populations spécifiques. La recherche sur la science fondamentale, la médecine clinique, la microbiologie et la vulnérabilité à l'infection au VIH a été exclue. Les domaines généraux de recherche comprennent les déterminants de la santé, l'accès au traitement, la santé mentale et la résilience.

Par ailleurs, le rapport examine les mesures actuelles de lutte contre le VIH/sida chez les PVVIH au niveau des politiques et des programmes. Cela comprend un survol des stratégies s'addressant aux populations distinctes au niveau national, provincial et territorial; des réseaux, coalitions et organismes consultatifs axés sur les populations distinctes; et des projets qui abordent la question du VIH/sida parmi les PVVIH. En tout, 155 projets ont été identifiés, indiquant qu'une grande variété d'organisations participent à la prestation de services de prévention, de soins, de traitement et de soutien des PVVIH. Les organisations participant à la lutte comprennent les organismes communautaires de services liés au VIH/sida, les services de santé ou de santé sexuelle et les organismes gouvernementaux.

Les organismes communautaires et les gouvernements à travers le pays fournissent le traitement, les soins, le soutien et les services aux PVVIH. De plus, ces organismes travaillent sur la prévention, l'éducation et la lutte contre la stigmatisation et la discrimination. Malgré ces efforts importants, beaucoup de chemin reste à parcourir. Afin de lutter avec succès contre le VIH et le sida, il est nécessaire de réaliser des efforts efficaces et sur mesure visant à prévenir la transmission du VIH et à améliorer la qualité de vie des PVVIH. La participation accrue des PVVIH aux programmes, services et politiques qui les touchent est primordiale pour identifier les défis et mettre en place des mesures efficaces pour mieux répondre à leurs besoins.

REMERCIEMENTS

L'Agence de la santé publique du Canada tient à remercier les personnes, les représentants de la population, les représentants des communautés, les chercheurs et les représentants gouvernementaux d'avoir bien voulu consacrer leur temps, leur expertise et leur expérience à l'élaboration du présent rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes. Nous remercions spécialement le groupe de travail pour sa participation exceptionnelle pour garantir que ce rapport reflète avec précision la réalité des PVVIH au Canada. Merci aussi au personnel du Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections de l'Agence, ainsi que les employés régionaux pour leur leadership et leurs contributions instructives à toutes les étapes du processus d'élaboration du rapport.

Stephen Alexander, Société canadienne du sida (Ottawa, Ontario)

Larry Baxter, Groupe de travail canadien sur le VIH et la réinsertion sociale (Halifax, Nouvelle-Écosse)

Riyas Fadel, Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (Montréal, Québec)

Paul MacPherson, L'Hôpital d'Ottawa, Université d'Ottawa (Ottawa, Ontario)

Peetanacoot Nenakawekapo, Nine Circles Community Health Centre (Winnipeg, Manitoba)

Jeanne Nzeyimana, African Women's Health Services Society/Ni Wakati (Vancouver, Colombie-Britannique)

Joanne Otis, Université du Québec à Montréal (Montréal, Québec)

Troy Perrot, AIDS PEI (Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard)

Greg Robinson, Groupe de travail canadien sur le VIH et la réinsertion sociale (Toronto, Ontario)

Darien Taylor, CATIE (Toronto, Ontario)

Catherine Worthington, School of Public Health and Social Policy (Faculté du développement social et humain), University of Victoria (Victoria, Colombie-Britannique)

GLOSSAIRE

Autochtones : Fait référence aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis tels qu'ils sont définis dans la Loi constitutionnelle de 1982. Ces populations sont différentes de par leurs caractéristiques culturelles, linguistiques, géographiques et historiques uniques.

Bisexuel : Personne qui est attiré sexuellement et émotionnellement par des hommes et des femmes.

Bispirituel : Terme qui renvoie à l'orientation sexuelle et/ou à l'identité sexuelle au sein de certaines cultures autochtones. L'organisation 2-Spirited People of the 1st Nations définit le terme comme suit : « Autochtone gai, lesbienne, bisexuel, transgenre, d'expression de genre autre ou de troisième/quatrième genre qui navigue prudemment entre les mondes et entre les genres ». Ce terme est principalement utilisé par certaines communautés des Premières nations.

Ethnoculturel : Fait référence aux origines ethniques et culturelles d'une personne ou d'un groupe démographique.

Facteur de risque : Facteur associé à une chance accrue de contracter une maladie ou une infection. Il peut s'agir d'un déterminant causal ou simplement d'un marqueur de risque. Les facteurs associés à un risque réduit sont appelés des facteurs de protection.

Gai : Personne qui est attiré sexuellement et émotionnellement par des personnes du même sexe. Le mot gai peut renvoyer aux hommes et aux femmes, mais est plus souvent utilisé pour les hommes.

Genre : Désigne un ensemble de rôles, de traits de personnalité, d'attitudes, de comportements et de valeurs socialement déterminés, de même que de pouvoirs et d'influences relatifs que la société attribue aux deux sexes sur une base différentielle. À ne pas confondre avec le sexe.

Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) : Classification épidémiologique pour la transmission du VIH.

Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et utilisant des drogues injectables (HARSAH-UDI) : Classification épidémiologique pour la transmission du VIH.

Homophobie : Peur irrationnelle, aversion ou discrimination à l'égard des hommes gais ou des lesbiennes ou contre ceux qui semblent l'être. L'homophobie internalisée survient lorsque des préjugés et des biais homophobes sont intégrés au système de croyances de la personne. L'homophobie externe survient lorsque les sentiments homophobes façonnent le comportement de la personne à l'égard de ceux qu'elle perçoit comme différents, par exemple, en encourageant l'évitement social, la violence verbale, la discrimination et, dans certains cas, la violence physique. L'homophobie institutionnalisée désigne les pratiques et politiques discriminatoires fondées sur l'orientation sexuelle qui sont employées par les gouvernements, les entreprises, les organisations religieuses, les établissements d'enseignement et les autres institutions.

Infections transmissibles sexuellement (ITS) : Ensemble d'infections qui se transmettent d'une personne à une autre par contact sexuel. Il peut s'agir d'un contact vaginal, oral ou anal, et parfois d'un contact peau à peau.

Inuit : Peuple autochtone du Canada vivant dans l'Arctique. Les Inuits constituent l'un des trois peuples autochtones reconnus au Canada, les deux autres étant les Premières nations et les Métis.

Lesbienne : Femme qui est attirée sexuellement et émotionnellement par d'autres femmes.

Métis : L'un des trois peuples autochtones reconnus au Canada, les deux autres étant les Inuits et les Premières nations. Les Métis sont un peuple composé d'un mélange d'ancêtres autochtones et européens.

Pays où le VIH est endémique : Un pays où le VIH est endémique est défini comme un pays ayant une prévalence de VIH chez les adultes (de 15 à 49 ans) de 1 % ou plus et avec l'une des caractéristiques suivantes : 1) au moins 50 % des cas de VIH sont attribués à une transmission hétérosexuelle; 2) un ratio de deux hommes pour une femme ou moins; ou 3) la prévalence du VIH est supérieure ou égale à 2 % chez les femmes recevant des soins prénataux.

Premières nations : Terme généralement utilisé pour définir les Indiens inscrits et les Indiens non inscrits. Les peuples des Premières nations font partie des trois peuples autochtones reconnus au Canada en plus des Métis et des Inuits.

Prévention positive : Approche qui consiste à encourager les PVVIH à adopter des pratiques contribuant à prévenir la retransmission du VIH.

Santé sexuelle : État de bien-être physique, mental et social par rapport à la sexualité. Il requiert une approche positive et respectueuse envers la sexualité et les relations sexuelles ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles protégées et agréables, exemptes de toute contrainte, discrimination et violence.

Sexe : Fait référence aux caractéristiques biologiques qui différencient en général les hommes des femmes. Les différences biologiques incluent l'anatomie, la génétique, les hormones, le métabolisme et la physiologie. À ne pas confondre avec le genre.

Syndrome de l'immunodéficience acquise (sida) : Une condition qui décrit un stade avancé d'infection au VIH. Dans le cas du sida, le virus a évolué, entraînant ainsi une perte significative des globules blancs (cellules CD4) et des cancers ou des infections qui sont les conséquences d'un système immunitaire affecté. Un diagnostic de sida est établi si une personne vivant avec le VIH/sida reçoit un diagnostic d'une ou plusieurs conditions cliniques caractérisées comme des « maladies définissant le sida ». Un traitement antirétroviral peut inhiber la réplication du virus du VIH et ralentir la progression de la maladie. À l'instar du VIH, il n'y a aucun remède pour le sida.

Transgenre : Personne dont l'identité sexuelle, l'apparence, l'expression et/ou l'anatomie ne correspondent pas aux attentes conventionnelles de l'homme ou de la femme.

Travail du sexe : Échange de services sexuels contre de l'argent ou d'autres biens ou services.

Utilisation de drogues injectables (UDI) : Classification épidémiologique se rapportant à la transmission du VIH entre utilisateurs de drogues par injection.

Virus de l'hépatite C (VHC) : Virus qui infecte le foie. L'infection prolongée et l'infection aiguë par le virus de l'hépatite C entraînent fréquemment une maladie du foie et une cirrhose. Le virus se transmet surtout par transfusion sanguine ou inoculation percutanée (p. ex. par l'échange de seringues entre utilisateurs de drogues par injection).

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : Virus à l'origine du sida. Ce virus se transmet d'une personne à une autre par le sang, par contact sexuel et de la mère à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. Le VIH attaque le système immunitaire et provoque une maladie chronique évolutive qui rend les personnes vulnérables aux infections opportunistes et aux cancers. Il n'existe aucun remède ni aucun vaccin connu pour le VIH, mais, dans la plupart des cas, le virus peut être traité avec des doses quotidiennes de médicaments antirétroviraux. Lorsqu'une personne infectée ne reçoit pas un traitement de médicaments antirétroviraux, l'infection au VIH évoluera pour devenir le sida.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS . . . I
SOMMAIRE . . . III
REMERCIEMENTS . . . V
GLOSSAIRE . . . VII
CHAPITRE 1 – INTRODUCTION . . . 1
1.1 Historique . . . 1
1.2 Méthodologie . . . 1
1.3 Référence . . . 2
CHAPITRE 2 – PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU VIH ET DU SIDA AU CANADA . . . 3
2.1 Évolution du VIH et du sida au Canada . . . 3
2.1.1 Situation actuelle . . . 3
2.2 Données sur le VIH et le sida au Canada . . . 3
2.2.1 Estimation de l'incidence du VIH . . . 5
2.2.2 Estimation de la prévalence du VIH . . . 5
2.3 Sexe biologique . . . 6
2.4 Âge au moment du diagnostique . . . 6
2.5 Répartition géographique . . . 7
2.6 Catégories nationales d'exposition à l'infection au VIH . . . 8
2.6.1 Classification des catégories d'exposition . . . 8
2.6.2 Aperçu du VIH au Canada par catégorie d'exposition . . . 9
2.7 Tendances au sein de chaque catégorie d'exposition . . . 11
2.7.1 Transmission périnatale . . . 12
2.7.2 Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et utilisant des drogues injectables . . . 13
2.7.3 Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) . . . 13
2.7.4 Utilisation de drogues injectables . . . 14
2.7.5 Receveurs de sang ou de produits sanguins . . . 16
2.7.6 Contact hétérosexuel . . . 16
a) Contact hétérosexuel : analyse par sexe biologique . . . 16
b) Contact hétérosexuel : analyse par tranche d'âge . . . 16
c) Contact hétérosexuel : personne originaire d'un pays où le VIH est endémique . . . 18
d) Contact hétérosexuel : contact sexuel avec une personne à risque . . . 18
e) Contact hétérosexuel : contact sexuel avec une personne sans aucun risque signalé . . . 18
2.8 Race ou origine ethnique et VIH . . . 19
2.8.1 Autochtones . . . 19
2.8.2 Population noire . . . 19
2.9 Population incarcérée . . . 20
2.10 Co-infection par des infections transmissibles sexuellement ou par le sang . . . 21
2.11 Pharmacorésistance . . . 21

2.12 Déclaration du sida . . . 22
2.13 Décès dus au sida . . . 22
2.14 Conclusion . . . 22
2.15 Références . . . 23
CHAPITRE 3 – VIVRE AVEC LE VIH ET LE SIDA . . . 25
3.1 Dépistage et diagnostic du VIH . . . 25
3.1.1 Accepter un diagnostic de VIH. . . . 26
3.1.2 Notification aux partenaires . . . 28
3.1.3 Divulgation de son état sérologique . . . 28
3.2 Prévention . . . 29
3.2.1 Prévention positive . . . 30
3.2.2 Sérosélection . . . 30
3.2.3 Traitement et transmission du VIH . . . 30
3.3 Conditions médicales se rapportant au VIH/sida . . . 31
3.3.1 Syndrome de l'immunodéficience acquise (sida) . . . 31
3.3.2 VIH et comorbidités . . . 32
3.3.3 Santé mentale . . . 32
3.3.4 Co-infections du VIH . . . 32
3.3.5 Invalidité épisodique . . . 33
3.4 Traitement . . . 34
3.4.1 Effets secondaires du traitement et interactions . . . 35
3.4.2 Observance du traitement . . . 35
a) Facteurs ayant une incidence sur l'observance . . . 36
b) Observance du traitement parmi des populations distinctes . . . 37
3.5 Médecines douces et parallèles. . . . 38
3.6 VIH au sein de la famille. . . . 39
3.6.1 Santé génésique et planification familiale . . . 39
3.6.2 Parents et VIH . . . 40
3.6.3 Enfants et jeunes vivant avec le VIH/sida . . . 40
3.6.4 La violence dans les relations intimes . . . 42
3.7 Mode de vie sain . . . 42
3.7.1 Régime alimentaire sain . . . 42
3.7.2 Activité physique . . . 43
3.8 Santé sexuelle . . . 43
3.9 Vieillir avec le VIH . . . 44
3.10 Soins palliatifs . . . 44
3.11 Deuil . . . 45
3.12 Références . . . 45

CHAPITRE 4 – DONNÉES PROBANTES SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ AFFECTANT LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA . . . 53
4.1 Développement de la petite enfance . . . 53
4.2 Revenu, statut socioéconomique et éducation . . . 54
4.2.1 Statut socioéconomique et accès au traitement . . . 55
4.2.2 L'impact du VIH/sida sur le revenu . . . 55
4.2.3 Rester ou retourner au travail . . . 56
4.3 Emploi et conditions de travail . . . 58
4.3.1 Les avantages du travail . . . 58
4.3.2 Gérer sa santé au travail . . . 59
4.3.3 Stigmatisation et discrimination dans le milieu de travail . . . 59
4.4 Environnements sociaux . . . 61
4.4.1 Stigmatisation et discrimination . . . 61
4.4.2 Stigmatisation vécue par les PVVIH au Canada . . . 62
4.4.3 Répercussions de la stigmatisation et de la discrimination sur les PVVIH au Canada . . . 63
4.5 Réseaux de soutien social . . . 64
4.5.1 Réseaux sociaux . . . 64
4.5.2 Participation communautaire . . . 65
4.5.3 Soutien social et résultats pour la santé . . . 65
4.6 Environnements physiques . . . 65
4.6.1 L'influence du lieu géographique sur les PVVIH . . . 66
4.6.2 Logement et sans-abri parmi les PVVIH . . . 66
4.6.3 PVVIH et environnement carcéral . . . 67
4.7 Culture . . . 68
4.7.1 Culture et vulnérabilité sociale parmi les PVVIH . . . 68
4.7.2 Culture et résilience parmi les PVVIH . . . 70
4.8 Genre . . . 70
4.8.1 Violence sexospécifique . . . 71
4.8.2 Genre et divulgation de son état séropositif . . . 71
4.8.3 Genre et culture . . . 72
4.9 Accès aux services de santé . . . 73
4.9.1 Obstacles à l'accès des services de lutte contre le VIH pour les PVVIH . . . 73
4.9.2 Accès aux services de santé parmi les populations distinctes vivant avec le VIH/sida . . . 74
4.9.3 Organismes de service de première ligne et réseaux d'entraide . . . 75
4.9.4 Réinsertion sociale . . . 76
4.10 Habitudes de vie et compétences d'adaptation personnelles . . . 77
4.10.1 Compétences et stratégies d'adaptation . . . 77
4.10.2 Résilience des PVVIH en ce qui concerne les habitudes de vie . . . 77
4.11 Références . . . 79

CHAPITRE 5 – RECHERCHE ACTUELLE SUR LE VIH/SIDA . . . 84
5.1 Méthodologie . . . 84
5.1.1 Limites de la méthodologie . . . 85
5.2 Aperçu de la recherche sur le VIH/sida financée entre 2008 et 2010 . . . 85
5.2.1 Répartition des projets de recherche selon l'emplacement géographique . . . 85
5.2.2 Répartition des projets de recherche selon la population . . . 86
a) Autochtones vivant avec le VIH/sida . . . 86
b) PVVIH qui utilisent des drogues injectables . . . 87
c) Jeunes vivant avec le VIH/sida . . . 87
d) Femmes vivant avec le VIH/sida . . . 87
e) Hommes gais et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes vivant avec le VIH/sida . . . 88
f) Personnes originaires de pays où le VIH est endémique vivant avec le VIH/sida . . . 88
g) Personnes incarcérées vivant avec le VIH/sida . . . 88
h) Personnes transgenres vivant avec le VIH/sida . . . 88
i) Autres populations vivant avec le VIH/sida . . . 89
5.2.3 Recherche au niveau de la communauté, recherches sur les politiques de santé, diffusion des résultats et renforcement des capacités . . . 89
5.2.4 Déterminants de la santé . . . 90
5.2.5 Aperçu des projets de recherche relatifs au traitement . . . 91
5.2.6 Santé mentale . . . 91
5.2.7 Résilience . . . 91
5.3 Domaines de recherches futures . . . 92
Géographie : . . . 92
Populations précises : . . . 92
Déterminants de la santé : . . . 92
Accès aux soins et aux traitements : . . . 92
Vivre avec le VIH : . . . 92
Résilience . . . 92
5.4 Références . . . 92
CHAPITRE 6 – STRATÉGIE ACTUELLE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA . . . 94
6.1 Méthodologie . . . 94
6.2 Vue d'ensemble . . . 94
6.3 Stratégies sur le VIH/sida . . . 95
6.3.1 Stratégie pancanadienne . . . 95
6.3.2 Stratégie du gouvernement du Canada . . . 95
6.3.3 Stratégies provinciales et territoriales . . . 95
6.3.4 Stratégies axées sur des populations distinctes . . . 97
6.3.5 Stratégies concernant les Autochtones . . . 97
6.3.6 Stratégies concernant les personnes originaires de pays où le VIH est endémique . . . 98
6.3.7 Stratégies concernant les femmes . . . 99

6.4 Réseaux, coalitions et organismes consultatifs . . . 99
6.4.1 Réseaux et organismes qui offrent un soutien aux PVVIH . . . 99
6.4.2 Organismes nationaux . . . 100
6.4.3 Organismes consultatifs fédéraux . . . 101
6.4.4 Organisations non gouvernementales et réseaux nationaux . . . 101
6.4.5 Réseaux, coalitions et organismes consultatifs provinciaux et territoriaux . . . 102
6.5 Analyse des programmes . . . 103
6.5.1 Répartition géographique des projets . . . 103
6.5.2 Populations au sein de la population vivant avec le VIH/sida . . . 106
a) Hommes gais, bisexuels, bispirituels et les autres hommes ayant des relations Sexuelles avec des hommes . . . 106
b) Utilisateurs de drogues injectables . . . 106
c) Autochtones . . . 106
d) Personnes originaires de pays où le VIH est endémique . . . 106
e) Femmes . . . 107
f) Jeunes . . . 107
g) Enfants et familles . . . 107
h) Personnes incarcérées . . . 108
6.6 Référence . . . 108
CHAPITRE 7 – CONCLUSION . . . 109
7.1 Référence . . . 110
ANNEXE A . . . 111
1) Termes de recherche . . . 111
2) Bases de données consultées . . . 111
ANNEXE B . . . 112
Projets de recherche portant sur les PVVIH . . . 112
ANNEXE C . . . 199
1) Réseaux, coalitions et organismes consultatifs sur le VIH/sida . . . 199
2) Organismes participant à la mise en œuvre des programmes et des projets d'une durée limitée (2009 – 2011) à l'appui des personnes vivant avec le VIH et le sida au Canada . . . 200

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Nombre estimé de nouvelles infections au VIH au Canada au cours de certaines années . . . 5

Figure 2 : Nombre estimé de personnes vivant avec une infection au VIH au Canada (tous âges confondus). . . . 5

Figure 3 : Proportion des déclarations de résultats positifs au test du VIH par sexe (tous âges confondus), de 1985 à 2011 (n = 71 361) . . . 6

Figure 4 : Proportion des déclarations de résultats positifs au test du VIH au Canada par tranche d'âge*, de 1985 à 2011 (n = 69 637) . . . 7

Figure 5 : Nombre de déclarations de résultats positifs au test du VIH (n = 74 162) et de cas de sida déclarés (n = 22 473) par province et par territoire, de 1985 à 2011. . . . 8

Figure 6 : Hiérarchie nationale des catégories d'exposition à l'infection au VIH . . . 9

Figure 7 : Nombre estimé de nouvelles infections au VIH au Canada par année et par catégorie d'exposition (étendue d'incertitude omise) . . . 10

Figure 8a : Proportion des déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les adultes (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition, de 1985 à 1994 (n = 15 372) . . . 10

Figure 8b : Proportion des déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les adultes (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition, de 2002 à 2011 (n = 12 966) . . . 11

Figure 9 : Nombre de déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les adultes (≥ 15 ans), par sexe et par catégorie d'exposition, de 2002 à 2011 (n = 12 950) . . . 11

Figure 10 : Nombre rapporté de nouveau-nés exposés au VIH en période périnatale, traitement antirétroviral suivi par la mère et nombre de nouveau-nés atteints d'une infection confirmée au VIH, au Canada, de 2004 à 2011 (n = 1 685). . . . 12

Figure 11 : Nombre total de déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les adultes (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition, par rapport à la catégorie des HARSAH, de 1997 à 2011 (n = 18 768) . . . 13

Figure 12 : Prévalence (%) du VIH chez les HARSAH qui ont participé à la phase 1 de l'enquête M-Track, de 2005 à 2007 (n = 3 309*). . . . 14

Figure 13 : Nombre total de déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les adultes (≥ 15 ans), toutes catégories d'exposition confondues, et attribué à la catégorie d'utilisation de drogues injectables, de 1997 à 2011 (n = 18 768) . . . 14

Figure 14 : Proportion de déclarations de résultats positifs au test du VIH parmi les adultes (≥ 15 ans) classées dans la catégorie d'exposition par utilisation de drogues injectables, femmes et hommes, de 1997 à 2011 (n = 4 328) . . . 15

Figure 15 : Prévalence (%) du VIH parmi les participants à la phase 2 de l'enquête I-Track qui utilisaient des drogues injectables, de 2005 à 2008 (n = 2 970) . . . 15

Figure 16 : Nombre total de déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les adultes (≥ 15 ans), toutes catégories d'exposition confondues, et attribué à la catégorie d'exposition par contact hétérosexuel, de 1997 à 2011 (n = 18 768) . . . 17

Figure 17 : Nombre de déclarations de résultats positifs au test du VIH parmi les adultes (≥ 15 ans) classées dans la catégorie d'exposition par contact hétérosexuel, par sexe, de 1997 à 2011 (n = 5 537) . . . 17

Figure 18 : Nombre total de déclarations de résultats positifs au test du VIH parmi les adultes (≥ 15 ans) classées dans la sous-catégorie d'exposition par contact hétérosexuel, par sexe, de 1997 à 2011 (n = 5 537). . . . 17

Figure 19 : Proportion des déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les adultes (≥ 15 ans) selon la race ou l'origine ethnique et par catégorie d'exposition, de 1998 à 2011 (n = 9 964) . . . 19

Figure 20 : Pourcentage des personnes incarcérées ayant déclaré un résultat positif au test du VIH ou du virus de l'hépatite C; résultats par sexe et par auto-identification autochtone . . . 20

Figure 21 : Nombre de décès déclarés parmi les cas de sida déclarés, de 1980 à 2011 (n = 13 584). . . . 23

Tableau 1 : Répartition des projets de recherche selon l'emplacement géographique . . . 85

Tableau 2 : Répartition des projets de recherche par population . . . 86

Tableau 3 : Répartition des déterminants de la santé parmi les projets de recherche . . . 90

Tableau 4 : Aperçu des projets de recherche relatifs au traitement . . . 91

Tableau 5 : Répartition des projets au Canada . . . 104

CHAPITRE 1 – INTRODUCTION

1.1 HISTORIQUE

Toute personne peut être affectée par le VIH ou le sida, quel que soit son âge, son style de vie ou son statut socioéconomique. Cependant, certaines populations sont plus affectées que d'autres. Au Canada, ces populations incluent les hommes gais et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH), les utilisateurs de drogues injectables, les personnes venant de pays où le VIH est endémique, les Autochtones, les personnes incarcérées, les jeunes à risque et les femmes. La plupart des personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH) au Canada font partie d'une ou de plusieurs de ces populations. Bien que le VIH soit une maladie évitable, de nouvelles infections continuent de se produire. À la fin de l'année 2011, on estimait à 71 300 le nombre de PVVIH, avec un taux national de VIH estimé à 0,2 %. Le Canada est donc considéré comme un pays affichant un faible taux de prévalence. (1)

Ce rapport fait partie d'une série de huit rapports d'étape qui résument les données probantes propres aux populations les plus affectées par le VIH au Canada afin d'informer sur le développement des politiques, des programmes et de la recherche. Les autres rapports de la série font état de descriptions détaillées en ce qui concerne la vulnérabilité et la résilience au VIH chez les populations présentant des risques plus élevés. Ce rapport porte sur les PVVIH et a pour objectif de relater diverses réalités au sein de cette population au Canada avec une approche axée sur les déterminants de la santé qui fait état de l'impact de ces facteurs, comme le niveau de revenu, l'emploi, les environnements sociaux, la culture, le genre, l'accès aux services de santé et les habitudes de vie et les compétences d'adaptation personnelles de vie, sur leur qualité de vie et leur état de santé.

Ce rapport d'étape inclut des chapitres relatifs à la surveillance épidémiologique quant aux PVVIH au Canada, l'expérience vécue de ces personnes, les déterminants de santé qui affectent leur qualité de vie, un aperçu des projets de recherche choisis ainsi qu'un aperçu des réponses en termes de programmes financés au moment de la présente publication.

Les thèmes-clés suivants sont tirés de la production du présent rapport : la diversité des PVVIH au Canada; les défis actuels en termes de stigmatisation et de discrimination; l'expérience de certaines PVVIH du VIH comme une invalidité épisodique; le VIH au cours de la vie d'une personne quant à la prévention de la transmission verticale de la mère à l'enfant pendant la grossesse, aux comorbidités spécifiques liées au VIH et les problèmes associés au vieillissement; les barrières linguistiques et culturelles auxquelles font face certaines personnes pour accéder aux services de soins de santé et de soutien; l'observance du traitement; et le rôle essentiel quant à la participation de la communauté et le soutien.

1.2 MÉTHODOLOGIE

Les thèmes priorisés dans ce rapport ont été définis par l'entremise de consultations avec des PVVIH lors de l'assemblé générale annuelle de la Société canadienne du sida et d'un forum pour les PVVIH ainsi que le caucus des Autochtones vivant avec le VIH/sida du Réseau canadien autochtone du sida en 2007. Après ces réunions, l'Agence de la santé publique du Canada a mis en place un groupe de travail consultatif d'experts pour aider au développement et à la dissémination de ce rapport d'étape. Le groupe de travail était composé de PVVIH, de représentants de la communauté, d'organisations non gouvernementales, de chercheurs, d'épidémiologistes et d'experts des politiques et des programmes. Le groupe de travail a agi en tant qu'organe consultatif et fourni des conseils et des commentaires tout au long du processus ainsi que sur les thèmes et les différentes versions du rapport. Des experts supplémentaires ont été consultés de manière ponctuelle pour garantir la précision et l'exhaustivité du rapport.

Au cours de l'élaboration de ce rapport, l'Agence s'est efforcée de suivre le Principe de la participation accrue des PVVIH, ce qui a permis aux PVVIH de jouer un rôle prépondérant sur ce qui les affecte le plus, en reconnaissant ainsi la contribution cruciale qu'elles apportent pour faire avancer la réponse canadienne au VIH/sida. La participation des PVVIH a fait partie intégrante de l'élaboration du présent rapport. Ces dernières ont défini les priorités et thèmes, commenté l'évolution des versions du rapport et apporté leur expérience vécue ainsi que leur expertise au processus.

Le rapport a été élaboré entre juin 2007 et décembre 2011. L'Agence a élaboré une méthodologie interne que chacun des rapports d'étape portant sur une population spécifique a suivie pour assurer une approche cohérente. Pour chaque chapitre, la méthodologie utilisée a permis de faire la synthèse et le résumé des données probantes les plus récentes et pertinentes possible.

L'examen de la littérature porte principalement sur les publications canadiennes; les données issues de la recherche internationale ont été exclues. Les renseignements épidémiologiques et les données sur la surveillance au niveau national ont été recueillis dans des rapports publiés par l'Agence et d'autres sources. Les documents inclus dans le présent rapport répondaient aux critères suivants : être axés sur le VIH ou le sida; être axés sur les PVVIH au Canada; se rapporter à au moins un des douze déterminants de la santé liés au VIH ou au sida, ou traiter du VIH ou du sida dans le contexte de la prévention, des soins de santé, du traitement, du soutien ou du diagnostic pour les PVVIH. Les renseignements sur le fait de vivre avec le VIH/sida et les déterminants clés de la santé ont été tirés des rapports de recherche et de la littérature grise[3] publiés du 1er janvier 2005 au 1er mars 2011, en utilisant les termes de recherche et les bases de données cités en annexe A.

Un résumé de projets de recherche choisis, financés entre 2008 et 2010, a été rédigé en compilant les renseignements provenant de sources de financement nationales et d'organisations de financement provinciales sélectionnées. (Voir l'annexe B pour la liste complète des projets de recherche retenus). Des renseignements à la fois quantitatifs et qualitatifs ont été recueillis et analysés.

Des membres du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le VIH/sida et des consultants de programmes nationaux et régionaux de l'Agence et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada ont fourni des renseignements sur les stratégies, les réseaux, les comités, les organisations et les projets d'une durée limitée impliqués dans la lutte contre le VIH/sida dans leurs juridictions. Une analyse détaillée des programmes de financement de l'Agence, de Santé Canada, ainsi qu'au niveau provincial, a été menée pour obtenir des renseignements au sujet des projets destinés aux PVVIH à l'échelle du Canada. (Voir l'annexe C pour une liste de ces réseaux, coalitions, organismes consultatifs et projets retenus.)

1.3 RÉFÉRENCE

(1) Agence de la santé publique du Canada. Résumé : estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2011. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2012.

[3] La littérature grise est un terme communément utilisé pour décrire toute information produite par une organisation pour laquelle la publication n'est pas l'activité principale de ladite organisation. La littérature grise n'est pas soumise au même examen approfondi que la littérature évaluée par des pairs.

CHAPITRE 2 – PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU VIH ET DU SIDA AU CANADA

2.1 ÉVOLUTION DU VIH ET DU SIDA AU CANADA

En mars 1982, le premier cas de décès lié à une maladie qui allait bientôt être connue sous le nom de sida a été déclaré au Canada. (1) Cette déclaration suivait un rapport paru aux États-Unis qui portait sur une grappe de cas d'hommes gais atteints de pneumonie à *Pneumocystis carinii* et de la maladie de Kaposi, deux infections rares qui ne se développent que chez les personnes dont le système immunitaire est gravement affaibli. Comme les premiers cas identifiés ne touchaient que la communauté gaie, l'appellation « Gay-Related Immune Deficiency » (immunodéficience liée à l'homosexualité) a été proposée, entre autres, pour cette maladie émergente. À la fin de l'année 1982, il était devenu clair que d'autres groupes étaient également affectés, ce qui a porté les Centers for Disease Control and Prevention (Centres pour le contrôle et la prévention des maladies) aux États-Unis à nommer cet ensemble de symptômes « syndrome de l'immunodéficience acquise (sida) ». En 1983, il a été établi qu'un nouveau rétrovirus, nommé par la suite « virus de l'immunodéficience humaine (VIH) », était la cause du sida.

À son émergence au Canada, le VIH était majoritairement prévalent chez les hommes gais, même s'il touchait également les hémophiles et les utilisateurs de drogues injectables. À la fin des années 1980 et au début des années 1990, les femmes ont commencé à en être affectées. Plus récemment, les Autochtones et les personnes provenant de pays où le VIH est endémique sont devenus surreprésentés dans l'épidémie de VIH au Canada. Le taux d'infection au VIH parmi la population carcérale est également plus élevé que parmi la population générale canadienne. (2;3;4)

2.1.1 SITUATION ACTUELLE

La prévalence du VIH au Canada est relativement faible, la prévalence nationale étant estimée à 0,2 % en 2011. (5) Le Canada a désormais une population croissante de personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH), ce qui s'explique par les deux facteurs suivants : de nouvelles infections au VIH continuent de survenir, et les décès dus au sida ont chuté avec l'introduction des médicaments antirétroviraux. Le taux de nouvelles infections au VIH au Canada est resté relativement stable au cours de la dernière décennie.

Même si n'importe quelle personne peut être affectée par le VIH, celui-ci reste concentré dans certaines populations distinctes au Canada. Tel que mentionné ci-dessus, les populations touchées par le VIH se sont diversifiées, même si les hommes gais constituent toujours la population la plus touchée. *L'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada* est désormais axée sur les populations suivantes, qui sont les plus touchées par le VIH au Canada : les hommes gais et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH), les utilisateurs de drogues injectables, les personnes originaires de pays où le VIH est endémique, les Autochtones, les personnes incarcérées, les jeunes à risque, les femmes et les PVVIH. (4)

Il est important de noter que bon nombre des PVVIH ou à risque au Canada peuvent appartenir à plusieurs de ces groupes. La surveillance du VIH porte sur les principales voies d'exposition au virus (HARSAH, contact hétérosexuel et utilisation de drogues injectables), mais les personnes touchées appartiennent également à différents groupes raciaux ou ethniques et tranches d'âge et de sexe différent; il faut donc des politiques et des programmes de lutte nuancés en matière de prévention, de soin, de traitement et de soutien.

2.2 DONNÉES SUR LE VIH ET LE SIDA AU CANADA

L'Agence de la santé publique du Canada utilise de nombreuses sources de données pour obtenir une vue d'ensemble du VIH chez les Canadiens, notamment la surveillance de routine, la surveillance améliorée des populations vulnérables, les données de recherche et les méthodologies de modélisation, qui servent à produire les estimations nationales. Ce chapitre présente les données provenant de la surveillance de routine et de la surveillance améliorée, ainsi que les estimations du nombre de nouvelles infections au VIH (c'est-à-dire l'incidence) et du nombre

total de personnes vivant avec une infection au VIH (c'est-à-dire la prévalence) afin de caractériser le VIH et le sida au Canada.

Le VIH est une maladie à déclaration obligatoire dans toutes les provinces et dans tous les territoires canadiens, ce qui signifie que chaque résultat positif au test du VIH obtenu par un laboratoire ou un prestataire de soins de santé doit être signalé aux autorités sanitaires provinciales. Le sida est uniquement une maladie à déclaration obligatoire dans certaines juridictions, bien que les médecins sont tenus de déclarer tout cas de maladie définissant le sida[4] chez des patients qui ont déjà reçu un diagnostic d'infection au VIH. Aux fins de surveillance, ces cas sont inclus dans les données nationales sur le sida. Pour tous les cas de sida, des données sur les décès sont également recueillies.

Les provinces et les territoires fournissent sur une base volontaire des données de surveillance de routine à l'Agence. Ces données consistent en déclarations de résultats positifs au test du VIH et des cas de sida déclarés, ne contenant aucun renseignement susceptible d'identifier les personnes concernées. Alors qu'un nombre minimum de données est fourni pour chaque cas (en général, l'âge, le sexe et la date du diagnostic), le nombre des données complémentaires fournies par chaque province et chaque territoire varie; seules quelques juridictions déclarent le pays de naissance, l'origine ethnique et la catégorie d'exposition. Les données complémentaires sur l'origine ethnique sont importantes, car elles permettent de dégager les tendances d'infection parmi différentes races ou différents groupes ethniques. Les données complémentaires sur les catégories d'exposition sont également importantes, car elles indiquent la voie la plus probable par laquelle une personne a pu contracter le VIH.

Le suivi du VIH est difficile, car la surveillance de routine ne produit des données que sur les personnes qui ont subi un test de dépistage et reçu un diagnostic de VIH ou de sida. On estime que 25 % des PVVIH au Canada ignorent qu'elles sont infectées. (5) La surveillance de routine présente également des limites liées à la sous-déclaration, aux retards dans la déclaration, au risque de double déclaration et aux renseignements manquants. Par conséquent, les données de surveillance de routine à elles seules ne reflètent pas pleinement l'étendue de l'épidémie du VIH au Canada.

Afin d'obtenir un tableau plus précis du VIH au Canada, l'Agence utilise plusieurs approches, notamment la surveillance améliorée (comportementale et biologique) et les estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH. La surveillance améliorée consiste à recueillir des données comportementales auprès d'un groupe ciblé, telles que les comportements sexuels, les comportements liés à l'injection et au dépistage du VIH, et l'état sérologique parmi certains groupes ciblés d'individus. L'Agence exerce une surveillance améliorée parmi les hommes gais, bisexuels et les HARSAH (appelée le système de surveillance M-Track) et parmi les utilisateurs de drogues injectables (appelée le système de surveillance I-Track) afin d'obtenir des connaissances plus approfondies au sujet des tendances de dépistage du VIH, des comportements à risque et de la prévalence du VIH. Des systèmes semblables de surveillance améliorée sont en cours d'élaboration; l'un des systèmes vise à effectuer un suivi du VIH et des comportements à risque qui y sont associés parmi les personnes provenant de pays où le VIH est endémique (portera le nom de système de surveillance E-Track) et l'autre porte sur le suivi du VIH parmi les Autochtones (portera le nom de système de surveillance A-Track).

Des données nationales sur l'état sérologique des nouveau-nés exposés en période périnatale à l'infection au VIH sont recueillies par l'intermédiaire du Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada, une initiative du Groupe canadien de recherche sur le sida chez les enfants.

L'Agence réalise également des estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH à l'échelle nationale pour évaluer le nombre de PVVIH ignorant leur état sérologique. Ces estimations reposent sur une modélisation mathématique et sont basées sur une combinaison de résultats provenant de la surveillance de routine, de la surveillance améliorée et des données de recherche. Les méthodologies qui permettent d'estimer la prévalence et l'incidence à l'échelle nationale sont complexes et, même si elles sont associées à un certain niveau d'incertitude, elles fournissent un tableau plus précis de l'épidémie du VIH, permettant aux gouvernements et aux fournisseurs de services d'élaborer des programmes et des approches ciblés.

[4] Une liste des maladies définissant le sida se trouve à la section 3.3.1, au chapitre 3.

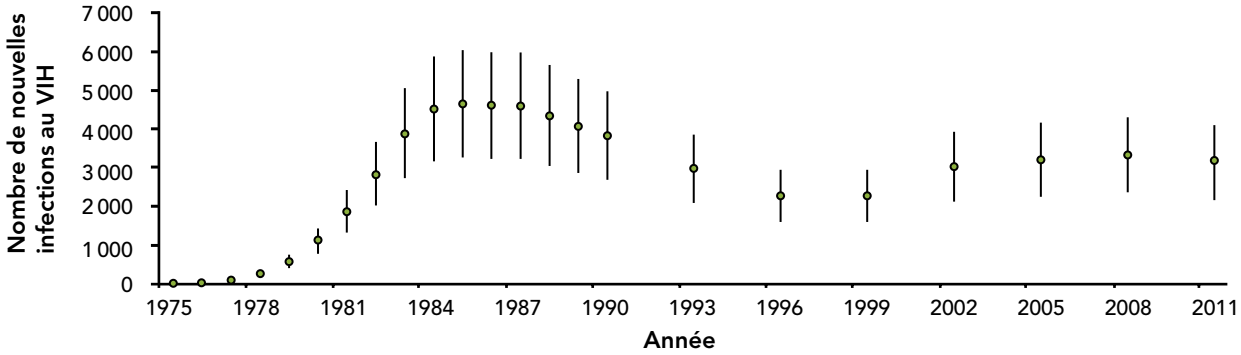
2.2.1 ESTIMATION DE L'INCIDENCE DU VIH

De nouvelles infections au VIH continuent de survenir au Canada. L'Agence estime qu'en 2011, le nombre de nouvelles infections au VIH variait entre 2 250 et 4 100 (figure 1). Cela représente une baisse par rapport à l'incidence culminante de 1985, où l'on estimait le nombre de nouvelles infections entre 3 250 et 6 050. Après 1985, le nombre de nouvelles infections n'a cessé de diminuer progressivement jusqu'au milieu des années 1990; il s'est stabilisé de 1996 à 1999, a connu une hausse de 1999 à 2002 puis s'est à nouveau stabilisé à partir de 2002. (5)

2.2.2 ESTIMATION DE LA PRÉVALENCE DU VIH

À la fin de l'année 2011, on estimait à 71 300 (entre 58 600 et 84 000) le nombre de personnes vivant avec une infection au VIH (y compris le sida). Environ 25 % d'entre elles, soit entre 14 500 et 21 500 personnes, ignoraient qu'elles étaient infectées par le VIH. (5) La figure 2 représente le nombre estimé d'infections au VIH prévalentes au Canada depuis le début de l'infection, accompagné des étendues d'incertitudes associées.

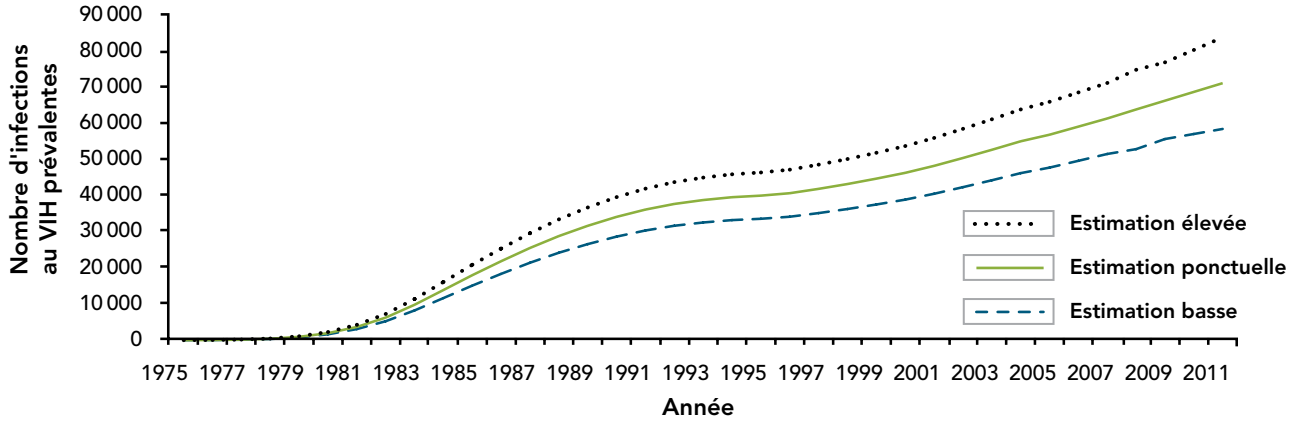
FIGURE 1 : Nombre estimé de nouvelles infections au VIH au Canada au cours de certaines années



Remarque : L'étendue de l'incertitude est représentée par les barres verticales.

Référence : Agence de la santé publique du Canada. Résumé : Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2011. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2012.

FIGURE 2 : Nombre estimé de personnes vivant avec une infection au VIH au Canada (tous âges confondus)



Remarque : *La courbe comprend l'étendue de l'incertitude par année.*

Référence : Agence de la santé publique du Canada. Résumé : Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2011. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2012.

2.3 SEXE BIOLOGIQUE

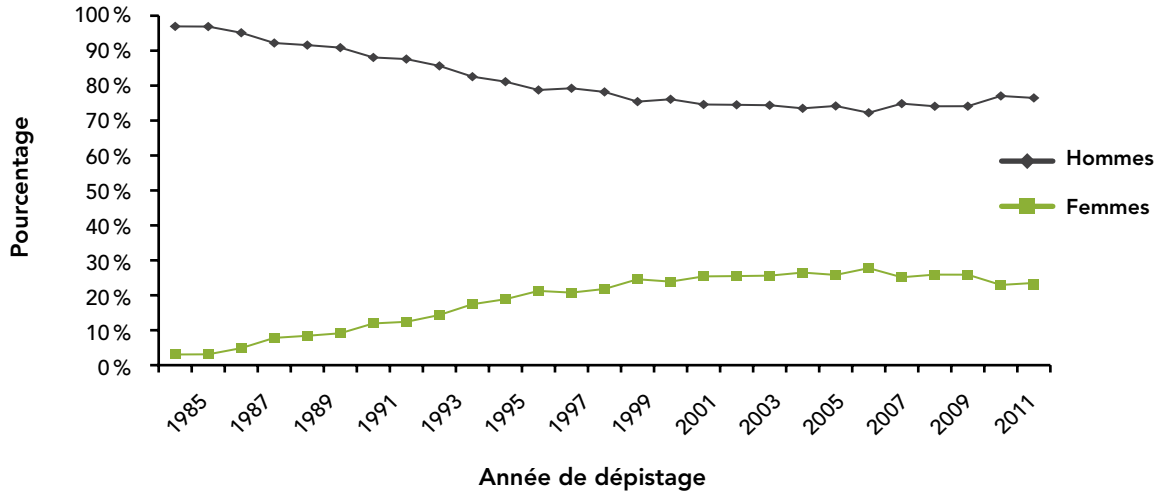
En date du 31 décembre 2011, on estimait le nombre d'hommes vivant avec le VIH au Canada (y compris le sida) à 54 700 et le nombre de femmes, à 16 600. (5) Les données de surveillance de routine indiquent que la proportion relative des hommes et des femmes diagnostiqués avec le VIH a évolué au fil du temps. En 1985, moins de 5 % des déclarations de résultats positifs au test du VIH sur lesquelles le sexe était indiqué concernaient des femmes adultes; alors qu'en 2011, les femmes représentaient 23,3 % des nouvelles déclarations de résultats positifs au test du VIH sur lesquelles le sexe était indiqué. (6)

Cependant, au cours de la dernière décennie, les proportions de cas concernant les hommes et les femmes sont restées relativement stables (voir la figure 3).

2.4 ÂGE AU MOMENT DU DIAGNOSTIQUE

Depuis 1985, parmi les déclarations de résultats positifs au test du VIH sur lesquelles l'âge était indiqué, la proportion la plus importante de cas se situait dans la tranche d'âge de 30 à 39 ans[5]. Bien que cette proportion ait chuté depuis 1994, elle reste la plus forte et, en 2011, cette tranche d'âge représentait 30,3 % des cas. Par contre, la proportion des déclarations de résultats positifs au test du VIH parmi les personnes de 40 à 49 ans croît régulièrement depuis le début de l'épidémie, ayant atteint un sommet de 30,5 % en 2008, puis diminué légèrement de nouveau pour atteindre 25,7 % en 2011. La proportion des déclarations annuelles de résultats positifs au test du VIH chez les personnes de

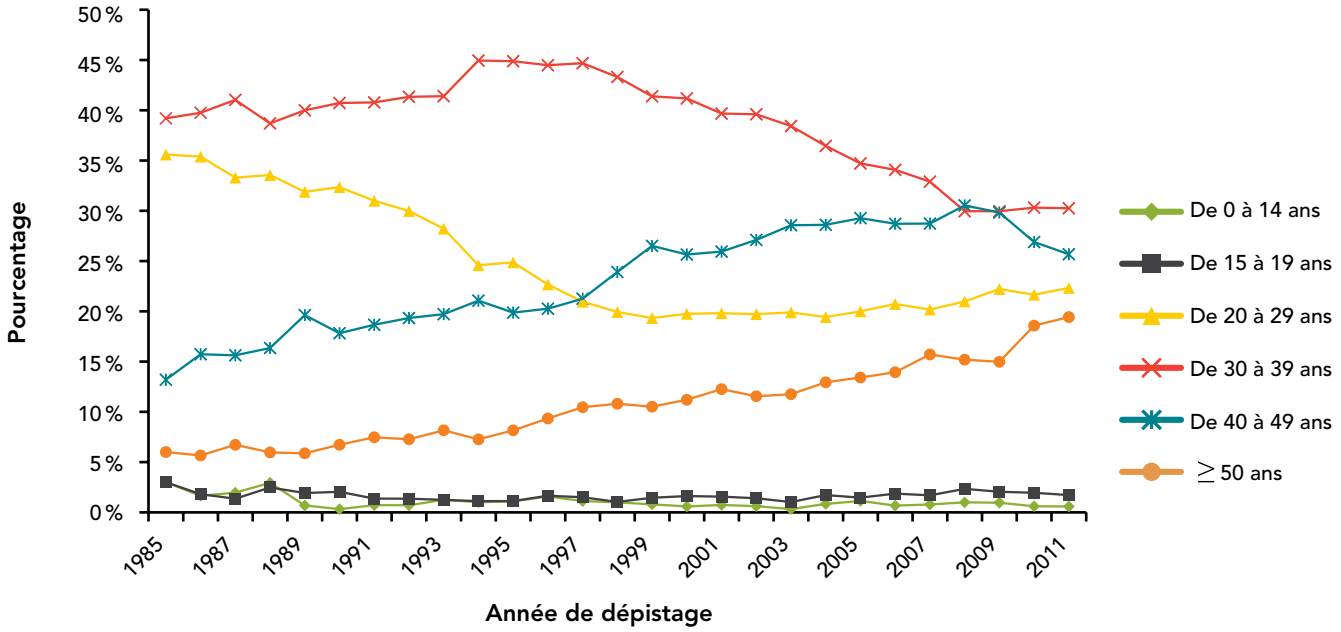
FIGURE 3 : Proportion des déclarations de résultats positifs au test du VIH par sexe (tous âges confondus), de 1985 à 2011 (n = 71 361)



Référence : Agence de la santé publique du Canada, données de 2012.

[5] Il est important de noter que, bien que les déclarations de résultats positifs au test du VIH comprennent des renseignements sur l'âge, ces derniers représentent l'âge au moment du diagnostic, pas nécessairement l'âge au moment de l'infection.

FIGURE 4 : Proportion des déclarations de résultats positifs au test du VIH au Canada par tranche d'âge*, de 1985 à 2011 (n = 69 637)



*Lorsque l'âge était indiqué.

Référence : Agence de la santé publique du Canada, données de 2012.

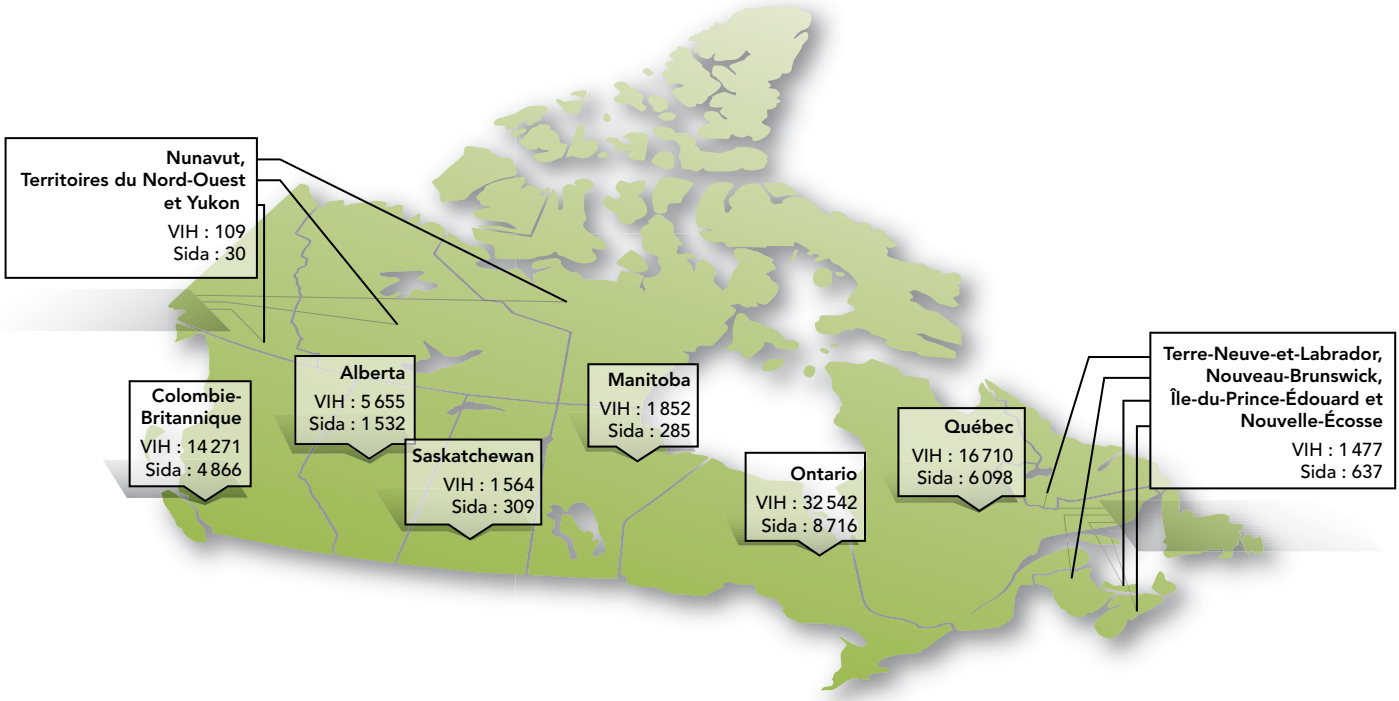
50 ans et plus a également augmenté depuis le début de l'épidémie, atteignant un sommet de 19,4 % en 2011. (6)

La proportion des déclarations de résultats positifs au test du VIH parmi les personnes de 20 à 29 ans a considérablement diminué au fil du temps, passant d'un sommet de 35,6 % en 1985 à un minimum de 19,3 % en 1999. Depuis 1999, la proportion des déclarations de résultats positifs au test du VIH parmi cette tranche d'âge est restée stable, augmentant seulement légèrement pour se chiffrer à 22,7 % en 2011. La proportion des déclarations de résultats positifs au test du VIH parmi les tranches d'âge les plus jeunes est restée relativement faible depuis le début de l'épidémie, un sommet de 3,0 % atteint en 1985 pour les tranches d'âge de 0 à 14 ans et de 15 à 19 ans. En 2011, la proportion était de 0,6 % pour les personnes de 0 à 14 ans et de 1,7 % pour les personnes de 15 à 19 ans.

2.5 RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

La majorité des déclarations de résultats positifs au test du VIH et des cas de sida déclarés au Canada est concentrée dans les quatre provinces les plus peuplées, soit l'Ontario, le Québec, la Colombie-Britannique et l'Alberta, qui représentent environ 86 % de la population canadienne générale. (7) Ensemble, ces quatre provinces représentent 93,3 % de l'ensemble des déclarations de résultats positifs au test du VIH depuis 1985, et 94,4 % de l'ensemble des cas de sida déclarés depuis 1979. (6) Il est important de noter que les systèmes de surveillance enregistrent la province dans laquelle les résultats positifs au test du VIH sont obtenus ou dans laquelle le cas de sida est diagnostiqué; cette province ne correspond donc pas nécessairement à la province dans laquelle la personne a été infectée ou dans laquelle elle réside.

FIGURE 5 : Nombre de déclarations de résultats positifs au test du VIH (n = 74 162) et de cas de sida déclarés (n = 22 473) par province et par territoire, de 1985 à 2011



Référence : Agence de la santé publique du Canada, données internes de 2012.

2.6 CATÉGORIES NATIONALES D'EXPOSITION À L'INFECTION AU VIH

Cette section explique la classification des déclarations de résultats positifs au test du VIH par catégorie d'exposition et donne un aperçu général de l'épidémie du VIH au Canada.

2.6.1 CLASSIFICATION DES CATÉGORIES D'EXPOSITION

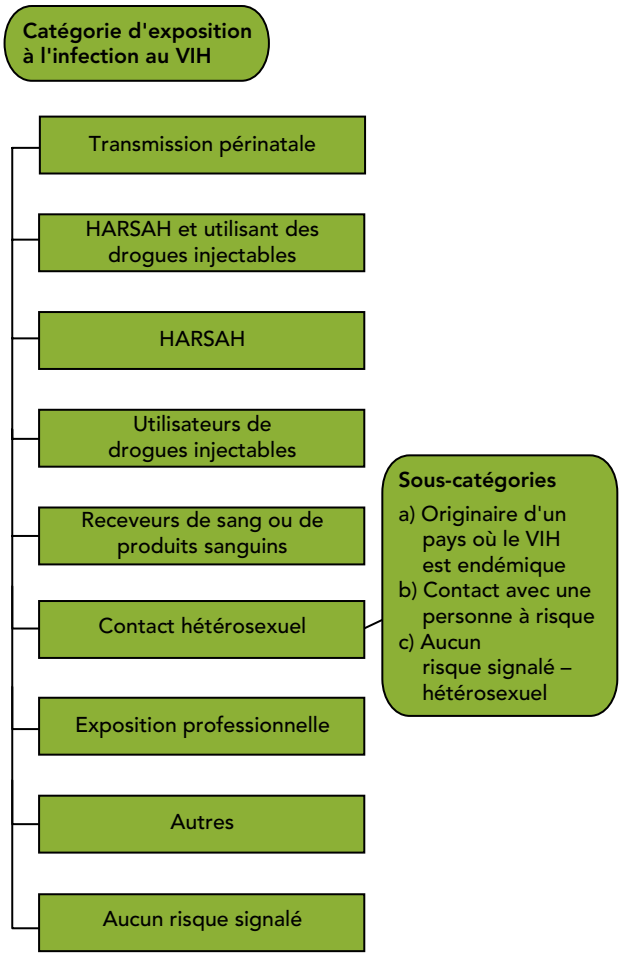
La plupart des déclarations de résultats positifs au test du VIH et des cas de sida déclarés à l'Agence par l'intermédiaire de la surveillance de routine comprennent un ou plusieurs facteurs de risque déclarés, telles que les relations sexuelles avec un homme, les relations sexuelles avec une femme, l'injection de drogues ou la réception d'une transfusion sanguine.

Aux fins de déclaration nationale, les déclarations de résultats positifs au test du VIH et les cas de sida déclarés sont classés dans une seule catégorie d'exposition (en fonction du ou des facteurs de risque déclarés) dans la hiérarchie de l'exposition au risque (voir la figure 6). La hiérarchie des catégories d'exposition a été établie pour permettre de classer les déclarations de résultats positifs au test du VIH et les cas de sida déclarés dont le mode de transmission du VIH est inconnu ou lorsque plusieurs facteurs de risque sont déclarés. Lorsque plusieurs facteurs de risque sont déclarés, le cas est classé selon la catégorie d'exposition qui occupe le rang le plus élevé dans la hiérarchie. Par exemple, si une déclaration de résultats positifs au test du VIH ou un cas de sida cite les facteurs de risque « utilisation de drogues injectables » et « contact hétérosexuel », la déclaration ou le cas est classé dans la catégorie d'exposition par utilisation de drogues injectables en vue de la collecte de données à l'échelle nationale, car cette catégorie représente l'activité dont le risque est le plus élevé. (8)

S'il est connu qu'une personne qui utilise des drogues injectables a contracté le VIH par exposition professionnelle, le cas est classé dans la catégorie « exposition professionnelle », même si cette dernière occupe un rang inférieur dans la hiérarchie, puisque la voie réelle d'infection au VIH est connue.

La hiérarchie des catégories d'exposition a été créée en collaboration avec des intervenants à l'échelle nationale lorsque le système de surveillance du VIH a premier été établi au Canada. Elle était basée sur les tendances épidémiques de l'époque et visait à servir d'outil épidémiologique pour la surveillance et la classification des cas.

FIGURE 6 : Hiérarchie nationale des catégories d'exposition à l'infection au VIH



Référence : Agence de la santé publique du Canada, données internes, 2012.

2.6.2 APERÇU DU VIH AU CANADA PAR CATÉGORIE D'EXPOSITION

Cette section donne un aperçu général de l'épidémie du VIH au Canada par catégorie d'exposition à l'aide de données provenant d'estimations nationales et de la surveillance de routine. Elle décrit la différence de répartition de ces catégories au fil du temps et entre les hommes et les femmes adultes.

Au Canada, à la fin de l'année 2011, la catégorie d'exposition qui affichait la plus grande proportion du nombre estimé d'infections prévalentes était celle des HARSAH avec 46,7 % des cas, suivie par la catégorie d'exposition par contact hétérosexuel avec une personne originaire d'un pays où le VIH n'est pas endémique[6] et la catégorie d'exposition par contact hétérosexuel avec une personne originaire d'un pays où le VIH est endémique[7], avec respectivement 17,6 % et 14,9 % des cas prévalents de VIH, ainsi que la catégorie d'exposition par utilisation de drogues injectables avec 16,9 %. On estime que la catégorie combinée des HARSAH et utilisant des drogues injectables représente 3 % de la proportion totale de cas de VIH prévalents et que les autres catégories d'exposition, comme les receveurs de sang ou de facteurs de coagulation, la transmission périnatale et la transmission professionnelle, représentent 0,8 % cumulativement. (5)

En 2011, le nombre estimé de nouvelles infections au VIH classées dans la catégorie d'exposition des HARSAH était de 1 480 (soit 46,6 %). Le nombre estimé de nouvelles infections au VIH classées dans les catégories d'exposition par contact hétérosexuel avec une personne originaire d'un pays où le VIH n'est pas endémique et contact hétérosexuel avec une personne originaire d'un pays où le VIH est endémique était respectivement de 645 (20,3 %) et de

[6] La catégorie d'exposition par contact hétérosexuel dans une région non endémique détermine un contact hétérosexuel entre deux personnes provenant d'un pays ou d'une région non endémique à titre de seul facteur de risque de transmission du VIH.

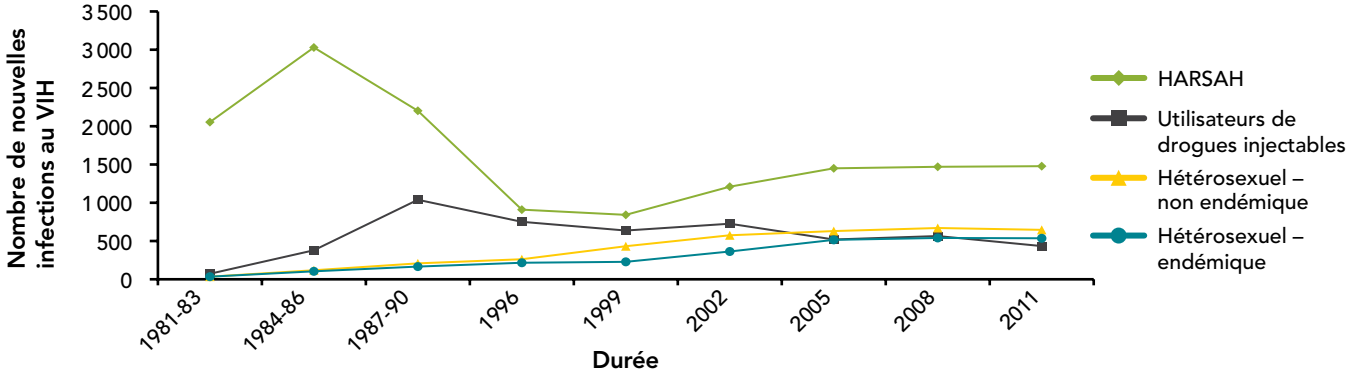
[7] La catégorie d'exposition par contact hétérosexuel dans une région endémique détermine un contact hétérosexuel avec une personne provenant d'un pays ou d'une région endémique à titre de seul facteur de risque de transmission du VIH. Les pays où le VIH est endémique sont définis par l'Organisation mondiale de la Santé selon les deux critères suivants : 1. la prévalence estimée du VIH est égale ou supérieure à 1 % dans la population générale adulte (âgée de 15 à 49 ans); 2. l'une des conditions suivantes est remplie : a) au moins 50 % des cas de sida ou des diagnostics de VIH sont attribués à la transmission hétérosexuelle; b) le ratio hommes/femmes est égal ou inférieur à 2:1; c) la prévalence du VIH est supérieure ou égale à 2 % chez les femmes qui reçoivent des soins prénataux. La plupart de ces pays se trouvent en Afrique subsaharienne et dans les Caraïbes.

535 (16,9 %). Par ailleurs, 435 cas (13,7 %) ont été classés dans la catégorie d'exposition par utilisation de drogues injectables et 80 cas (2,5 %) ont été classés dans la catégorie d'exposition des HARSAH et utilisant des drogues injectables. (5) La figure 7 illustre les tendances du nombre estimé de nouvelles infections au VIH par catégorie d'exposition au fil du temps.

Le fardeau du VIH au Canada a évolué au cours des 30 dernières années. Lorsque la déclaration du VIH a commencé en 1985, la catégorie d'exposition des HARSAH représentait plus de 80 % de l'ensemble des cas et a continué à représenter la majorité des cas pendant les dix années suivantes (voir la figure 8a). Bien que cette catégorie d'exposition reste prédominante, la proportion a considérablement diminué au fil des ans. Entre 2002 et 2011, la catégorie d'exposition des HARSAH représentait 42,0 % des nouvelles déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les adultes, suivie par les catégories d'exposition par contact hétérosexuel (30,8 %) et par utilisation de drogues injectables (20,7 %) (voir la figure 8b). (6)

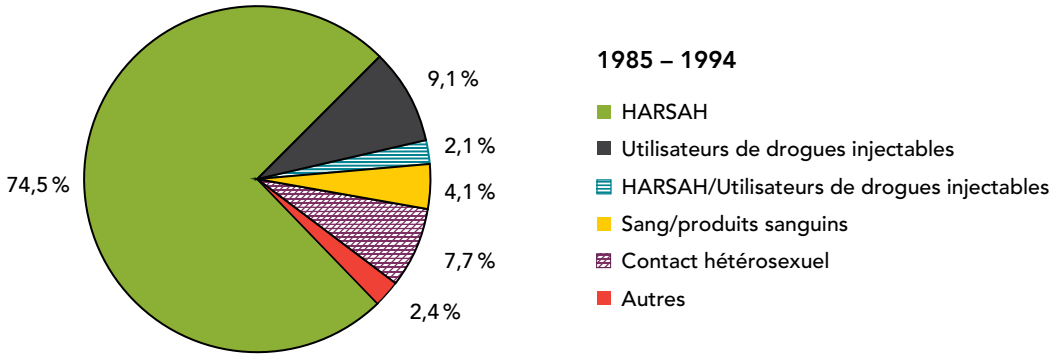
La proportion relative des déclarations de résultats positifs au test du VIH attribuées aux hommes et femmes adultes (≥ 15 ans) a également évolué au fil du temps. En 1985, plus

FIGURE 7 : Nombre estimé de nouvelles infections au VIH au Canada par année et par catégorie d'exposition (étendue d'incertitude omise)



Référence : Agence de la santé publique du Canada. Résumé : Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2011. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2012.

FIGURE 8A : Proportion des déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les adultes (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition, de 1985 à 1994 (n = 15 372)



Remarque : La figure exclut les cas pour lesquels la catégorie d'exposition n'était pas indiquée ou était inconnue.

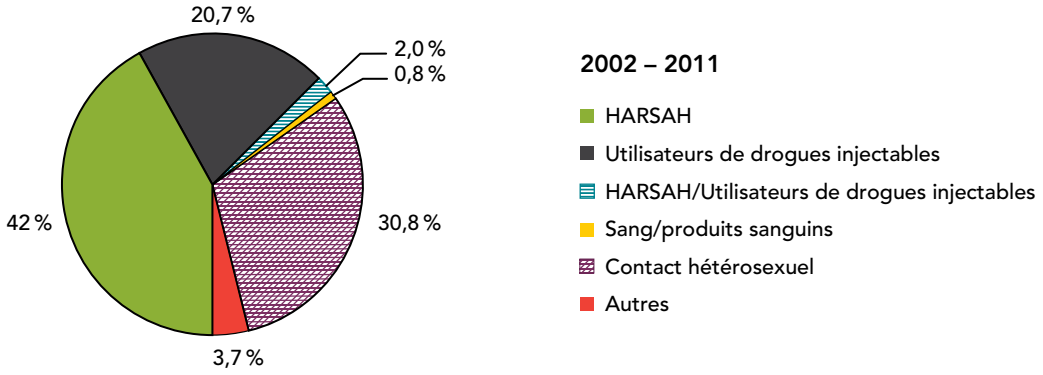
Référence : Agence de la santé publique du Canada, données internes, 2012.

de 95 % des déclarations de résultats positifs au test du VIH pour lesquelles l'âge et la catégorie d'exposition étaient connus concernaient des hommes adultes; 85 % de ces déclarations étaient classées dans la catégorie d'exposition des HARSAH. En 2011, les femmes adultes (dont l'âge et la catégorie d'exposition étaient connu) représentaient 20,5 % des nouvelles déclarations de résultats positifs au test du VIH, ce qui représente une baisse par rapport au sommet de 25,9 % enregistré en 2006; les deux principales catégories d'exposition indiquées étaient le contact hétérosexuel et l'utilisation de drogues injectables. La figure 9 illustre la répartition des catégories d'exposition pour les hommes et les femmes adultes.

2.7 TENDANCES AU SEIN DE CHAQUE CATÉGORIE D'EXPOSITION

Les sections suivantes donnent un aperçu des tendances au sein de chaque catégorie d'exposition, à l'aide d'estimations et de données provenant de la surveillance de routine et de la surveillance améliorée (lorsqu'elles sont disponibles). L'ordre de présentation suit la hiérarchie nationale des catégories d'exposition à l'infection au VIH et non le nombre relatif de personnes infectées dans chaque catégorie d'exposition.

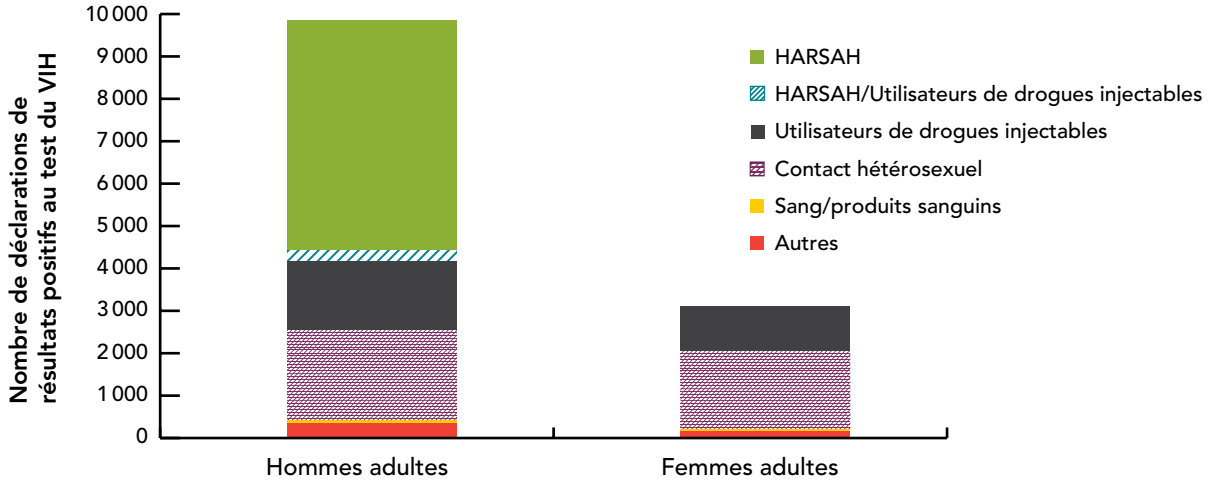
FIGURE 8B : Proportion des déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les adultes (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition, de 2002 à 2011 (n = 12 966)



Remarque : La figure exclut les cas pour lesquels la catégorie d'exposition était inconnue.

Référence : Agence de la santé publique du Canada, données internes, 2012.

FIGURE 9 : Nombre de déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les adultes (≥ 15 ans), par sexe et par catégorie d'exposition, de 2002 à 2011 (n = 12 950)



Remarque : La figure exclut les cas pour lesquels la catégorie d'exposition ou le sexe étaient inconnus.

Référence : Agence de la santé publique du Canada, données internes, 2012.

2.7.1 TRANSMISSION PÉRINATALE

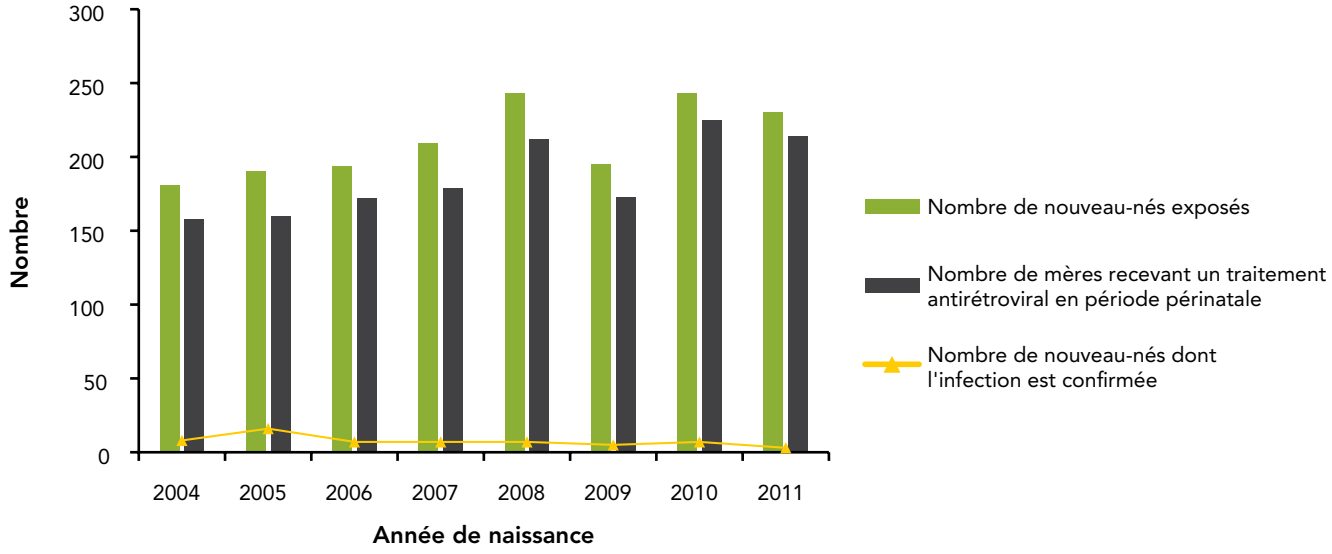
Les données présentées dans cette section portent sur les nouveau-nés dont la séropositivité de la mère était connue lors de sa grossesse. Il convient de noter que les femmes enceintes séropositives ne connaissent pas toutes leur état sérologique à l'égard du VIH ou ne font pas toutes l'objet d'un diagnostic pendant leur grossesse. Elles ne sont donc pas en mesure de bénéficier des médicaments antirétroviraux pendant la grossesse, même si toutes les provinces et tous les territoires offrent un test de dépistage du VIH aux femmes enceintes. (9)

Entre 1984 et 2011, 3 567 nouveau-nés ont été exposés au VIH en période périnatale tel que rapporté. Parmi ces nouveau-nés, 584 (16,4 %) étaient atteints d'une infection au VIH confirmée, 2 908 (81,5 %) n'étaient atteints d'aucune infection au VIH et l'état sérologique des 75 nouveau-nés restants n'était pas confirmé, c'est-à-dire que ces nouveau-nés n'ont fait l'objet d'aucun suivi. (6)

Le nombre de nouveau-nés exposés chaque année au VIH en période périnatale au Canada a fluctué ces dernières années, passant de 181 en 2004 à un sommet de 243 en 2008 et en 2010 tel que rapporté. Toutefois, le nombre de nouveau-nés dont la séropositivité a été confirmée à la suite d'une exposition périnatale a diminué, passant de 16 (8,8 % des nouveau-nés exposés en période périnatale) en 2005 à 3 (1,3 %) en 2011. Cette réduction s'explique en grande partie par le test généralisé de dépistage volontaire du VIH chez les femmes enceintes et l'administration subséquente de médicaments antirétroviraux; par exemple, en 2011, 93 % des femmes enceintes dont la séropositivité était connue ont reçu un traitement antirétroviral pendant la grossesse. (6)

Les nouveau-nés noirs et autochtones sont représentés de façon disproportionnée dans les infections confirmées au VIH parmi les enfants au Canada. Les nouveau-nés noirs représentaient 48,3 % (1 723 sur 3 567) de tous les nouveau-nés exposés au VIH en période périnatale entre 1984 et 2011 des cas rapportés, bien que la population noire ne compose que 2,5 % de la population canadienne. (10) Pendant la même période, les nouveau-nés autochtones représentaient 16,8 % de tous les nouveau-nés exposés au VIH en période périnatale des cas rapportés, alors que les Autochtones ne composent que 3,8 % de la population canadienne. (5;6;11)

FIGURE 10 : Nombre rapporté de nouveau-nés exposés au VIH en période périnatale, traitement antirétroviral suivi par la mère et nombre de nouveau-nés atteints d'une infection confirmée au VIH, au Canada, de 2004 à 2011 (n = 1 685)



Référence : Agence de la santé publique du Canada, données internes, 2012.

2.7.2 HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC D'AUTRES HOMMES ET UTILISANT DES DROGUES INJECTABLES

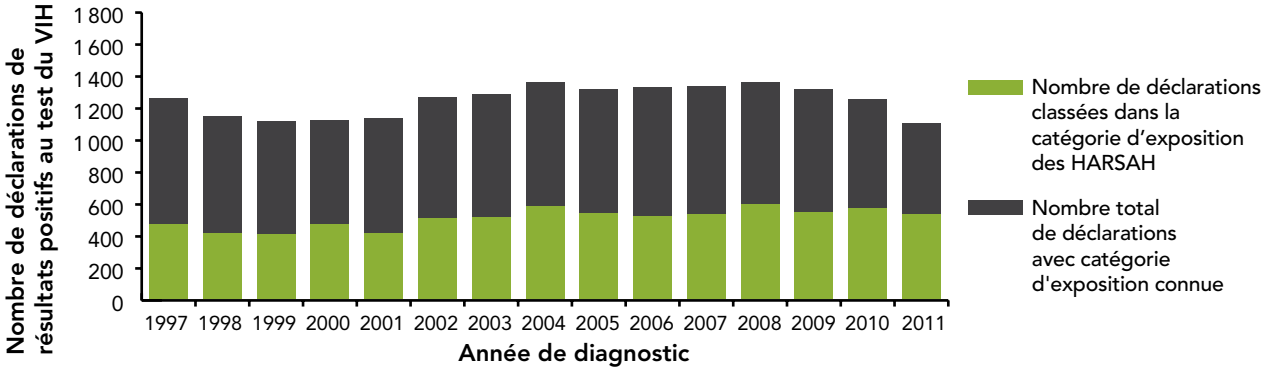
On estime que la catégorie d'exposition des HARSAH et utilisant des drogues injectables représentait 3 % des infections prévalentes au Canada en 2011, soit 2 160 cas (allant de 1 520 à 2 800). (5) Cette catégorie a depuis toujours représenté un nombre relativement petit des résultats positifs au test du VIH déclarés chaque année dans le cadre de la surveillance de routine. Chez les adultes, la catégorie d'exposition des HARSAH et utilisant des drogues injectables représentait 876 (2,4 %) des déclarations de résultats positifs au test du VIH entre 1985 et 2011. En 2011 seulement, 23 déclarations de résultats positifs ont été classées dans cette catégorie d'exposition et représentaient 2,1 % des cas déclarés parmi tous les adultes et 2,6 % des cas déclarés parmi les hommes adultes lors de cette année. (6)

2.7.3 HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC D'AUTRES HOMMES (HARSAH)

Les HARSAH étaient et sont toujours la catégorie d'exposition la plus importante au Canada rapportée. On estime que la catégorie d'exposition des HARSAH représentait 46,7 % des infections prévalentes, soit 33 330 cas (allant de 28 160 à 38 500), au Canada en 2011. (5) Selon les données de surveillance de routine, la catégorie HARSAH représentait 48,1 % de toutes les déclarations de résultats positifs chez les adultes (≥ 15 ans) en 2011, une proportion qui est restée relativement stable au cours des dix dernières années (figure 11). Cumulativement, de 1985 à 2011, 54,7 % des déclarations de résultats positifs au test du VIH chez des adultes ont été classées dans la catégorie des HARSAH. (6)

Outre les données de surveillance de routine, des données provenant d'un système de surveillance améliorée appelé M-Track sont également disponibles. L'enquête M-Track assure le suivi du VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang ainsi que des comportements à risque apparentés chez les HARSAH, dans des sites sentinelles dans tout le Canada. La phase 1 de l'enquête M-Track a été menée entre 2005 et 2007 auprès de plus de 4 800 hommes dans cinq sites (Montréal, Ottawa, Toronto, Winnipeg et Victoria). La phase 2 a été menée auprès de plus de 3 000 hommes dans deux sites entre 2008 et 2010. Parmi les hommes interrogés pendant la phase 1 de l'enquête M-Track, 86 % avaient déjà subi au moins un test de dépistage du VIH. Parmi les participants à l'enquête M-Track qui ont fourni un échantillon biologique d'une taille suffisante pour être testé en laboratoire, la prévalence générale du VIH s'élevait

FIGURE 11 : Nombre total de déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les adultes (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition, par rapport à la catégorie des HARSAH, de 1997 à 2011 (n = 18 768)



Remarque : La figure exclut les cas pour lesquels la catégorie d'exposition était inconnue.

Référence : Agence de la santé publique du Canada, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections. Données internes, 2012.

à 15,1 %, allant d'un minimum de 11,1 % à Ottawa jusqu'à un maximum de 23,1 % à Toronto (figure 12). Un peu plus de 80 % des hommes séropositifs connaissaient leur état sérologique; cette proportion allait d'un minimum de 76,8 % à Montréal à un maximum de 87,5 % à Victoria. Inversement, 19 % ne savaient pas qu'ils étaient séropositifs. (12)

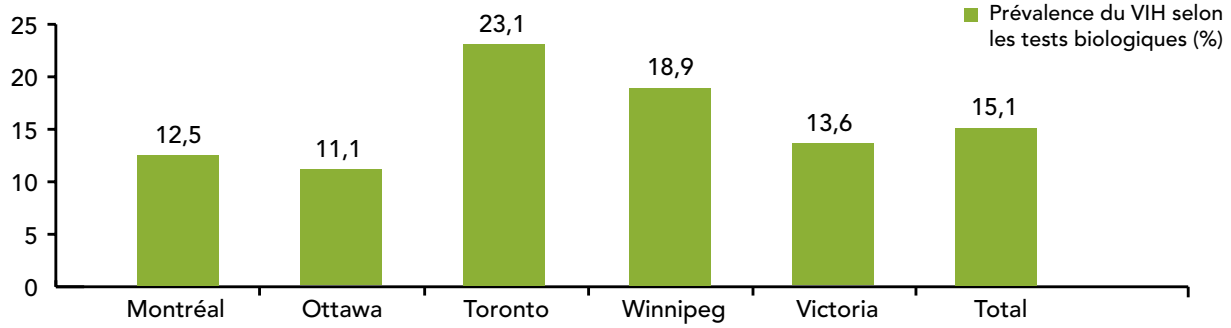
2.7.4 UTILISATION DE DROGUES INJECTABLES

Les utilisateurs de drogues injectables représentaient environ 16,9 % des infections prévalentes, soit 12 040 cas (allant de 9 580 à 14 500), au Canada en 2011. (5) Au cours de la dernière décennie, l'utilisation de drogues injectables était la troisième catégorie la plus fréquemment déclarée parmi les adultes (après les HARSAH et le contact hétérosexuel). Les données de surveillance de routine indiquent que la catégorie d'exposition par utilisation de drogues injectables représente 18,1 % des déclarations cumulatives de résultats positifs au test du VIH pendant la période allant de 1985 à 2011 (figure 13). (6)

Dans cette catégorie, parmi les adultes, la majorité (64,2 %) des résultats positifs au test du VIH en 2011 (pour lesquels l'âge et la catégorie d'exposition étaient disponibles) était attribuée aux personnes âgées de 30 à 49 ans. (6)

Au cours de la dernière décennie, les données de surveillance ont démontré une tendance à la baisse dans la proportion de résultats positifs au test du VIH classés dans la catégorie d'exposition par utilisation de drogues injectables parmi les hommes adultes, alors que la proportion parmi les femmes adultes a dans l'ensemble augmenté et est beaucoup plus stable (figure 14). Les données de surveillance

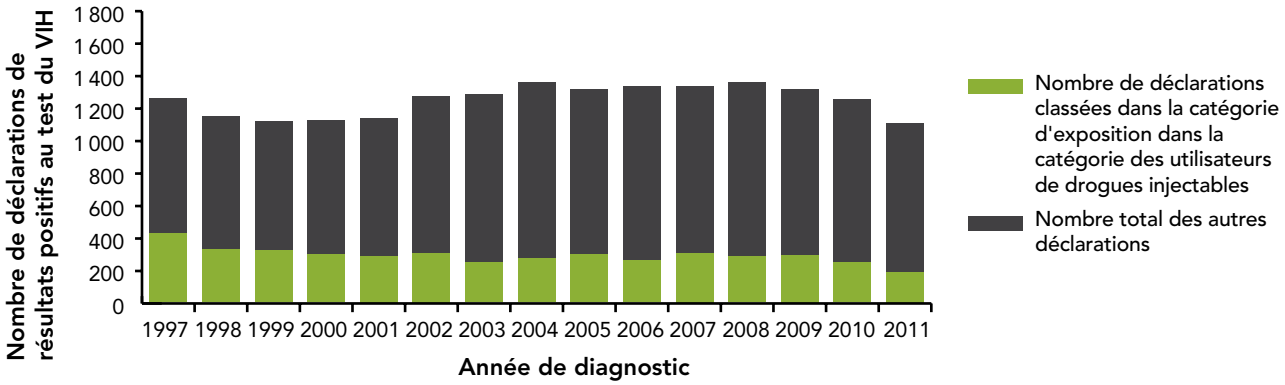
FIGURE 12 : Prévalence (%) du VIH chez les HARSAH qui ont participé à la phase 1 de l'enquête M-Track, de 2005 à 2007 (n = 3 309*)



*Sur les 4 793 hommes qui ont rempli un questionnaire pendant la phase 1 de l'enquête M-Track, 3 309 ont fourni un échantillon de sang séché de taille suffisante pour effectuer un test de dépistage du VIH.

Référence : Agence de la santé publique du Canada. M-Track : Surveillance améliorée de l'infection au VIH, des infections transmissibles sexuellement et par le sang et des comportements à risque associés chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes au Canada. Rapport sur la phase 1. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2011.

FIGURE 13 : Nombre total de déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les adultes (≥ 15 ans), toutes catégories d'exposition confondues, et attribué à la catégorie d'utilisation de drogues injectables, de 1997 à 2011 (n = 18 768)



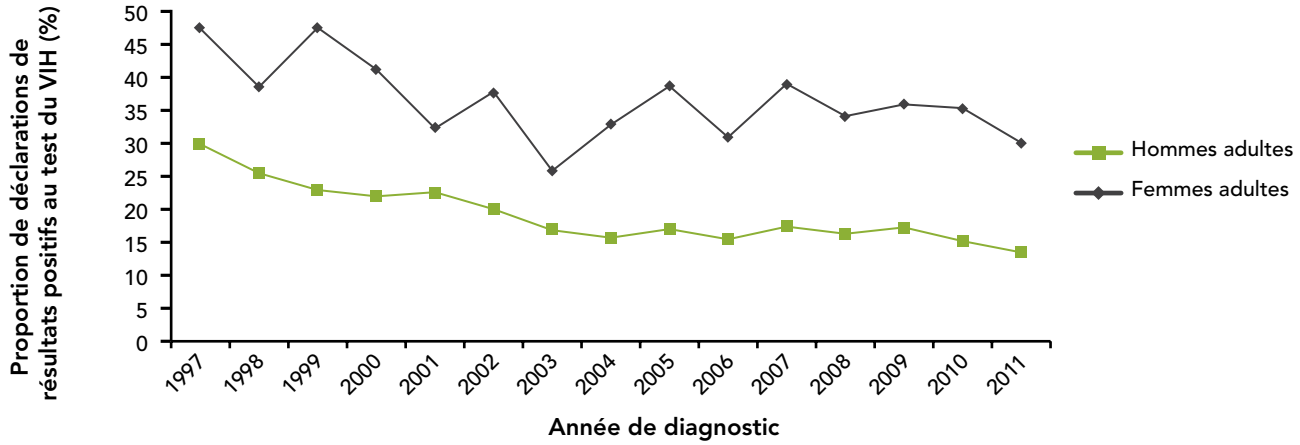
Remarque : La figure exclut les déclarations pour lesquelles la catégorie d'exposition ou l'âge étaient inconnus.

Référence : Agence de la santé publique du Canada, données internes, 2012.

ont révélé que les utilisateurs de drogues par injection ont joué un rôle plus important dans les déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les femmes adultes que chez les hommes adultes. Comme le montre la figure 14, la proportion de déclarations de résultats au test du VIH attribuée aux utilisateurs de drogues par injection chez les hommes adultes a diminué de façon assez constante, soit de 29,9 % en 1997 à 13,5 % en 2011. Par contre, cette catégorie d'exposition a fluctué au fil du temps chez les femmes adultes, passant de la proportion la plus élevée de 47,5 % en 1999 à la proportion la plus faible de 25,8 % en 2003.

Les résultats de l'enquête I-Track, un système national de surveillance améliorée qui effectue le suivi des comportements à risque liés au VIH et au virus de l'hépatite C (VHC) parmi les utilisateurs de drogues injectables, indiquent que la prévalence du VIH varie au Canada. La proportion globale des participants à la phase 2 de l'enquête I-Track (de 2005 à 2008), qui ont fourni un échantillon biologique dont la taille était suffisante pour effectuer des analyses et dont le test au VIH a donné des résultats positifs, s'élevait à 13,2 % : on a observé une proportion de 11,4 % chez les femmes et de 14,1 % chez les hommes. La prévalence du VIH variait d'un site sentinelle à l'autre, allant de 2,5 % à Kingston et 3,2 % à Toronto à 17,3 % à Prince George et 19,9 % dans le réseau SurvUDI, qui comprend Ottawa et diverses villes dans la province de Québec (figure 15). Parmi les personnes dont le test au VIH était positif selon les résultats de laboratoire, 20,9 % ne savaient pas qu'elles étaient séropositives. (14)

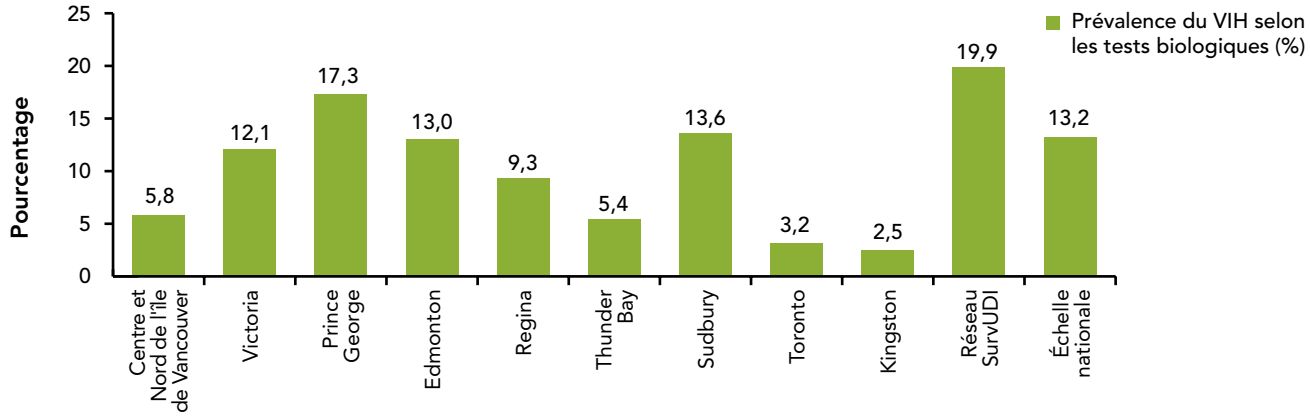
FIGURE 14 : Proportion de déclarations de résultats positifs au test du VIH parmi les adultes (≥ 15 ans) classées dans la catégorie d'exposition par utilisation de drogues injectables, femmes et hommes, de 1997 à 2011 (n = 4 328)



Remarque : La figure exclut les cas pour lesquels la catégorie d'exposition et le sexe étaient inconnus.

Référence : Agence de la santé publique du Canada, données internes, 2012.

FIGURE 15 : Prévalence (%) du VIH parmi les participants à la phase 2 de l'enquête I-Track qui utilisaient des drogues injectables, de 2005 à 2008 (n = 2 970)



Référence : Agence de la santé publique du Canada. Données non publiées de l'enquête I-Track : Surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables. Phase 2 (2005-2008). Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2012.

2.7.5 RECEVEURS DE SANG OU DE PRODUITS SANGUINS

De 1985 à 1995, un nombre cumulatif de 815 déclarations de résultats positifs au test du VIH ont été classées dans la catégorie d'exposition des receveurs de sang ou de produits sanguins (p. ex. facteur de coagulation). Bon nombre des personnes affectées étaient hémophiles. En novembre 1985, lorsqu'il est devenu évident que le VIH pouvait être transmis par don de sang et par transfusion, le dépistage du VIH dans les produits sanguins a été institué.

À partir de 1995, le nombre annuel de déclarations de résultats positifs au test du VIH attribuées à la catégorie d'exposition par le sang ou les produits sanguins a grandement diminué. Depuis 2000, entre 6 et 16 cas de VIH classés dans cette catégorie ont été déclarés chaque année. (6) Étant donné les procédures en place pour le dépistage du VIH dans le sang et les produits sanguins, on suppose que ces personnes ont reçu des produits sanguins au Canada avant 1985 ou qu'elles ont reçu des produits sanguins dans d'autres pays où les pratiques de dépistage du sang peuvent être différentes.

2.7.6 CONTACT HÉTÉROSEXUEL

Les données de surveillance définissent trois sous-catégories de transmission par contact hétérosexuel : contact hétérosexuel avec une personne originaire d'un pays où le VIH est endémique (hétérosexuel – endémique),[8] contact hétérosexuel avec une personne à risque (hétérosexuel – à risque) et contact hétérosexuel avec une personne sans aucun risque signalé (ARS-HET).

On estime que la catégorie d'exposition par contact hétérosexuel représentait 32,5 % des infections prévalentes, soit 23 170 cas (allant de 19 040 à 27 300), au Canada à la fin de l'année 2011. On estime que 17,6 % des infections prévalentes totales étaient classées dans la sous-catégorie d'exposition par contact hétérosexuel avec une personne originaire d'un pays où le VIH n'est pas endémique (y compris les sous-catégories d'exposition par contact hétérosexuel avec une personne à risque et par contact hétérosexuel avec une personne sans aucun risque signalé) et que 14,9 % des infections prévalentes totales étaient classées dans la sous-catégorie d'exposition par contact hétérosexuel avec une personne originaire d'un pays où le VIH est endémique. (5)

Les données de surveillance de routine indiquent qu'en 2001, la catégorie d'exposition par contact hétérosexuel a dépassé la catégorie d'exposition par utilisation de drogues injectables, devenant la deuxième catégorie d'exposition la plus déclarée chez les adultes (après les HARSAH), et que cette catégorie représente depuis lors environ un tiers des déclarations de résultats positifs au test du VIH reçues chaque année. (6)

Les déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les adultes indiquent que, de 1997 à 2011, 29,5 % des cas (5 543) étaient classés dans la catégorie d'exposition combinée par contact hétérosexuel. Parmi ces cas, 13,8 % (2 597) des déclarations étaient classées dans la sous-catégorie d'exposition par contact hétérosexuel avec une personne sans aucun risque signalé, 9,5 % (1 789) dans la sous-catégorie d'exposition par contact hétérosexuel avec une personne à risque, et 6,2 % (1 157) dans la sous-catégorie d'exposition par contact hétérosexuel avec une personne originaire d'un pays où le VIH est endémique (voir la figure 16). (6) Ces sous-catégories sont étudiées plus en détail dans les sections suivantes.

a) Contact hétérosexuel : analyse par sexe biologique

Dans la catégorie d'exposition par contact hétérosexuel, le nombre de déclarations de résultats positifs au test du VIH attribué aux hommes adultes et aux femmes adultes est assez semblable. (Voir la figure 17.)

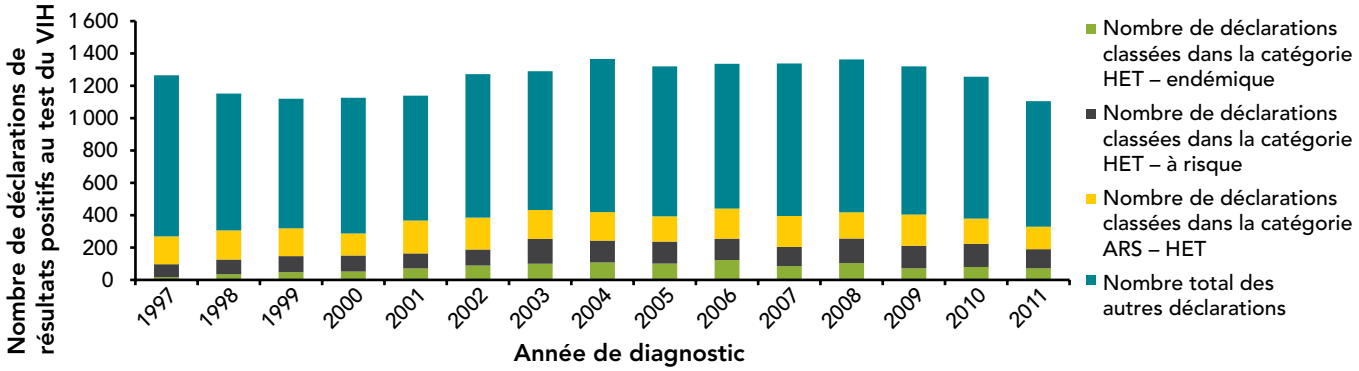
Alors que les proportions de déclarations de résultats positifs au test du VIH parmi les adultes classées dans la sous-catégorie par contact hétérosexuel avec une personne à risque est similaire pour les femmes et les hommes (respectivement 34,3 % et 30,6 %), chez les femmes, une plus grande proportion de cas ont été classés dans la sous-catégorie par contact hétérosexuel avec une personne originaire d'un pays où le VIH est endémique, soit 24,5 % de tous les cas chez les femmes entre 1997 et 2011, par rapport à une proportion de 17,7 % de tous les cas chez les hommes (voir la figure 18).

b) Contact hétérosexuel : analyse par tranche d'âge

L'examen des déclarations de cas de VIH réparties selon l'âge révèle une tendance différente dans la sous-catégorie d'exposition par contact hétérosexuel avec une personne originaire d'un pays où le VIH est endémique par rapport aux autres sous-catégories d'exposition par contact hétérosexuel. De 1997 à 2011, 74,7 % des déclarations de résultats positifs au test du VIH (adultes uniquement)

[8] Tel que mentionné précédemment, la plupart de ces pays se trouvent en Afrique subsaharienne et dans les Caraïbes.

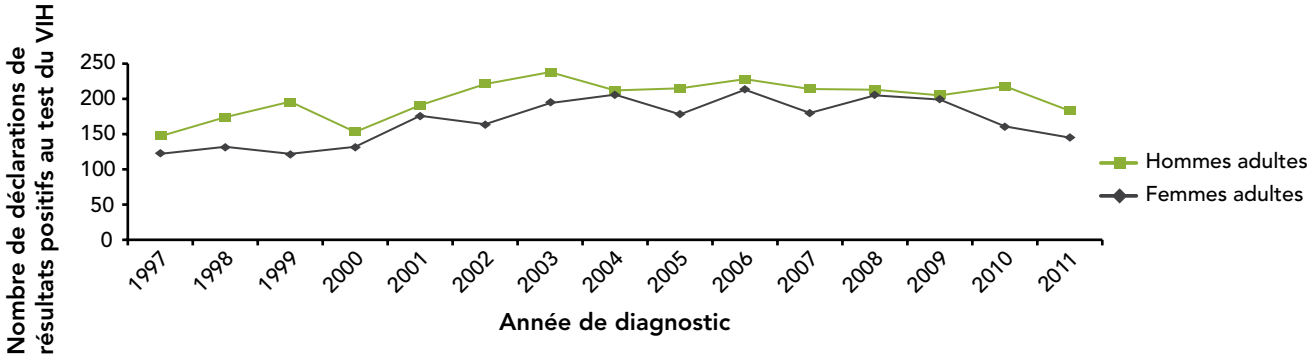
FIGURE 16 : Nombre total de déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les adultes (≥ 15 ans), toutes catégories d'exposition confondues, et attribué à la catégorie d'exposition par contact hétérosexuel, de 1997 à 2011 (n = 18 768)



Remarque : La figure exclut les cas pour lesquels la catégorie d'exposition était inconnue.

Référence : Agence de la santé publique du Canada, données internes de 2012.

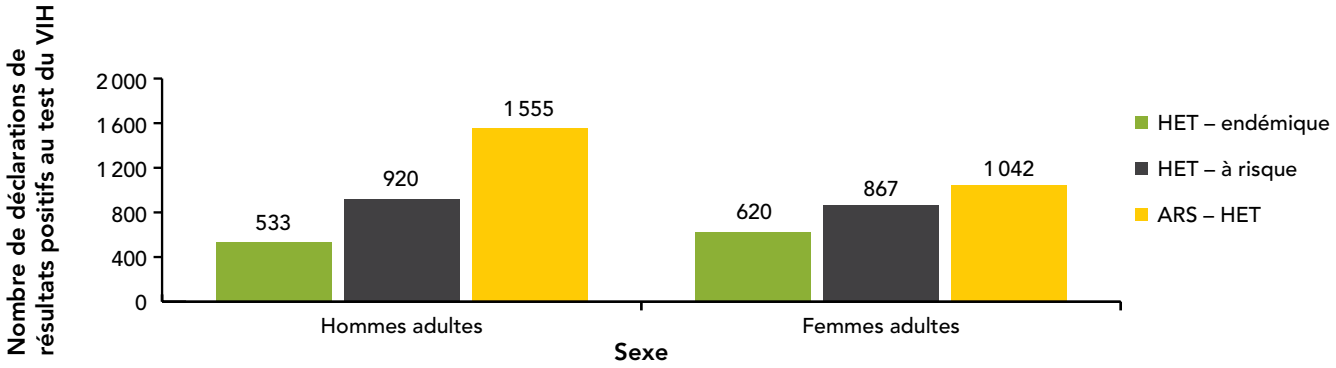
FIGURE 17 : Nombre de déclarations de résultats positifs au test du VIH parmi les adultes (≥ 15 ans) classées dans la catégorie d'exposition par contact hétérosexuel, par sexe, de 1997 à 2011 (n = 5 537)



Remarque : La figure exclut les cas pour lesquels la catégorie d'exposition, le sexe et l'âge étaient inconnus.

Référence : Agence de la santé publique du Canada, données internes, 2012.

FIGURE 18 : Nombre total de déclarations de résultats positifs au test du VIH parmi les adultes (≥ 15 ans) classées dans la sous-catégorie d'exposition par contact hétérosexuel, par sexe, de 1997 à 2011 (n = 5 537)



Remarque : La figure exclut les cas pour lesquels le sexe est inconnu.

Référence : Agence de la santé publique du Canada, données internes, 2012.

classées dans la catégorie d'exposition par contact hétérosexuel avec une personne originaire d'un pays où le VIH est endémique concernaient des personnes âgées de 15 à 39 ans. Cette proportion est significativement plus élevée que la proportion de déclarations classées dans la sous-catégorie d'exposition par contact hétérosexuel avec une personne à risque et dans la sous-catégorie d'exposition par contact hétérosexuel avec une personne sans aucun risque signalé (respectivement de 63,4 % et de 59,1 %) pour la même tranche d'âge. Ces données laissent entendre que les cas de VIH classés dans la sous-catégorie d'exposition par contact hétérosexuel avec une personne originaire d'un pays où le VIH est endémique ont tendance à être diagnostiqués à un plus jeune âge. (6)

c) Contact hétérosexuel : personne originaire d'un pays où le VIH est endémique

On a remarqué des taux d'infection disproportionnés parmi les personnes qui vivent au Canada, et qui sont nées dans un pays où le VIH est endémique. Ce groupe représente environ 2,2 % de la population canadienne; (15) cependant, selon les estimations de 2011 relatives au VIH, il représentait environ 16,9 % des nouvelles infections et 14,9 % des infections prévalentes à la fin de l'année 2011. Par conséquent, pour 2011, le taux estimé de nouvelles infections parmi les personnes originaires d'un pays où le VIH est endémique est environ neuf fois plus élevé que parmi les autres Canadiens. (5)

Bien que le Canada effectue un test de dépistage du VIH pendant l'examen médical pour l'immigration, un diagnostic de séropositivité n'empêche pas automatiquement l'entrée au Canada. Les résultats positifs au test du VIH obtenus dans le cadre des examens médicaux pour l'immigration effectués au Canada sont déclarés aux provinces et aux territoires et transmis à l'échelle nationale, comme le sont toutes les autres déclarations de résultats positifs au test du VIH. Par conséquent, les données présentées dans les rapports de surveillance sous la catégorie d'exposition par contact hétérosexuel avec une personne originaire d'un pays où le VIH est endémique comprennent une combinaison de déclarations de résultats de tests médicaux de routine (c'est-à-dire prénatals), d'examens médicaux pour l'immigration et d'autres sources. En raison du système de déclaration, il n'est pas toujours possible de déterminer si les infections classées dans la sous-catégorie d'exposition par contact hétérosexuel avec une personne originaire d'un pays où le VIH est endémique sont effectivement survenues dans un autre pays avant l'arrivée du nouveau venu au Canada, ou si l'infection s'est produite après son arrivée.

Dans l'ensemble, de 1997 à 2011, les femmes représentaient 23,4 % des déclarations de résultats positifs de tous les tests du VIH chez les adultes au Canada pour lesquelles le sexe était connu. Cependant, dans la sous-catégorie d'exposition par contact avec une personne originaire d'un pays où le VIH est endémique, la proportion est assez différente : les femmes adultes représentent 53,8 % des déclarations de résultats positifs au test du VIH reçues pendant cette période. (6) Il s'agit de la seule catégorie d'exposition ou sous-catégorie dont la proportion de cas est plus élevée chez les femmes adultes que chez les hommes adultes.

d) Contact hétérosexuel : contact sexuel avec une personne à risque

Les hommes et les femmes adultes peuvent indiquer un partenaire sexuel séropositif ou adoptant des comportements associés à un risque élevé de transmission du VIH, tel que l'utilisation de drogues injectables, comme voie de transmission la plus probable. Un tel facteur de risque est classifié dans la sous-catégorie de contact sexuel avec une personne à risque. Cumulativement, de 1985 à 2011, 6,9 % de l'ensemble des cas de VIH chez les adultes ont été classés dans la sous-catégorie d'exposition par contact hétérosexuel avec une personne à risque. (6) Au cours de la même période, le nombre absolu de cas de VIH dans la catégorie d'exposition par contact hétérosexuel avec une personne à risque rapportés chez les hommes est très semblable à celui des femmes (1 270 et 1 285, respectivement); toutefois, proportionnellement, cette catégorie joue un rôle plus important dans les déclarations de nouveaux cas chez les femmes. Par exemple, lorsqu'on connaît la catégorie d'exposition et le sexe, la catégorie d'exposition par contact hétérosexuel avec une personne à risque représente 21 % de toutes les déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les femmes adultes, en comparaison à 4,1 % chez les hommes adultes.

e) Contact hétérosexuel : contact sexuel avec une personne sans aucun risque signalé

Cette catégorie comprend des personnes dont le seul facteur de risque est le contact hétérosexuel et pour lesquelles on ne sait rien au sujet des facteurs de risque liés au VIH associés aux partenaires sexuels, au pays d'origine, à l'utilisation de drogues injectables, etc. Au sein de la catégorie d'exposition par contact hétérosexuel, la sous-catégorie d'exposition par contact hétérosexuel avec une personne sans aucun risque signalé et la sous-catégorie d'exposition par contact hétérosexuel avec une personne à risque représentaient le nombre le plus élevé de déclarations de cas de VIH parmi les femmes adultes. Cumulativement, de 1985 à 2011, 9,0 % des cas de VIH

chez les adultes ont été classés dans la sous-catégorie d'exposition par contact hétérosexuel avec une personne sans aucun risque signalé. Au sein de la catégorie d'exposition par contact hétérosexuel, cette sous-catégorie représente 45,8 % des cas cumulatifs de VIH parmi les adultes. (6)

2.8 RACE OU ORIGINE ETHNIQUE ET VIH

La collecte de données sur la race ou l'origine ethnique présente plusieurs difficultés au Canada. Les catégories sont limitées, elles diffèrent d'une province à l'autre, certaines provinces n'envoient pas les données à l'Agence et, même lorsqu'elles le font, les renseignements ne sont pas toujours exhaustifs. Néanmoins, les données de surveillance disponibles et les études ciblées menées auprès de populations vulnérables laissent entendre que la répartition des catégories d'exposition varie d'une race ou d'un groupe ethnique à l'autre. Chez les adultes, la proportion la plus élevée des déclarations de résultats positifs au test du VIH classées dans la catégorie d'exposition par contact hétérosexuel (89,7 %) se situe chez les personnes qui s'identifient comme étant Noires, alors que la proportion la plus élevée de déclarations de résultats positifs au test du VIH classées dans la catégorie d'exposition par utilisation de drogues injectables (60,1 %) se situe chez les Autochtones. (6)

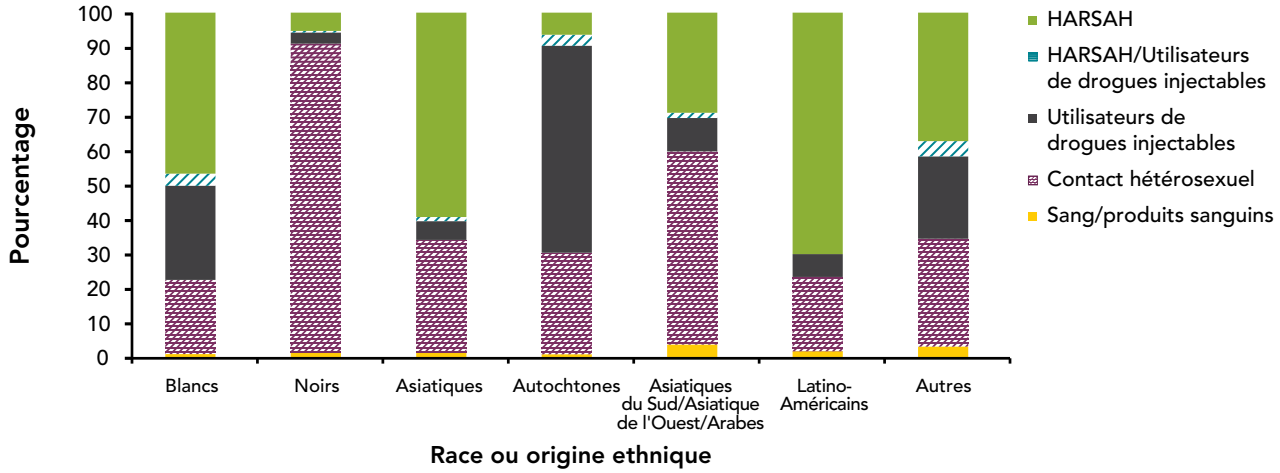
2.8.1 AUTOCHTONES

Les Autochtones sont affectés par le VIH de manière disproportionnée. Étant donné les difficultés liées à la collecte de données sur la race ou l'origine ethnique, les estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH donnent une idée plus précise du fardeau de l'infection au VIH qui pèse sur la population autochtone que la surveillance des déclarations de résultats positifs au test du VIH. Même si les Autochtones ne composaient que 3,8 % de la population canadienne générale en 2006 (11), cette population représentait un estimé d'environ 12,2 % des nouvelles infections en 2011 et 8,9 % de toutes les nouvelles infections prévalentes à la fin de cette même année. Par conséquent, pour 2011, le taux estimé de nouvelles infections parmi la population autochtone canadienne est environ 3,5 fois plus élevé que parmi la population non autochtone. (5) Les données de surveillance de routine indiquent que 89,6 % des déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les adultes autochtones sont classées dans les catégories d'exposition par utilisation de drogues injectables ou par contact hétérosexuel (voir la figure 19). (6)

2.8.2 POPULATION NOIRE

La sous-catégorie d'exposition par contact hétérosexuel avec une personne originaire d'un pays où le VIH est endémique ne correspond pas à une race ou à une origine ethnique particulière; cependant, la population noire d'origine africaine et caribéenne représente une large proportion des

FIGURE 19 : Proportion des déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les adultes (≥ 15 ans) selon la race ou l'origine ethnique et par catégorie d'exposition, de 1998 à 2011 (n = 9 964)



Remarque : La figure exclut les cas dont la race ou l'origine ethnique est inconnue.

Référence : Agence de la santé publique du Canada, données internes, 2012.

déclarations de résultats positifs au test du VIH dans cette catégorie d'exposition. Parmi les 71 pays où le VIH a été déclaré endémique, 65 se trouvent en Afrique et dans les Caraïbes. Les données de surveillance de routine indiquent que la population noire adulte représente 93,8 % des déclarations de résultats positifs au test du VIH classées dans la sous-catégorie d'exposition par contact hétérosexuel avec une personne originaire d'un pays où le VIH est endémique. (6)

2.9 POPULATION INCARCÉRÉE

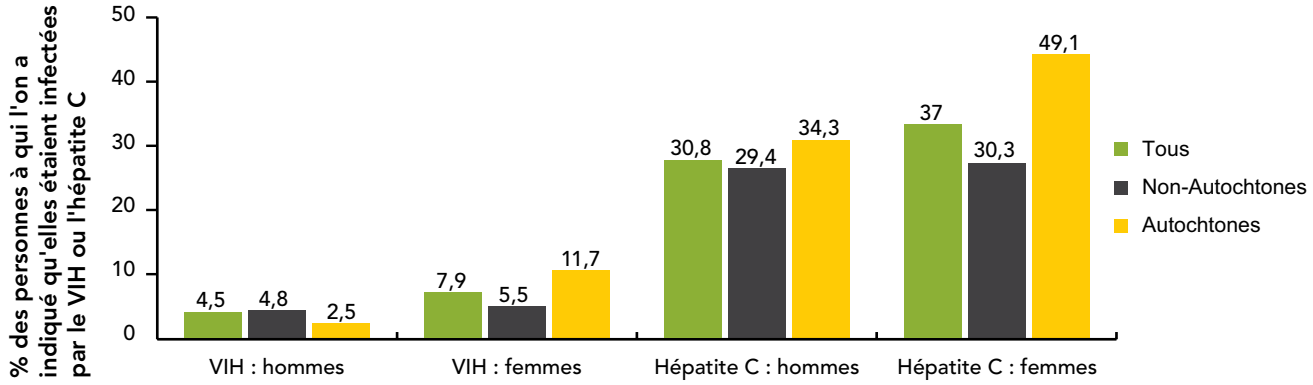
Les données de surveillance fournies par le Service correctionnel du Canada (SCC) indiquent qu'en 2006, 52,1 % de toutes les nouvelles personnes incarcérées admises dans les établissements correctionnels fédéraux avaient passé un test de dépistage du VIH. En fonction de l'échantillon des personnes ayant subi un test, la prévalence du VIH à la fin de l'année correspondait à 1,6 % de la population carcérale sous responsabilité fédérale. La prévalence à la fin de l'année n'était pas la même chez les femmes (4,5 %) et chez les hommes (1,5 %). En 2006, on estimait la population carcérale vivant avec le VIH à 375 personnes. (16)

Le SCC signale que la majorité des personnes dont les résultats au test du VIH étaient positifs au moment de l'admission dans une prison fédérale connaissaient déjà leur séropositivité. Sur les 162 cas de personnes reconnues séropositives au moment de l'admission en 2006, seuls sept étaient nouvellement diagnostiqués, alors que les 155 cas de séropositivité restants avaient déjà été diagnostiqués. La population carcérale est issue de la population générale et s'y réintègre. En 2006, dans l'ensemble du pays, 193 personnes dont la séropositivité était connue sont sorties d'établissements correctionnels fédéraux pour réintégrer la collectivité. (16)

En 2007, le SCC a mené une enquête au sein de la population carcérale, intitulée *Sondage national auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque.* Les personnes interrogées devaient divulguer leur état sérologique quant au VIH et au VHC. Parmi les personnes qui avaient déjà subi un test de dépistage du VIH (y compris celles qui ont subi un test de dépistage avant l'admission, au moment de l'admission ou après l'admission), 4,6 % ont déclaré être séropositives. Les proportions variaient entre les femmes et les hommes : 7,9 % des femmes ont déclaré être séropositives, contre 4,5 % des hommes. La prévalence autodéclarée du VIH chez les femmes autochtones ayant répondu au questionnaire (11,7 %) était plus que deux fois supérieure à la prévalence chez les autres femmes (5,5 %). (17) Les différences de méthodologie entre les données de surveillance et les données de recherche empêchent les comparaisons directes entre les résultats du *Sondage national auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque* et les données de surveillance du SCC.

Outre les données recueillies par le SCC, des études sont en cours pour examiner la prévalence du VIH et du VHC ainsi que des facteurs de risque apparentés dans les prisons provinciales et territoriales. La courte durée des peines de prison entraîne un roulement constant de la population, ce qui rend la surveillance dans ces établissements difficile. Vous trouverez ci-dessous un résumé des données disponibles et des résultats publiés pour la période allant de 2002 à 2011.

FIGURE 20 : Pourcentage des personnes incarcérées ayant déclaré un résultat positif au test du VIH ou du virus de l'hépatite C; résultats par sexe et par auto-identification autochtone



Référence : Zakaria D, Thompson JM, Jarvis A, Borgatta F. Résumé des conclusions du *Sondage national auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque* de 2007. Ottawa : Service correctionnel du Canada; 2010.

- Une étude a été menée en 2003 pour déterminer la prévalence du VIH et du VHC et examiner les facteurs de risque apparentés parmi les personnes incarcérées dans les prisons provinciales au Québec. Poulin *et al.* ont effectué un sondage dans sept prisons à l'aide d'un questionnaire auto-administré et d'échantillons de salive prélevés auprès des personnes interrogées. Parmi les 1 607 participants, la prévalence générale du VIH s'établissait à 3,4 %. Chez les femmes, la prévalence du VIH était de 8,8 %, une valeur considérablement plus élevée que celle de la prévalence du VIH chez les hommes (2,4 %). Parmi les personnes interrogées qui ont obtenu des résultats positifs au test du VIH, 20 % ne connaissaient pas leur état sérologique. L'utilisation de drogues injectables était le facteur de risque le plus important associé à l'infection au VIH dans la population sondée. (18)
- L'étude *Ontario Remand Study* a été menée entre 2003 et 2004 dans 13 établissements ontariens de détention provisoire. Elle était composée d'un sondage transversal volontaire anonyme et de l'obtention d'échantillons de salive destinés à un test de dépistage. Cette étude comprenait 1 528 personnes interrogées et a signalé une prévalence pondérée du VIH de 2,0 % parmi les adultes de la population carcérale de l'Ontario. Cette étude a établi que la prévalence du VIH chez les hommes était plus élevée que chez les femmes (2,1 % par rapport à 1,8 %), et que la prévalence de l'infection au VIH était moins élevée chez les Autochtones (0,0 %) que chez les autres personnes ayant répondu au sondage (2,2 %). L'étude *Ontario Remand Study* a déterminé que les antécédents d'utilisation de drogues injectables sont le comportement à risque le plus fortement associé à l'infection au VIH. (19)
- Une récente étude sur la prévalence des infections transmissibles sexuellement et par le sang, menée auprès d'un échantillon aléatoire de 374 personnes dans les prisons provinciales du Manitoba, a permis d'établir que 0,8 % de ces personnes ont obtenu des résultats positifs au test du VIH. La prévalence du VIH parmi les femmes était plus de trois fois supérieure à la prévalence chez les hommes; 1,9 % des femmes ayant obtenu des résultats positifs au test du VIH, contre 0,6 % des hommes. (20)
- Un sondage auto-administré auprès de 104 femmes détenues au Centre correctionnel pour femmes de Burnaby, en Colombie-Britannique, a conclu que 8 % des personnes interrogées vivaient avec le VIH, selon leurs propres dires. (21)

Les infections déclarées pourraient sous-estimer le fardeau de la maladie au sein des établissements correctionnels, car les personnes infectées par le VIH ne subissent pas toutes un test de dépistage ou ne se déclarent pas infectées, en partie par crainte de la discrimination. Dans le *Sondage national auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque*, 67 % des PVVIH dans les prisons fédérales ont signalé des préoccupations liées à la discrimination. (17)

2.10 CO-INFECTION PAR DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT OU PAR LE SANG

Pour les PVVIH, avoir une autre infection, telle que le VHC ou une infection transmissible sexuellement, peut avoir des répercussions complexes sur les soins. Les données nationales disponibles sur les co-infections par d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang sont limitées. Les systèmes de surveillance améliorée fournissent certains renseignements au sujet de la co-séropositivité avec le VHC et la syphilis parmi des populations vulnérables précises. Le terme « co-séropositivité » est ici utilisé plutôt que « co-infection », parce que le test de laboratoire utilisé en surveillance améliorée ne détecte que la prévalence au cours de la vie et ne fait aucune distinction entre les infections passées et les infections actuelles (c'est-à-dire qu'il ne détecte que les anticorps). Parmi les participants à la phase 1 de l'enquête M-Track (de 2005 à 2007) qui ont fourni un échantillon biologique d'une taille suffisante pour dépister le VIH et la syphilis ainsi que pour dépister le VIH et le VHC, 2,9 % étaient séropositifs au VIH et à la syphilis et 2,2 % étaient séropositifs au VIH et au VHC. (12) Parmi les utilisateurs de drogues injectables qui ont participé à la phase 2 de l'enquête I-Track (de 2005 à 2008), la co-séropositivité confirmée en laboratoire au VIH et au VHC était de 11,6 % (14)

2.11 PHARMACORÉSISTANCE

L'évolution des traitements antirétroviraux a amélioré la prise en charge du VIH et réduit les taux de morbidité et de mortalité pour de nombreuses PVVIH au Canada. Malgré des schémas thérapeutiques simplifiés et très efficaces, on craint que l'utilisation généralisée des

médicaments antirétroviraux augmente la transmission des souches de VIH pharmacorésistantes. Le Programme canadien de surveillance des souches et de la résistance aux médicaments effectue le suivi de la pharmacorésistance du VIH transmise chez les personnes recevant un nouveau diagnostic d'infection au VIH et n'ayant jamais été traitées au Canada.

Parmi les 4 521 échantillons de dépistage du VIH prélevés de 1999 à 2008 par le Programme canadien de surveillance des souches et de la résistance aux médicaments, la prévalence globale de la résistance à au moins un médicament antirétroviral chez les PVVIH ayant reçu leur diagnostic récemment et n'ayant jamais reçu de traitement antirétroviral s'élevait à 9,8 %. La proportion de résistance à une ou plusieurs classes de médicaments antirétroviraux était de 1,0 %. Les données disponibles laissent entendre que ces estimations sont semblables à celles qui ont été observées dans d'autres pays industrialisés où des traitements antirétroviraux très actifs sont administrés. L'infection aux souches de VIH pharmacorésistantes reflète probablement la transmission du VIH à partir de personnes ayant déjà reçu le diagnostic de VIH et recevant déjà des soins. Il se peut que les personnes infectées par des souches du VIH pharmacorésistantes n'aient que des options de traitement limitées et qu'elles courent un risque plus important d'échec du traitement médical. Du point de vue de la santé publique, la transmission de la pharmacorésistance du VIH complique la prévention et le contrôle du VIH et pourrait entraîner une augmentation du coût des soins de santé. (22)

2.12 DÉCLARATION DU SIDA

Au Canada, les médecins sont tenus de déclarer les cas de maladies définissant le sida chez les patients ayant déjà reçu un diagnostic de VIH. Au total, 22 473 cas de sida avaient été déclarés à l'Agence en date du 31 décembre 2011, le premier cas ayant été identifié rétrospectivement en 1979. On a signalé le nombre le plus élevé de cas en 1993 alors que 1 833 déclarations de cas de sida ont été rapportées. En 2011, 189 cas de sida ont été déclarés. (6)

Pendant la période qui précédait l'utilisation généralisée des médicaments antirétroviraux, l'apparition d'une maladie définissant le sida était significative et constituait généralement un indicateur de progression sévère de la maladie se rapprochant souvent d'un décès. Cependant, en 1996, le profil de la maladie a considérablement changé avec l'introduction des médicaments antirétroviraux. Pour de nombreuses personnes, le VIH n'est plus une condamnation à mort. L'apparition d'une maladie définissant le sida est devenue moins probable, sauf dans des circonstances particulières, par exemple lorsque les médicaments ne font pas effet ou lorsque la personne vivant avec le VIH ou le sida ne reçoit pas des soins médicaux réguliers ou ne suit pas correctement le traitement. Le VIH est devenu, pour beaucoup de personnes, une maladie chronique complexe qui peut être prise en charge au fil du temps.

Au vu des changements décrits plus haut, les médecins ne continuent pas tous à déclarer les maladies définissant le sida chez les patients vivant déjà avec le VIH. En outre, bien que le sida soit encore une maladie à déclaration obligatoire à l'échelle nationale, les provinces et les territoires ne recueillent et n'envoient pas tous des données sur les cas de sida à l'Agence. Par conséquent, il est entendu que les cas de sida sont sous-déclarés à l'échelle nationale; il est ainsi difficile de se faire une idée de l'épidémie de sida au Canada. (6)

2.13 DÉCÈS DUS AU SIDA

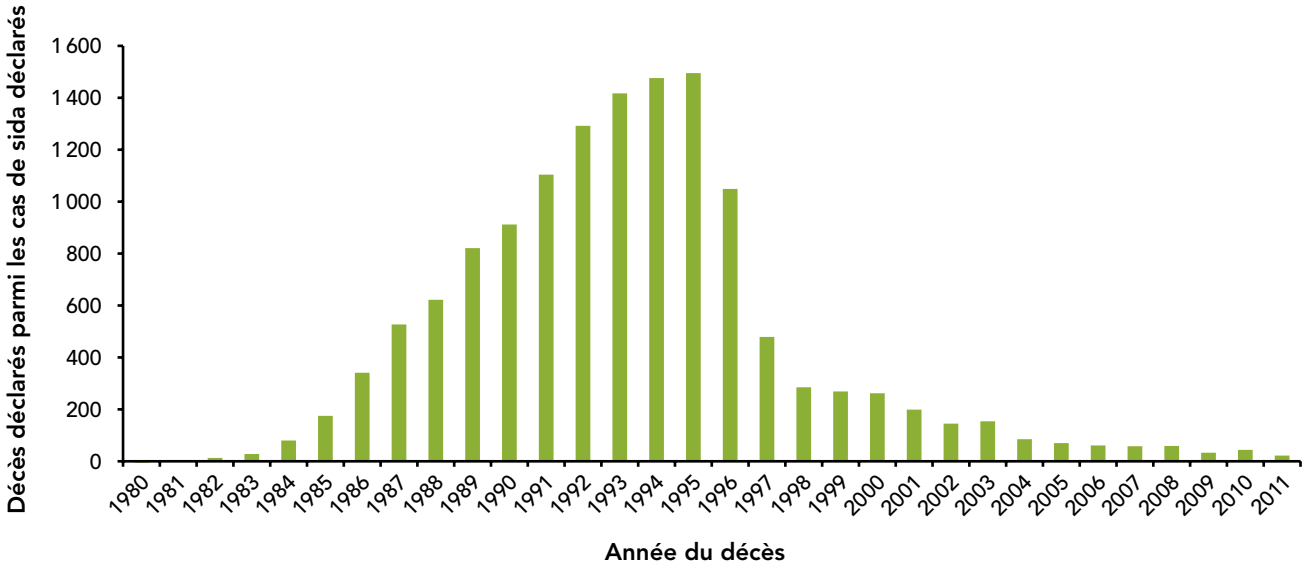
Entre 1980 et 2011, 13 584 décès dus au sida ont été déclarés au Canada. (6) La figure 21 illustre la baisse spectaculaire de la mortalité due au sida après 1996.

Il convient de noter que le nombre de décès déclarés parmi les cas de sida déclarés ne correspond pas tout à fait au nombre réel de décès parmi les personnes vivant avec le sida. Plusieurs raisons expliquent ce fait : les retards de déclaration; la déclaration de causes de décès apparentées, comme la pneumonie, au lieu du sida; la sous-déclaration des cas de sida qui fait que les décès parmi les cas non déclarés ne sont pas enregistrés; le fait que le décès ne soit pas une variable à déclaration obligatoire dans le système de surveillance du VIH et du sida; le fait que les provinces et territoires n'envoient pas tous des données sur le sida.

2.14 CONCLUSION

Malgré certaines limites en ce qui concerne la collecte et la déclaration des données, un certain nombre de déductions et de conclusions utiles peuvent être tirées des renseignements présentés dans ce chapitre. Les données de surveillance et les données épidémiologiques décrivent une population de plus en plus diverse de PVVIH au Canada, soutenant le passage à des recherches et à des programmes ciblés propres à chaque population. Le fait que de nouvelles infections continuent à survenir montre qu'il est nécessaire d'adopter une approche durable et renouvelée qui traite les besoins spécifiques des diverses populations à risque ou vivant avec le VIH, en matière de prévention, de soins, de traitement et de soutien.

FIGURE 21 : Nombre de décès déclarés parmi les cas de sida déclarés, de 1980 à 2011 (n = 13 584)



Référence : Agence de la santé publique du Canada, données internes, 2012.

2.15 RÉFÉRENCES

(1) Doherty, J, King, S. Bureau of Epidemiology LCDC. Case Report: Pneumocystis carinii pneumonia in a homosexual male – Ontario. Canada Diseases Weekly Report 1982 Mar 27;8(13):65-8.

(2) Agence de la santé publique du Canada. Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Personnes provenant de pays où le VIH est endémique – Population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2009.

(3) Agence de la santé publique du Canada. Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Autochtones. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2010.

(4) Gouvernement du Canada. Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada : Renforcer l'intervention fédérale dans la réponse du Canada au VIH/sida. Ottawa : Gouvernement du Canada; 2004.

(5) Agence de la santé publique du Canada. Résumé : Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2011. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2012.

(6) Agence de la santé publique du Canada. Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2011. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2012.

(7) Statistique Canada. Chiffres de population et des logements, Canada, provinces et territoires, recensements de 2006 et 2001 – Données intégrales. Ottawa : Statistique Canada; 2007.

(8) Santé Canada, Société canadienne du sida. Guide des termes d'usage dans l'épidémiologie et la surveillance du VIH/sida. Ottawa : Société canadienne du sida, Santé Canada; 2002.

(9) Agence de la santé publique du Canada. Actualités en épidémiologie du VIH/sida – Juillet 2010. Chapitre 7 : Transmission périnatale du VIH au Canada. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2010.

(10) Statistique Canada. Groupes de minorités visibles, chiffres de 2006, pour le Canada, les provinces et les territoires – Données-échantillon (20 %). Ottawa : Statistique Canada; 2012.

(11) Statistique Canada. Ascendance autochtone, région de résidence, groupes d'âge, sexe et certaines caractéristiques démographiques, culturelles, de la population active, de la scolarité et du revenu. Recensement de 2006. Ottawa : Statistique Canada; 2009.

(12) Agence de la santé publique du Canada. M-Track : Surveillance améliorée de l'infection à VIH, des infections transmissibles sexuellement et par le sang et des comportements à risque associés chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes au Canada. Rapport de la phase I. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2011.

(13) Agence de la santé publique du Canada. Actualités en épidémiologie du VIH/sida – Juillet 2010. Chapitre 10 : L'infection à VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues par injection au Canada. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2010.

(14) Agence de la santé publique du Canada. Données inédites de I-Track : Surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada. Phase 2 (2005-2008). Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2012.

(15) Statistique Canada. Statut d'immigrant et lieu de naissance (38), statut d'immigrant et période d'immigration (8A), groupes d'âge (8), sexe (3) et certaines caractéristiques démographiques, culturelles, de la population active, de la scolarité et du revenu (277), pour la population totale, pour le Canada, les provinces, les territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, Recensement de 2006 – Données-échantillon (20 %), Recensement de 2006. Ottawa : Statistique Canada; 2012.

(16) Service correctionnel du Canada. Surveillance des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens 2005-2006. Ottawa : Service correctionnel du Canada; 2011.

(17) Zakaria, D., Thompson, J.M., Jarvis, A., Borgatta, F. Résumé des premiers résultats du Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque. Ottawa : Service correctionnel du Canada; 2010.

(18) Poulin C, Alary M, Lambert G, Godin G, Landry S, Gagnon H, *et al.* Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Quebec provincial prisons. CMAJ 2007;177(3):252-6.

(19) Calzavara L, Ramuscak N, Burchell AN, Swantee C, Myers T, Ford P, *et al.* Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Ontario remand facilities. CMAJ 2007;177(3):257-61.

(20) Beaudoin C, Sloane M, Wood M, Larsen T, Wylie J, Dawood M, *et al.* The epidemiology of sexually transmitted infections and blood borne pathogens in a random sample of inmates in Manitoba correctional centres: Statistical report for stakeholders. Winnipeg; 2009.

(21) Martin RE, Gold F, Murphy W, Remple V, Berkowitz J, Money D. Drug use and risk of bloodborne infections: a survey of female prisoners in British Columbia. Can J Public Health 2005;96(2):97-101.

(22) Agence de la santé publique du Canada. Actualités en épidémiologie du VIH/sida – Juillet 2010. Chapitre 12 : Résistance primaire aux antirétroviraux contre le VIH au Canada. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2010.

CHAPITRE 3 – VIVRE AVEC LE VIH ET LE SIDA

Vivre avec le VIH et le sida a des répercussions importantes sur la santé et le bien-être des personnes infectées. On peut comprendre de nombreuses caractéristiques par rapport à la vie lorsqu'on est atteint du VIH en examinant les déterminants de la santé et leur incidence sur les personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH), qui sont abordés en détail dans le chapitre 4 de ce rapport. Le présent chapitre porte sur la vie lorsqu'on est atteint du VIH, et ce, à compter du moment où on effectue le test de dépistage et qu'on reçoit le diagnostic. Vivre avec le VIH est une expérience complexe qui peut être très différente d'une personne à une autre, mais les PVVIH au Canada ont des enjeux communs.

Ce chapitre passe en revue la documentation en lien avec le dépistage et le diagnostic, la divulgation, la prévention de la retransmission, les difficultés médicales liées à la vie avec le VIH, les problèmes de traitement, le VIH au sein de la famille, un mode de vie sain, et la santé sexuelle. Finalement, ce chapitre discutera de la recherche concernant le VIH et le vieillissement, les soins palliatifs et le deuil.

3.1 DÉPISTAGE ET DIAGNOSTIC DU VIH

Même si le dépistage du VIH est largement disponible au Canada, d'après les estimations, une personne sur cinq vivant avec le VIH au Canada n'est pas diagnostiquée et, par conséquent, ne sait pas qu'elle est séropositive. Le dépistage du VIH est primordial pour que les personnes infectées puissent accéder aux soins, aux traitements et aux services de soutien, et qu'elles adoptent des comportements préventifs pour réduire la transmission du VIH. Une fois diagnostiquées, la majorité des PVVIH veulent éviter de transmettre le VIH à leurs partenaires.

Toutes les provinces et tous les territoires du Canada offrent un dépistage volontaire du VIH chez les médecins de premier recours, dans les bureaux de santé publique, les cliniques de santé sexuelle et d'autres structures de soins de santé. (1) Les résultats de tests positifs sont signalés aux responsables de la santé publique de façon nominale ou non[9], selon la province ou le territoire. Le dépistage anonyme et le dépistage rapide dans les points de service sont offerts dans certaines provinces.

Avant l'arrivée de traitements efficaces et accessibles contre le VIH, beaucoup de personnes hésitaient à effectuer un test de dépistage du VIH. On avait l'impression qu'il ne servait à rien de connaître son état sérologique lorsqu'il n'y avait aucun traitement. En raison des options de traitement désormais offertes, connaître son état sérologique offre de nombreux avantages. Par exemple, les nouvelles données montrent que les traitements antirétroviraux peuvent réduire la réplication virale et la progression lente de la maladie au point où l'infection au VIH est devenue une condition chronique gérable. De plus, les données indiquent que dans certaines populations, les personnes qui observent leur traitement antirétroviral peuvent supprimer leur charge virale à des niveaux indétectables. Elles sont ainsi moins susceptibles de transmettre le VIH à leurs partenaires sexuels.

Le Canada a réussi à réduire de manière substantielle la transmission verticale du VIH de la mère à l'enfant. Les approches de dépistage ciblées pour les femmes enceintes permettent de leur fournir des traitements qui empêchent la transmission du VIH à l'enfant. (2) L'évaluation de dépistage prénatal du VIH en Alberta a démontré que les femmes qui décident de se soustraire au dépistage pourraient avoir un risque d'infection plus élevé que les femmes qui décident de subir le test de dépistage. (3;4)

En dépit de ces progrès en matière de technologies de dépistage et de traitement, et de l'accès élargi au dépistage volontaire offert dans plusieurs provinces et territoires du Canada, de nombreuses personnes ne demandent toujours pas le dépistage. (4-6) Comme il est indiqué dans le chapitre 2, on estime que 25 % des 71 300 (58 600 – 84 000) de Canadiens vivant avec le VIH/sida en 2011 ignoraient qu'ils étaient infectés par le VIH. Le pourcentage estimé de personnes vivant avec le VIH qui ignorent leur séropositivité

[9] Dans le cadre du dépistage nominal, la personne qui commande le test utilise le nom du client au moment de passer la commande. Pour le dépistage du VIH non nominal, on utilise un code ou les initiales de la personne testée pour commander le test.

varie selon les catégories d'exposition. On estime que 34 % des personnes infectées dans la catégorie d'exposition des hétérosexuels ignorent leur état séropositif, par rapport à 20 % dans la catégorie d'exposition des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). (6)

Le dépistage et le diagnostic tardifs du VIH sont liés à des taux de morbidité et de mortalité plus élevés et contribuent à des périodes plus longues où le VIH peut être transmis sans le savoir. Les infections au VIH non diagnostiquées représentent un obstacle considérable aux efforts déployés en matière de santé publique pour réduire la transmission du VIH. Lors des premiers stades de l'infection, il y a un plus grand risque de transmission du VIH, comme la personne nouvellement infectée a une charge virale plus élevée pendant cette période. Les personnes nouvellement infectées sont plus susceptibles d'être non diagnostiquées et peuvent continuer d'adopter des comportements à risque, alors que les PVVIH qui sont au courant de leur infection sont plus enclines à prendre des mesures actives pour prévenir la retransmission du virus. À l'inverse, une détection précoce du VIH peut améliorer les résultats de santé de la personne concernée.

3.1.1 ACCEPTER UN DIAGNOSTIC DE VIH

Recevoir un diagnostic d'une infection au VIH est une expérience qui change le cours de la vie. Les répercussions d'un diagnostic de VIH ont évolué avec le temps, en raison des progrès réalisés sur le plan des traitements et de la réduction de la stigmatisation et de la discrimination envers les PVVIH. Un diagnostic de VIH n'est plus une « condamnation à mort », comme c'était le cas auparavant.

La nature du counseling et du soutien offerts au patient qui subit le test de dépistage détermine en partie l'expérience du dépistage et du diagnostic du VIH. Des modèles de counseling préalable et postérieur au dépistage élaborés pour aider les gens à s'adapter à un diagnostic de VIH et aux soins, aux traitements et au soutien de suivi sont d'une importance cruciale pour le processus de dépistage du VIH. (7;8) Malgré ces modèles bien développés, vivre un diagnostic positif du VIH est une expérience qui est différente d'une personne à l'autre.

> *Il [un omnipraticien] était très digne de confiance, et il m'a donné beaucoup de counseling après le test. Il n'a jamais insisté pour que je passe un test de dépistage du VIH, mais il m'a toujours rassuré que, le moment venu, il serait là. Lorsque je suis venu le consulter, il m'a consacré beaucoup de temps. Il m'a dit dès que je suis entré dans son bureau que j'étais séropositif. Il m'a pris dans ses bras et m'a serré, et il a pleuré avec moi.*
>
> — Autochtone vivant avec le VIH/sida[10] (9)

> *Ils m'ont apporté à l'unité psychiatrique et m'y ont enfermé. Ils ne m'ont pas donné mes résultats immédiatement... le médecin est venu, et il a dit : « Il n'y a pas de façon facile de vous annoncer la nouvelle, donc je vais vous le dire directement, vous êtes séropositif. Avez-vous des questions? » Et c'était tout.*
>
> — Autochtone vivant avec le VIH/sida (9)

L'expérience du dépistage et du diagnostic est différente selon les personnes, et selon leurs circonstances. Les PVVIH peuvent éprouver différentes émotions et réactions dans le cadre de leur adaptation aux répercussions de leur état séropositif sur leur santé, ainsi que sur leur vie personnelle, physique et sociale. (7;10;11)

> *Je n'avais aucun espoir, ma vie était terminée, c'était tout. Je suis mort. J'étais un mort vivant (après le diagnostic]... Après environ un an, j'ai commencé à vouloir en apprendre davantage au sujet du virus et en discuter avec d'autres gens, mais immédiatement après le diagnostic, je ne savais rien au sujet de la maladie, seulement que j'étais malade et c'est tout... J'avais une maladie terminale et j'allais en mourir.*
>
> — Personne vivant avec le VIH/sida (10)

[10] Des citations de PVVIH rapportées dans diverses études canadiennes ont été utilisées tout au long de ce rapport afin de refléter la diversité des expériences vécues par les PVVIH. Dans certaines de ces études, mais pas toutes, plus de détails comme le genre, l'ethnicité ou l'orientation sexuelle de la personne sont fournis. Nous avons inclus ces renseignements, le cas échéant.

Je me souviens clairement de quitter le bureau du médecin, et tout ce que je pouvais sentir était la partie supérieure de mon corps. Je ne sais pas comment je me déplaçais, mais honnêtement, je ne pouvais pas sentir mes jambes, et j'avais l'impression que tous les gens se déplaçaient lentement... Je ne pouvais rien entendre, et je ne voyais pas leur bouche bouger comme s'ils se parlaient. Seule la partie supérieure de mon corps bougeait, je ne pouvais pas sentir mes jambes.

— Personne vivant avec le VIH/sida (7)

Accepter un diagnostic de VIH peut prendre longtemps pour une personne vivant avec le VIH/sida; la plupart des personnes séropositives vivent un processus graduel d'acceptation et de (ré)-émergence d'espoir et de planification pour l'avenir. (9;10;12-15) Dans une étude de douze hommes gais vivant avec le VIH, différents « continuums de prise en charge » — le processus par lequel les PVVIH prennent des mesures en vue d'avoir un contrôle plus actif de leur vie et de participer à leur traitement – sont décrits. Les continuums comprennent un changement en matière de perception, dans le cadre duquel les personnes passent d'un état d'esprit où elles sont contrôlées par le VIH à un état d'esprit où elles prennent le contrôle, où elles découvrent un sens et un but à la vie, l'acceptation de soi, l'acception de la mort, et où elles changent leur perspective, et passent de la victimisation au sentiment d'être un survivant du VIH. (13)

Le VIH avait tout le contrôle sur ma vie et sur moi au début; cela a pris des années, mais j'ai commencé à contrôler ma propre vie après un moment.

— Homme gai vivant avec le VIH/sida (13)

Les PVVIH diagnostiquées avant l'arrivée d'un traitement efficace ont dû s'adapter à un avenir toujours différent – de la prévision d'une mort précoce, à de faux espoirs créés par les premiers médicaments, à une plus grande certitude d'une durée de vie normale.

C'est difficile de croire qu'on va mourir et de soudainement se rendre compte qu'il est possible que ce n'est peut-être pas le cas... la transition est difficile... ce revirement est semblable à une renaissance... c'était vraiment effrayant.

— Personne vivant avec le VIH/sida (15)

Alors que certaines PVVIH peuvent se tourner vers des pratiques d'adaptation comme la consommation de drogues et l'auto-isolation, d'autres utilisent leur diagnostic comme catalyseur pour des changements positifs. Pour de nombreuses personnes, particulièrement celles qui prenaient part à des modes de vie difficiles, par exemple la consommation de drogues, un diagnostic de VIH peut les mener à mieux prendre soin d'eux-mêmes et à adopter un mode de vie plus sain. (9-11;13;16-18)

La donne de la vie n'est plus la même, et on veut se concentrer sur ce qui est réellement important et significatif.

— Homme gai vivant avec le VIH/sida (13)

Je suis beaucoup plus forte que je l'étais avant mon diagnostic de VIH. Je me suis donnée du pouvoir. Je me suis renseignée, je me suis éduquée. Je ne me sens plus seule, car je sais que je ne suis pas la seule à vivre avec cette maladie. Je suis donc une meilleure personne, croyez-le ou non.

— Femme vivant avec le VIH/sida (17)

Le premier mois, j'avais l'impression que ma vie était terminée, que je ferais aussi bien de tout abandonner... Je suis finalement sorti, et je me suis rendu compte que c'était un tout nouveau jour, que je pouvais recommencer ma vie, et que cette fois, je pouvais faire quelqu'un de moi-même. Donc, oui, ma vie a changé, dans le sens où je suis devenu une personne plus forte qui pouvait faire ce qu'elle voulait, et cela m'a donné la volonté d'aller de l'avant davantage. J'ai reculé d'un pas pendant un mois, et ensuite, j'ai avancé de quatre pas.

— Jeune vivant avec le VIH/sida (11)

Le chapitre 4 de ce rapport présente davantage de détails sur les stratégies d'adaptation auxquelles ont recours les PVVIH en ce qui concerne les habitudes de vie, à la section 4.10.

3.1.2 NOTIFICATION AUX PARTENAIRES

La notification aux partenaires est un élément important des services de dépistage du VIH dans toutes les provinces et tous les territoires canadiens. Les médecins et responsables locaux de la santé publique conseillent aux personnes qui ont récemment reçu un diagnostic de VIH d'informer leurs partenaires passés ou actuels (rapports sexuels ou partage de matériel de consommation de drogues) qu'ils ont peut-être été exposés au virus. La notification aux partenaires implique généralement l'aide d'un médecin ou des services de santé publique et est effectuée sans révéler l'identité de la personne à l'origine de l'exposition. On considère la notification comme une mesure de prévention secondaire, car elle facilite l'accès au dépistage du VIH pour les personnes pouvant être à risque d'infection.

3.1.3 DIVULGATION DE SON ÉTAT SÉROLOGIQUE

La divulgation de son état sérologique aux autres, par exemple à sa famille, à ses amis, à ses collègues, et à ses fournisseurs de soins de santé ou d'autres services, est une décision très personnelle, et les PVVIH prennent différentes décisions par rapport à qui le dire, et à qui ne pas le dire. La divulgation peut avoir plusieurs avantages potentiels pour les PVVIH, y compris plus d'occasions d'obtenir du soutien social, de discuter et de mettre en œuvre des options de traitement et de réduction des risques du VIH, et plus d'occasions de planifier son avenir. En choisissant de divulguer leur état, les PVVIH doivent négocier leurs craintes par rapport aux risques de stigmatisation et de discrimination, à la possibilité du rejet, et, pour certains, aux risques de violence. Certaines personnes choisissent de garder leur état secret.

> *C'est difficile de ma perspective, car je ne l'ai pas dit à ma famille, ni à aucun de mes proches. Pourquoi me tournerais-je vers quelqu'un qui ne sait pas du tout ce que je vis, qui ne connaît pas ma réalité? Comment pourrait-il possiblement m'aider?*
>
> — Autochtone vivant avec le VIH/sida (7)

> *Mon cœur est passionné par cette situation, et par mon désir d'aider les gens à comprendre; pourtant, je ne sais pas comment le dire à ma famille. Je veux tellement être là, et être ouverte, mais j'ai tellement de craintes. C'est le plus gros obstacle auquel je suis confrontée actuellement.*
>
> — Femme vivant avec le VIH/sida (19)

Les PVVIH ont l'obligation légale de divulguer leur état sérologique avant d'avoir des rapports sexuels qui représentent un risque important de transmission du VIH. Toutefois, elles ne sont pas légalement tenues de divulguer leur état sérologique à leurs employeurs, aux membres de leur famille, à leurs amis ou à leurs connaissances. Elles peuvent néanmoins ne pas comprendre dans quelles circonstances elles ont l'obligation légale de divulgation, et par conséquent, elles peuvent se sentir obligées d'informer des gens dans des circonstances où la divulgation n'est pas obligatoire. Cela peut mener à la stigmatisation et à la discrimination, au stress, au rejet ou à l'abandon.

Au Canada, les PVVIH qui décident de divulguer leur état à un employeur ou à des collègues sont protégées par la loi contre la discrimination et la violation de la confidentialité; toutefois, des études démontrent qu'il y a toujours des cas où les employeurs agissent de façon discriminatoire contre des PVVIH malgré ces protections légales. (15;17;20-23)

Divulguer son état sérologique à ses partenaires sexuels actuels ou futurs ou aux gens avec qui on a partagé du matériel de consommation de drogue peut les motiver à faire un test de dépistage et à changer de comportement, ce qui peut en fin de compte les protéger contre l'infection et réduire la transmission du VIH. Un certain nombre de PVVIH au Canada ont été reconnues coupables d'infractions criminelles, par exemple d'agression, d'agression sexuelle, et de meurtre, dans des cas où il a été trouvé que la personne n'avait pas divulgué son état sérologique positif, ce qui invalidait le consentement de leur partenaire à une relation sexuelle, car le partenaire n'aurait pas nécessairement consenti à cette relation si l'état sérologique positif avait été divulgué.

La question de la divulgation de la séropositivité a été traitée dans une étude de 34 hommes, qui avaient presque tous des relations sexuelles non protégées avec d'autres hommes en tout temps ou la plupart du temps. Parmi les 34 hommes, 24 étaient séropositifs. Ces PVVIH ont eu différentes réactions à ces convictions : certaines appuyaient

l'obligation de divulguer, alors que d'autres mettaient l'accent sur la responsabilité partagée individuelle de se protéger contre l'infection. (24;25)

> *Je ne crois pas qu'il s'agit d'une question de confidentialité lorsque tu as des relations sexuelles avec différentes personnes — non? Vous les placez dans une situation où ils sont susceptibles à l'infection. D'après moi, si vous avez des relations sexuelles avec différentes personnes, et que vous ne les avisez pas de votre état sérologique positif et qu'elles l'apprennent par la suite, elles ont le droit de porter des accusations contre vous.*
>
> — Homme gai vivant avec le VIH/sida (24)

> *Si nous allons avoir des relations sexuelles, je les avise de mon état, et c'est légal. Je dois divulguer mon état sérologique.*
>
> — Homme gai vivant avec le VIH/sida (25)

> *De plus en plus, il y a des poursuites judiciaires qui appuient des décisions selon lesquelles vous êtes responsable si vous ne divulguez pas votre état. Suis-je d'accord? Non, car je crois que tout le monde devrait être responsable de sa propre santé; cela étant dit, si on faisait tous preuve de responsabilité envers notre santé, il n'y aurait probablement pas autant de personnes séropositives.*
>
> — Homme gai vivant avec le VIH/sida (24)

Ces convictions ont créé des difficultés pour les PVVIH. Les procès criminels retentissants sont très médiatisés, et les PVVIH signalent des sentiments accrus de stigmatisation et de peur – la peur de divulguer son état, par crainte d'être rejeté ou d'être victime d'abus émotionnel ou physique. Pour ces raisons, certaines personnes à risque pourraient hésiter à solliciter un dépistage du VIH et un traitement. (Il est à noter qu'au moment d'écrire ce rapport, il n'y a pas de données empiriques canadiennes qui démontrent que la peur de poursuites au criminel dissuade les gens d'effectuer un test de dépistage.) Certaines PVVIH indiquent sentir une isolation et une discrimination accrues. Des rapports qualitatifs fournis par des PVVIH laissent entendre que la divulgation d'un état séropositif peut être utilisée de façon coercitive contre elles.

> *…une amie à moi et une autre femme ont porté des accusations contre un homme qui les avait infectées, et c'était dans le journal. Et mon partenaire à ce moment, je n'ai pas, ben, je ne lui ai pas dit qui cette femme était, je ne voulais pas qu'il le sache, mais quand il a lu l'article dans le journal un jour, il est venu à moi, m'a montré le journal, et m'a dit, vous savez, il m'a dit « Si jamais tu me quittes, c'est ce que je vais te faire. Je vais intenter une poursuite contre toi. Et je vais leur dire, je vais leur dire que tu m'as infecté. »*
>
> — Femme autochtone vivant avec le VIH/sida (12)

> *J'ai peur d'entendre que si tu as eu des relations sexuelles avec quelqu'un, qu'il a été infecté et que tu ne lui as pas dit, il pourrait te poursuivre en justice.*
>
> — Jeune femme vivant avec le VIH/sida (26)

Les PVVIH peuvent ressentir énormément de stress émotionnel et de culpabilisation liés à leur crainte d'infecter leurs partenaires intimes. La peur du rejet, de l'abandon, et de la possibilité de violence fait en sorte que la divulgation de leur état séropositif soit une tâche difficile pour les PVVIH dans les relations intimes. (12;26-28) Il a été établi que l'obligation de divulguer son état séropositif dissuadait certaines femmes séropositives de chercher des relations intimes en raison de la crainte du rejet et de la violence. (27)

> *Tout a changé après cela [divulgation]. Il m'a dit qu'il ne voulait pas une femme comme moi. Il a été très méchant envers moi, et j'avais vraiment peur. J'ai pleuré parce que je l'aimais réellement, et j'avais peur qu'il le dise à quelqu'un.*
>
> — Jeune femme vivant avec le VIH/sida (26)

3.2 PRÉVENTION

Prévenir la propagation du VIH est un objectif important de santé publique à l'échelle nationale et internationale. Cette section aborde ce que la prévention pour les PVVIH signifie et implique.

3.2.1 PRÉVENTION POSITIVE

Prévenir la propagation de maladies infectieuses, comme le VIH, est une responsabilité commune de tous les membres de la société. Les stratégies de prévention du VIH ont été critiquées par le passé, car elles mettaient trop l'accent sur les personnes séronégatives et omettaient de mettre à profit les contributions que pourraient apporter les PVVIH à la prévention du VIH. Le concept de prévention positive découle d'un effort de la part des PVVIH de participer aux activités qui pourraient contribuer à prévenir la transmission du VIH. « La prévention positive est une façon de réduire la transmission du VIH élaborée précisément par les personnes vivant avec le VIH, à l'intention de ces mêmes personnes. »[11] (29) La prévention positive comprend la reconnaissance d'une responsabilité partagée entre les partenaires séropositifs et séronégatifs.

La prévention positive ne consiste pas seulement à arrêter la transmission du VIH; elle comprend également des changements de comportement, et l'amélioration des aptitudes en matière de communication et de la confiance en sa capacité à prendre des décisions concernant sa propre santé et à réduire les risques possibles pour ses partenaires sexuels. La prévention positive fait appel à la divulgation active de l'état séropositif par les PVVIH et comprend l'élaboration de stratégies pour faire face aux conséquences de la divulgation de son état séropositif, y compris le rejet possible. (29) L'incidence des approches de prévention positive sur la réduction de la transmission du VIH n'a pas fait l'objet de recherches importantes jusqu'à maintenant.

3.2.2 SÉROSÉLECTION

Les PVVIH peuvent également se livrer à la pratique de la sérosélection, ou chercher particulièrement des partenaires sexuels qui sont également séropositifs. On a recours à cette pratique en partie afin de réduire le risque de transmission du VIH et en partie afin d'avoir ce qu'on croit être des relations sexuelles plus sécuritaires. (30) La divulgation peut être effectuée explicitement; toutefois, la sérosélection est souvent fondée sur des suppositions par rapport à l'état sérologique d'un partenaire, plutôt que sur la divulgation explicite de l'état du partenaire. (31) Par exemple, la documentation indique que certains hommes gais et d'autres HARSAH formulent des hypothèses par rapport à l'état sérologique de leur partenaire en fonction de la volonté de celui-ci de porter un condom. (25;32) Toutefois, les hypothèses sont souvent basées sur des perceptions liées à un risque élevé, qui peuvent être inexactes. Par exemple, la réticence d'un partenaire sexuel à utiliser un condom peut être interprétée comme un signe qu'il est séropositif (et donc qu'il n'est pas inquiet par rapport à une exposition au VIH, comme il est déjà infecté), ou qu'il est séronégatif (et donc qu'il n'a pas peur de transmettre le VIH à son partenaire).

La sérosélection part du principe que les relations sexuelles entre des partenaires séropositifs ne comprennent pas un risque de transmission du VIH. Alors que le but de la sérosélection est de réduire les risques, la pratique peut mener à une utilisation retardée du condom, ou à la non-utilisation d'un condom, et par conséquent, à une exposition à des infections transmissibles sexuellement et à d'autres souches du VIH, y compris des souches pharmacorésistantes. (25;30;33;34)

3.2.3 TRAITEMENT ET TRANSMISSION DU VIH

Des éléments de preuve récents à l'échelle internationale permettent l'examen de l'avantage du « traitement comme mesure de prévention » – c'est-à-dire que les PVVIH qui prennent des médicaments antirétroviraux, et qui ont donc une charge virale indétectable, sont beaucoup moins susceptibles de transmettre le VIH. Ces preuves, bien qu'encourageantes, créent de nouveaux défis par rapport à la prévention. (35)

Une supposition des PVVIH que certains comportements à risque sont moins dangereux pendant qu'elles suivent un traitement, de concert avec des hypothèses possiblement inexactes concernant leur charge virale et la transmissibilité, peuvent se traduire par des idées fausses concernant le risque, et ainsi contribuer à la retransmission. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour évaluer l'efficacité du « traitement comme mesure de prévention » dans des situations réelles. Un problème nécessitant des recherches supplémentaires concerne la compréhension des PVVIH par rapport à l'effet du traitement sur le risque de transmission du VIH et les conditions requises pour qu'une stratégie de « traitement comme mesure de prévention » soit efficace. Le traitement comme mesure de prévention ne remplace pas les stratégies de réduction des risques, mais s'avère plutôt efficace lorsque combiné

[11] *Vous et votre santé : un guide à l'intention des personnes vivant avec le VIH* (CATIE, 2009) est un guide complet sur la santé émotionnelle, sexuelle et physique, sur les traitements, et sur les enjeux financiers et juridiques qui pourraient avoir une incidence sur les personnes vivant avec le VIH/sida. Veuillez consulter ce livre pour une discussion plus détaillée de cet enjeu et de plusieurs autres qui ont des répercussions sur la vie des personnes vivant avec le VIH/sida.

avec les techniques de prévention existantes. L'impact de compensation de la prise de risques, c'est-à-dire où les gens peuvent avoir moins recours aux mesures de prévention du VIH, car ils croient que le risque de transmission du VIH est moins élevé, est un autre problème clé qui devra être abordé.

3.3 CONDITIONS MÉDICALES SE RAPPORTANT AU VIH/SIDA

Les PVVIH peuvent être touchées par différentes conditions médicales se rapportant à leur infection au VIH, y compris des maladies liées au sida, les effets secondaires du traitement, et des affections associées au VIH, autres que le sida. Ces personnes peuvent également vivre avec des maladies ou des co-infections qui ne sont pas liées à leur infection au VIH, mais le traitement pour ces conditions peut être compliqué par leur infection au VIH. Pour certaines PVVIH, l'infection au VIH est une invalidité épisodique, c'est-à-dire que des périodes de bonne santé peuvent être interrompues par des périodes imprévisibles de mauvaise santé et d'invalidité. (36)

En dépit des progrès réalisés par rapport au traitement du VIH, l'infection a encore des répercussions importantes sur l'espérance de vie. Une étude qui a analysé l'espérance de vie de personnes qui prennent une combinaison de médicaments antirétroviraux dans les pays à revenu élevé, y compris le Canada, a trouvé que le nombre d'années qu'il restait à vivre à 20 ans correspondait seulement à environ deux tiers de l'espérance de vie de la population générale dans ces pays. Il y avait des différences considérables entre les sous-groupes : les femmes avaient une espérance de vie plus élevée que les hommes, et les personnes dont on suppose que l'infection a été contractée par l'utilisation de drogues injectables avaient une espérance de vie moins élevée que les personnes d'autres groupes. Les personnes qui ont commencé le traitement avec une numération des lymphocytes T-CD4 de base plus faible avaient également une espérance de vie moins élevée.[12] (37)

Une autre grande étude qui a examiné plus de 44 000 PVVIH inscrites à des études de cohorte canadiennes et américaines a trouvé que, même si les numérations de cellules CD4 à la première présentation pour l'obtention de soins liés au VIH avaient augmenté entre 1997 et 2007, la numération médiane de cellules CD4 était encore inférieure au seuil standard pour entamer le traitement antirétroviral (cellules CD4 inférieures à 350, ce qui laisse entendre qu'il y a encore un besoin urgent pour un diagnostic et un traitement plus précoces.) (38)

3.3.1 SYNDROME DE L'IMMUNODÉFICIENCE ACQUISE (SIDA)

Lorsqu'une personne infectée ne reçoit pas un traitement de médicaments antirétroviraux, l'infection au VIH évoluera pour devenir le syndrome de l'immunodéficience acquise (sida). On considère que les PVVIH ont le sida lorsqu'elles ont une ou plusieurs des 28 conditions cliniques caractérisées comme des maladies définissant le sida. Une liste des maladies définissant le sida est fournie ci-après.

LISTE DES MALADIES DÉFINISSANT LE SIDA

Maladies révélatrices pour les adultes et les cas pédiatriques :

- Pneumonie bactérienne (récurrente)
- Candidose (bronches, trachée ou poumons)
- Candidose (œsophagienne)
- Cancer du col de l'utérus (invasif)
- Coccidioïdomycose (diffuse ou extrapulmonaire)
- Cryptococcose (extrapulmonaire)
- Cryptosporidiose intestinale chronique (> 1 mois)
- Infections à cytomégalovirus (ailleurs que dans le foie, la rate ou les ganglions)
- Rétinite à cytomégalovirus (avec perte de vision)
- Encéphalopathie liée au VIH (démence)
- *Herpes simplex* : ulcération(s) chronique(s) (> 1 mois) ou bronchite, pneumonie ou œsophagite
- Histoplasmose (diffuse ou extrapulmonaire)
- Isosporiase intestinale chronique (> 1 mois)
- Sarcome de Kaposi
- Lymphome de Burkitt (ou terme équivalent)
- Lymphome immunoblastique (ou terme équivalent)
- Lymphome (primaire du cerveau)

[12] Les cellules CD4 sont un type de globules blancs qui joue un rôle déterminant dans le système immunitaire. La destruction de ces cellules est la cause principale de l'immunodéficience observée chez les personnes atteintes par le sida. Le travail de laboratoire est effectué à des intervalles précis pour mesurer le nombre de cellules CD4 afin d'évaluer le système immunitaire du patient. Le traitement commence normalement à une numération de cellules CD4 de 350 (cellules par microlitre de sang).

- Complexe *Mycobacterium aviumou M. kansasii* (infection diffuse ou extrapulmonaire)
- *Mycobacterium* appartenant à une autre espèce ou à une espèce non identifiée
- *M. tuberculosis* (infection diffuse ou extrapulmonaire)
- *M. tuberculosis* (pulmonaire)
- *Pneumonie à Pneumocystis jirovecii* (auparavant *Pneumocystis carinii*) (PCP)
- Leucoencéphalopathie multifocale progressive
- Septicémie à *Salmonella* (récurrente)
- Toxoplasmose du cerveau
- Syndrome cachectique dû au VIH

Maladies révélatrices qui s'appliquent seulement aux cas pédiatriques (moins de 15 ans) :

- Infections bactériennes (multiples ou récurrentes, à l'exclusion de la pneumonie bactérienne récurrente)
- Pneumonie lymphoïde interstitielle et/ou hyperplasie lymphoïde pulmonaire

Source : Agence de la santé publique du Canada

Les progrès thérapeutiques ont fait en sorte que les maladies définissant le sida sont beaucoup moins courantes au Canada, comme la prise de médicaments antirétroviraux appropriée signifie que l'évolution vers le sida devient moins fréquente. (29) Néanmoins, il y a encore des personnes qui décèdent du sida. Une étude de tous les décès en Colombie-Britannique qui ont été signalés comme étant liés au sida de 1997 à 2005, 40 % des personnes qui sont décédées n'ont jamais reçu un traitement, même si ce dernier était fourni gratuitement. Un statut socioéconomique faible a été associé à ce retard à demander un traitement, et à une mortalité accrue parmi les PVVIH qui accèdent au traitement. (39)

Les progrès thérapeutiques ont fait en sorte que les causes de décès parmi les PVVIH sont de plus en plus semblables à celles de la population générale. Une étude qui examinait les causes de décès parmi les PVVIH en Alberta a révélé que les décès découlant de causes liées au sida ont grandement diminué, alors qu'on a observé une augmentation des décès non liés au sida, y compris les décès causés par l'hépatite B, le virus de l'hépatite C (VHC), le tabagisme et une surdose de drogues injectables. (40)

3.3.2 VIH ET COMORBIDITÉS

Les comorbidités indiquent la présence d'une ou plusieurs maladies en plus de maladies déjà existantes. Elles peuvent poser des problèmes dans le traitement et la gestion de diverses conditions. Les PVVIH qui prennent des médicaments antirétroviraux ont des taux plus élevés de certaines maladies, y compris les maladies cardiovasculaires, le diabète, la perte osseuse, et certains cancers. Ces affections associées au VIH, autres que le sida, sont un sujet d'enquête en évolution dans les recherches actuelles. Les affectations associées au VIH, autres que le sida, peuvent être causées par une infection au VIH, par les effets secondaires des médicaments antirétroviraux ou par une combinaison des deux. (36)

3.3.3 SANTÉ MENTALE

La santé mentale peut avoir une incidence sur la vulnérabilité à l'infection au VIH, et des troubles de santé mentale peuvent découler de l'infection au VIH, des effets secondaires du traitement du VIH ou d'une combinaison des deux. (29) La santé mentale et la qualité de vie sont des sujets de préoccupations importants pour les PVVIH, peu importe si elles reçoivent ou non un traitement antirétroviral. Les PVVIH ont des niveaux de dépression et d'apathie plus élevés que ceux de la population générale canadienne. (41;42) Une enquête menée auprès de PVVIH en Ontario a trouvé que plus de 50 % d'entre elles souffrent de dépression. (43) On a constaté que les PVVIH qui sont nées à l'extérieur du Canada avaient des symptômes de dépression plus importants que celles nées au Canada, lorsqu'on tenait compte des répercussions de la stigmatisation sur la santé mentale. (44) La dépression parmi les PVVIH a été associée à une moins bonne santé, à une qualité de vie liée à la santé inférieure, à des stratégies d'adaptation négatives et à une utilisation plus élevée des services et des ressources. (41;43;45)

Les problèmes de santé mentale, par exemple l'anxiété, la nervosité, les étourdissements, et l'insomnie, sont également plus courants chez les PVVIH. (36) Les PVVIH qui souffrent de symptômes neurologiques peuvent avoir une qualité de vie liée à la santé inférieure. (41;46)

3.3.4 CO-INFECTIONS DU VIH

Une difficulté importante en ce qui concerne la gestion de la santé des PVVIH est l'infection par d'autres maladies ayant une voie de transmission commune, la vulnérabilité à ces maladies ou une susceptibilité accrue due à une

réponse immunitaire plus faible. Les co-infections courantes chez les PVVIH au Canada comprennent la tuberculose ainsi que les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), par exemple l'hépatite B, le VHC et la syphilis. (29;47-49) Les PVVIH qui sont coinfectées par des ITSS ont des taux de morbidité et de mortalité plus élevés que les PVVIH qui n'ont pas de co-infection. (36)

Une co-infection peut rendre la vie plus difficile pour une personne vivant avec le VIH/sida, ainsi que compliquer le traitement et le diagnostic. (29) Par exemple, une étude épidémiologique qui a été effectuée entre 2001 et 2006 a examiné l'augmentation des cas de syphilis infectieuse à Ottawa et a laissé entendre qu'une approche diagnostique et thérapeutique plus intensive est nécessaire pour détecter la syphilis chez les PVVIH en raison du tableau clinique modifié de la syphilis chez les personnes infectées par le VIH. (50)

Le VIH, les autres ITSS et la tuberculose ont une relation synergétique. La présence du VIH peut considérablement affaiblir la capacité du système immunitaire de se défendre contre les infections, tandis que la présence de plusieurs ITSS peut accroître la vulnérabilité ou le risque d'infection au VIH. L'infection au VIH contribue de façon significative à l'évolution de la tuberculose progressive parmi les PVVIH ayant la tuberculose latente. (51)

La plupart des recherches récentes portant sur les co-infections courantes du VIH chez les PVVIH sont axées sur le VHC. L'infection par le VHC parmi les PVVIH est en hausse au Canada, particulièrement chez les utilisateurs de drogues injectables. (29) Une infection par le VHC chez les PVVIH est un facteur prédictif indépendant de morbidité. (52) Le VHC comme co-infection du VIH est aussi associée de façon indépendante à des niveaux plus faibles de l'observance du traitement, et à de moins bons résultats du traitement. (52-54)

Les PVVIH qui sont également infectées par le VHC peuvent souffrir de problèmes de santé mentale et physique importants, y compris davantage de symptômes de dépression, une fatigue accrue, et une moins bonne qualité de vie que les PVVIH qui sont seulement infectées par le VIH. (55) Une étude de 482 PVVIH en Ontario a révélé que les personnes également infectées par le VHC étaient plus susceptibles de signaler une consommation de drogues et des antécédents d'itinérance, et beaucoup plus susceptibles de souffrir de dépression que les personnes infectées seulement par le VIH. Il était également plus rare qu'elles recevaient un traitement antirétroviral. De plus, les personnes co-infectées étaient plus susceptibles d'être hétérosexuelles, autochtones, moins éduquées et sans emploi. (56)

Les PVVIH qui sont co-infectées par le VHC peuvent également faire face à des obstacles sociaux de taille en ce qui concerne l'accès aux soins, au traitement et au soutien. (57) Plusieurs de ces obstacles sociaux sont traités dans le chapitre 4 du présent rapport. En particulier, les PVVIH qui sont co-infectées et qui utilisent des drogues injectables font face à des complications supplémentaires par rapport à l'accès au traitement et aux services. (58)

Plusieurs co-infections (hépatite C/VIH, et tuberculose/VIH) sont connues pour avoir des répercussions négatives sur les résultats du traitement contre le VIH. Les régimes thérapeutiques pour une infection peuvent interagir avec ceux pour une autre infection. Il peut donc être difficile de traiter les PVVIH qui sont co-infectées, et le traitement contre le VIH et d'autres co-infections peut être retardé. (29)

Dans le cadre d'une étude récente sur des patients co-infectés par le VIH et le VHC qui recevaient des soins d'une clinique d'Ottawa, on a observé différentes raisons pour l'interruption de traitement chez les patients masculins et féminins; les femmes étaient beaucoup plus susceptibles que les hommes d'interrompre le traitement pour des raisons neuropsychiatriques, comme la dépression ou des maux de tête. On a également constaté que les taux de décès étaient disproportionnellement plus élevés chez les femmes co-infectées par le VIH et le VHC. (59) Une grande part des résultats élevés de mauvaise santé et des mauvais résultats des traitements chez les PVVIH co-infectées sont dus à de mauvais déterminants de la santé sous-jacents, qui sont traités davantage dans le chapitre 4 du présent rapport. (60;61)

3.3.5 INVALIDITÉ ÉPISODIQUE

Pour de nombreuses PVVIH, le VIH est une invalidité épisodique, où des périodes de bonne santé peuvent être interrompues par des périodes imprévisibles de mauvaise santé et d'invalidité. (29;36;62;63) Selon la définition générale, le terme invalidité comprend les difficultés physiques et mentales, comme la douleur, la fatigue ou la perte de mémoire; les difficultés à effectuer des activités quotidiennes, comme marcher ou monter les escaliers; et les restrictions quant à la participation sociale, comme des difficultés à travailler ou à participer à des activités sociales.

Certaines PVVIH ont des invalidités chroniques à long terme, mais de nombreuses invalidités liées au VIH vont et viennent, sans suivre un profil clair de durée et de gravité. En plus des difficultés auxquelles les PVVIH sont confrontées pour faire face à l'invalidité et pour s'adapter à celle-ci, elles sont également confrontées à des difficultés et à des stress supplémentaires en raison de l'incertitude liée au fait qu'il n'est pas possible de prévoir ces épisodes, et de planifier en conséquence. (29;36;63)

De nouveaux traitements contre le VIH se traduisent par des améliorations importantes en ce qui concerne la gestion des symptômes et la qualité de vie des PVVIH. Pour les PVVIH qui ont été infectées récemment, et qui ont eu accès au traitement à un stade précoce, les périodes d'invalidité peuvent être moins courantes. D'autres études de suivi plus étendues seront nécessaires pour déterminer si cette tendance se poursuit.

3.4 TRAITEMENT

En grande partie en raison des médicaments antirétroviraux, le VIH est maintenant considéré comme une maladie chronique mais maîtrisable. Il y a eu une augmentation importante et significative de l'espérance de vie et une diminution de la mortalité parmi les PVVIH qui accèdent aux régimes actuels de traitement antirétroviral hautement actif. (6;64) La disponibilité et la prise accrues de médicaments antirétroviraux ont été associées à des résultats virologiques améliorés et à une pharmacorésistance réduite parmi les PVVIH. (65) Ces médicaments ont aussi entraîné des diminutions importantes de l'incidence des cancers définissant le sida. (66;67)

En dépit de ces réalisations, il y a différentes difficultés associées au traitement. Dans le cadre d'une étude menée sur 38 PVVIH, qui a examiné les effets du traitement antirétroviral sur la qualité de vie, les PVVIH percevaient le traitement comme un compromis entre une moins bonne qualité de vie et une espérance de vie plus grande. Elles ont relevé des problèmes comme les conséquences des effets secondaires, y compris les répercussions sur l'estime de soi, et sur la santé sociale et sexuelle, et l'incidence des toxicités médicamenteuses. D'autres facteurs négatifs comprenaient les tensions avec les travailleurs de la santé, la perte de prise de décisions indépendante, les facteurs de dissuasion en ce qui concerne le retour au travail, le fardeau de prendre des médicaments, et le stress lié à cacher leur état séropositif. (68)

Le traitement au Canada est offert publiquement par l'entremise des systèmes de santé provinciaux et territoriaux, et la plupart des PVVIH accèdent au traitement, aux soins et au soutien. (29) Toutefois, ce ne sont pas toutes les PVVIH au Canada qui accèdent au traitement recommandé. (39) Les PVVIH doivent tenir compte de plusieurs considérations importantes lorsque vient le temps de décider du moment opportun de commencer le traitement. (29;69) Une fois qu'une personne vivant avec le VIH/sida commence le traitement, on lui recommande de continuer celui-ci pour le reste de sa vie. (29) Une analyse des données recueillies auprès de 104 PVVIH en Ontario n'a pas révélé de différences importantes entre les hommes et les femmes vivant avec le VIH/sida en ce qui concerne le recours au traitement; en moyenne, les hommes et les femmes commençaient la prise de médicaments antirétroviraux 2,2 ou 2,3 années après leur diagnostic initial de VIH. (70) Différents obstacles personnels ou sociaux peuvent avoir une incidence sur la capacité et la volonté des PVVIH de suivre le traitement lorsqu'il est recommandé par un médecin.

Divers facteurs ont une incidence sur le succès du traitement. L'observance est un facteur clé – les PVVIH doivent prendre leurs médicaments quotidiennement et ne pas interrompre le traitement. La section 3.4.2 abordera les problèmes d'observance en détail. D'autres facteurs ayant une incidence sur le succès du traitement comprennent le fait qu'une personne vivant avec le VIH/sida peut répondre différemment à différents régimes thérapeutiques, et que le recours retardé ou différé au traitement a une incidence sur la mortalité de la personne vivant avec le VIH/sida. (71) Finalement, l'insécurité alimentaire, où l'accès à des aliments suffisamment nutritifs est limité ou instable, a été associée à des interruptions de traitement, à de moins bons résultats de traitement et à la mortalité liée au VIH. (72;73) Dans une étude faisant le suivi de 1 119 participants d'un programme thérapeutique contre le VIH/sida en Colombie-Britannique entre 1998 et 2007, les personnes qui souffraient d'une insécurité alimentaire et d'un déficit de poids étaient presque deux fois plus susceptibles de mourir que les autres participants de l'étude qui n'avaient pas ces problèmes. (72)

3.4.1 EFFETS SECONDAIRES DU TRAITEMENT ET INTERACTIONS

Différents régimes thérapeutiques peuvent causer des effets secondaires, qui peuvent nuire à la santé et à la qualité de vie des PVVIH. Il est souvent difficile de déterminer si les problèmes de santé et les symptômes dont souffrent les personnes vivant avec le VIH sont causés par les médicaments contre le VIH, ou par le virus lui-même. Dans de nombreux cas, ces problèmes de santé peuvent être le résultat des effets secondaires du traitement, et de l'infection au VIH. (29;36)

Les effets secondaires du traitement contre le VIH varient selon la personne vivant avec le VIH/sida, et selon les régimes thérapeutiques antirétroviraux. Alors que certaines PVVIH ont de graves effets secondaires découlant du traitement, d'autres n'ont que des effets secondaires légers, ou aucune réaction indésirable. Les effets secondaires rapportés : perte d'appétit; nausées et vomissements, problèmes digestifs, par exemple de la diarrhée et de la flatulence; redistribution des tissus adipeux; problèmes cardiovasculaires, y compris les accidents vasculaires cérébraux et les crises cardiaques; résistance à l'insuline et diabète; problèmes osseux, y compris les décès osseux; problèmes de foie, pancréatite; problèmes de la peau; douleur musculaire et articulaire, et faiblesse musculaire; maux de tête; troubles de santé mentale, comme la dépression et l'anxiété. (29;36;68;74)

De nombreuses études ont révélé que les changements de la forme corporelle et de l'image de soi découlant de la lipodystrophie – un effet secondaire de certains médicaments, où les tissus adipeux sont redistribués – nuisent à la qualité de vie des PVVIH qui prennent des médicaments antirétroviraux. (68;75;76) Toutefois, il est moins probable que les régimes thérapeutiques plus récents causent cet effet secondaire. (36)

> *J'ai des problèmes d'estime de soi en raison de changements corporels liés à mes médicaments; ces problèmes m'ont tellement affecté que j'ai été suicidaire... Je me sens encore [juron] en ce qui concerne mon apparence, et des fois je me réveille le matin et je ne veux pas me réveiller, ce qui est un sentiment nouveau chez moi depuis que j'ai un plus gros ventre, et que je n'ai plus de gras dans mes jambes et mes bras.*
>
> — Personne vivant avec le VIH/sida (68)

Le traitement a beaucoup amélioré la vie des PVVIH malgré les répercussions négatives des effets secondaires chez certaines personnes.. Une comparaison des résultats liés à la santé sur la qualité de vie de PVVIH qui avaient recours à différents régimes thérapeutiques dans un essai multinational de trois ans a révélé que généralement, commencer un traitement était associé à une qualité de vie liée à la santé maintenue ou améliorée. (77)

3.4.2 OBSERVANCE DU TRAITEMENT

La réussite de la suppression du VIH exige une observance absolue du traitement de médicaments antirétroviraux. Les interruptions de traitement peuvent avoir des conséquences cliniques négatives, y compris le développement d'une pharmacorésistance. (36;78) Les recherches sur le succès des médicaments antirétroviraux ont étudié l'admission ou la réadmission à l'hôpital en tant que facteur prédictif de la mortalité. (79;80) Il a été démontré que l'observance du traitement de médicaments antirétroviraux diminuait le risque de réadmission à l'hôpital pour les PVVIH dans le cadre d'une comparaison de deux cohortes composées du même nombre de PVVIH qui suivaient un traitement antirétroviral hautement actif, et de PVVIH qui ne suivaient pas un traitement antirétroviral hautement actif. (80) Une autre étude examinant les facteurs prédictifs d'hospitalisation parmi un grand échantillon de PVVIH prenant des médicaments antirétroviraux en Colombie-Britannique a trouvé qu'une faible numération de cellules CD4, ainsi qu'une mauvaise observance du traitement, une hospitalisation antérieure, le sexe féminin, et l'utilisation de drogues injectables, permettaient de prévoir les taux d'hospitalisation. (81) Dans une étude connexe sur la même cohorte, les personnes ayant une observance sous-optimale avaient un risque d'hospitalisation 1,888 fois plus élevé. (79)

Des régimes thérapeutiques simplifiés contribuent à améliorer l'observance. Dans le cadre d'une étude menée en Ontario auprès de 779 PVVIH, 15 % des participants ont signalé avoir manqué au moins une dose de médicaments antirétroviraux dans les quatre jours avant leur entrevue. Il y avait deux fois moins de chance que les participants avec une posologie uniquotidienne manquent une dose, par rapport à ceux ayant plus d'une dose à prendre par jour. D'autres facteurs associés à une observance sous-optimale comprennent un plus jeune âge, une interaction sociale positive plus faible, et une fréquence accrue de consommation excessive d'alcool. (82)

a) Facteurs ayant une incidence sur l'observance

L'observance est une pratique de santé qui exige un engagement personnel de la part des PVVIH de remplir régulièrement leurs prescriptions et de prendre des médicaments tous les jours pour le reste de leur vie. La rigidité de l'observance requise pour les traitements contre le VIH signifie que commencer le traitement peut comprendre des changements importants au style de vie de certaines PVVIH. (29;36;83) Le traitement est associé à des effets secondaires et peut compliquer d'autres conditions, et peut aussi retarder ou interrompre le traitement d'autres infections. Par conséquent, les PVVIH doivent tenir compte des avantages et des inconvénients de commencer le traitement.

> *Lorsque j'ai commencé le régime thérapeutique, il me semblait très accablant, et je trouvais cela difficile de demander aux autres de s'accommoder au moment où il fallait que je mange, lorsque j'étais avec des amis, et qu'on était à un souper ou à une activité semblable.*
>
> — Personne vivant avec le VIH/sida (83)

> *Ma vie est centrée sur mes médicaments. Par exemple, je ne peux pas quitter la maison sans eux, ou je dois revenir à la maison pour une heure fixe parce que je n'aime pas me déplacer avec eux si ce n'est pas obligatoire; je vais donc aller chez un ami, et ensuite je devrai partir pour prendre mes médicaments.*
>
> — Personne vivant avec le VIH/sida (83)

La dépression en soi est un facteur de risque pour la mortalité – même pour les PVVIH qui suivent un traitement – et peut avoir une incidence sur la capacité des PVVIH d'observer la posologie recommandée. L'effet de l'observance sur la relation entre les symptômes de dépression et la mortalité parmi 563 PVVIH qui commençaient un traitement antirétroviral hautement actif a été étudié sur une période de six ans. (84) Parmi ces patients, 51 % étaient classés comme ayant des symptômes de dépression à la date de référence. Ceux avec des symptômes de dépression et un taux d'observance de moins de 95 % étaient 5,9 fois plus susceptibles de mourir que ceux qui n'avaient pas de symptômes de dépression et qui respectaient le traitement.

La capacité et la volonté des PVVIH d'observer les régimes thérapeutiques prescrits sont compliquées par des facteurs psychosociaux. (85-88) La crainte de la stigmatisation et de la discrimination peut influer sur les pratiques d'observance parmi les PVVIH. Quinze PVVIH ont décrit les raisons qui ont influé sur leur décision de refuser un traitement antirétroviral hautement actif lorsque ce dernier avait été recommandé par un médecin. (85) Les facteurs qui découragent les participants de commencer le traitement comprennent les résultats attendus, les facteurs de médication, et les états d'humeur, par exemple la dépression, l'anxiété et la colère. Les participants ont également cité la crainte que les effets secondaires des médicaments exposent leur infection au VIH et entraînent de la gêne, du jugement, du rejet, et de l'abandon de relations sociales.

> *Je n'ai pas la force nécessaire pour dire aux autres que j'ai le sida. Je m'inquiète de ce que les gens penseraient de moi, de la façon dont ils me regarderaient, et de la façon dont ils me traiteraient. Je ne prends donc pas de médicament, car je ne veux pas que les autres le sachent.*
>
> — Personne vivant avec le VIH/sida (85)

> *En grande partie, il s'agit d'un déni de mon état séropositif. C'est la raison la plus importante, et les effets secondaires, mais les trois premières raisons sont : déni, déni, déni. Lorsque les gens me le demandent, je peux dire que je vais bien, aussi longtemps que je ne prends pas de médicament.*
>
> — Personne vivant avec le VIH/sida (85)

En plus de l'initiative et des responsabilités requises de la part des PVVIH, atteindre une observance optimale nécessite l'engagement des fournisseurs de soins des PVVIH pour offrir différences activités de soutien de l'observance. Dans le cadre d'une enquête menée auprès de médecins, de pharmaciens et d'infirmiers qui prodiguent des soins à des patients infectés par le VIH en Ontario, diverses activités de soutien de l'observance étaient appuyées par la majorité des répondants, mais ils ont également signalé qu'ils ne fournissaient pas toujours ces activités de soutien. Les obstacles relevés comprenaient le manque de temps, le besoin de professionnels de soins de santé supplémentaires

auxquels ils pourraient renvoyer les patients pour obtenir du soutien de l'observance, et la perception que certaines activités ne font pas partie de leur rôle. (69) L'accès des PVVIH à du soutien social peut également avoir une incidence sur les résultats cliniques parmi les PVVIH qui prennent des médicaments antirétroviraux. Une étude examinant 34 PVVIH qui prenaient des médicaments antirétroviraux systématiquement sur une période de quatre ans a déterminé qu'un soutien interpersonnel, informationnel, et émotionnel accru était associé à de meilleurs avantages cliniques, mesurés en fonction de la suppression virale. (89)

Le processus de réinstallation peut interrompre l'accès au traitement et nuire aux pratiques d'observance pour les PVVIH. Dans une étude menée auprès de 2 421 PVVIH en Colombie-Britannique, les participants qui ont déménagé au moins trois fois pendant l'étude étaient 1,79 fois plus susceptibles de ne pas respecter la posologie recommandée. (90) Les voyages à l'étranger peuvent également nuire aux pratiques d'observance – dans une enquête anonyme menée auprès de 290 PVVIH qui recevaient des soins d'une clinique de soins du VIH de Toronto, 133 ont signalé des voyages à l'étranger; parmi celles-ci, 29 % ont indiqué avoir arrêté de prendre leurs médicaments, ou ne se sont pas bien conformés au traitement pendant le voyage. (91)

b) Observance du traitement parmi des populations distinctes

Certaines populations ont plus de difficulté à accéder au traitement, et à l'observer. Dans une étude menée auprès de 892 PVVIH qui reçoivent un traitement en Colombie-Britannique, les Autochtones vivant avec le VIH/sida ont démontré des niveaux inférieurs d'observance du traitement que les autres PVVIH. (92) De plus, on a observé que les Autochtones vivant avec le VIH/sida qui avaient des antécédents d'utilisation de drogues injectables attendaient plus longtemps avant de commencer le traitement. (93) La marginalisation sociale, les sentiments d'invincibilité et les idées fausses par rapport au traitement peuvent jouer un rôle dans l'observance du traitement parmi les jeunes Autochtones vivant avec le VIH. (94) Les obstacles sociaux et structuraux ont nui à l'accès au traitement contre le VIH et aux services, et à l'utilisation de ceux-ci, par les femmes dans l'industrie du sexe dans le centre-est de Vancouver, une population qui a un taux élevé d'utilisation de drogues injectables. (95)

Il est connu que les PVVIH qui sont également infectées par le VHC et qui utilisent des drogues injectables font face à des obstacles importants en ce qui concerne l'accès au traitement, ce qui nuit à l'observance du traitement. (96) De plus, le traitement des co-infections dans cette population peut être compliqué par les interactions entre les traitements et les drogues illégales. Il a été déterminé qu'une co-infection par le VHC était un facteur prédictif des mauvaises tendances d'observance, indépendamment de l'utilisation de drogues injectables, dans un échantillon de 1 186 PVVIH, y compris 606 personnes ayant également le VHC. (97) Il a été démontré que le traitement à la méthadone peut avoir le potentiel d'améliorer l'observance du traitement et les résultats chez les personnes co-infectées par le VIH et le VHC qui utilisent des drogues injectables. (58;98)

De très nombreuses recherches sur le traitement au Canada examinent le lien entre l'utilisation de drogues injectables, l'observance et la mortalité. Au Canada, les taux d'observance faibles sont disproportionnellement élevés parmi les communautés ayant un nombre élevé de personnes qui utilisent des drogues injectables. (60;61;98;99) Par contre, les PVVIH qui utilisaient des drogues injectables n'ont pas démontré des taux élevés de résistance antirétrovirale par rapport aux PVVIH n'ayant pas d'antécédents d'utilisation de drogues injectables. (93) Les PVVIH qui utilisent des drogues injectables sont plus susceptibles de respecter le traitement recommandé lorsqu'on leur prescrit un régime thérapeutique quotidien à une seule pilule. (100)

Des études qui ont comparé la mortalité des PVVIH qui s'injectent des drogues, et celles qui ne le font pas, sont arrivées à différentes conclusions. Dans une étude qui modélise l'espérance de vie de différents groupes de PVVIH, on a trouvé que les PVVIH qui utilisent des drogues injectables avaient des disparités importantes en ce qui concerne l'espérance de vie par rapport aux PVVIH qui n'utilisent pas de drogues injectables. (101) Néanmoins, dans une étude qui a fait le suivi de 3 116 PVVIH qui commençaient un traitement antirétroviral hautement actif, dont 915 (29 %) étaient des utilisateurs de drogues injectables, les taux de survie sur cinq ans étaient presque identiques, après avoir tenu compte des décès par surdose. (102)

Dans une étude de 160 PVVIH qui participaient à une plus grande étude sur les utilisateurs de drogues injectables à Vancouver, 44 % ont arrêté le traitement pendant la période d'étude. Les raisons les plus courantes données pour l'arrêt du traitement étaient l'incarcération (44 %) et les effets secondaires des médicaments (41 %). (103) Dans

le cadre d'une étude qualitative de douze utilisateurs de drogues injectables séropositifs qui avaient été incarcérés, les participants ont indiqué avoir eu des interruptions de traitement et avoir reçu des conseils sous-optimaux relatifs à leur traitement pendant qu'ils étaient en prison. (104)

3.5 MÉDECINES DOUCES ET PARALLÈLES

L'expression « thérapies de médecines douces et parallèles » est un terme général qui fait référence à toute thérapie qui ne fait pas partie du modèle standard occidental. (29) La majorité des PVVIH qui ont recours aux thérapies de médecines douces et parallèles le font pour tirer profit des avantages de ces médecines, et de ceux de la médecine traditionnelle. Les médecines douces sont utilisées en combinaison avec des médicaments antirétroviraux, pour alléger les symptômes du VIH et du sida, pour soulager les effets secondaires, ou pour améliorer de façon générale sa qualité de vie. À l'heure actuelle, la plupart des coûts des médecines douces et parallèles ne sont pas couverts par les plans de soins de santé publique au Canada, bien que certaines PVVIH aient recours à certaines médecines douces et parallèles par l'entremise d'une assurance maladie privée. (36)

Des exemples de médecines douces et parallèles comprennent les affirmations et la visualisation, l'acuponcture, l'aromathérapie, la médecine ayurvédique, la phytothérapie, l'homéopathie, les massages et le toucher thérapeutique, la méditation, les traditions de guérison autochtones nord-américaines, la naturopathie, la médecine chinoise traditionnelle et le yoga. Les PVVIH peuvent utiliser les médecines douces et parallèles pour les raisons suivantes : accroître leur niveau d'énergie, renforcer leur santé spirituelle, soulager leur douleur chronique, soulager les nausées, aider à se rétablir de la toxicité médicamenteuse, calmer le stress et améliorer leur capacité d'adaptation. (36) Pour d'autres, l'utilisation de médecines douces et parallèles fait partie d'un mode de vie. Les Autochtones vivant avec le VIH/sida décrivent souvent la combinaison des pratiques de guérison autochtones et des thérapies occidentales dans leur approche holistique à la gestion de la santé. (105)

> *Je crois que connaître une approche occidentale, ainsi qu'une approche autochtone et différents types d'enseignements culturels serait préférable, comme nous ne vivons pas à l'extérieur de monde occidental. En fait, nous vivons dans ce monde. Et certaines personnes y répondraient seulement, car elles ont été blessées par de nombreuses personnes autochtones au fil du temps. Nous devons donc connaître les deux approches.*
>
> — Autochtone vivant avec le VIH/sida (105)

Le cannabis est une substance contrôlée au Canada; toutefois, l'accès légal aux fins d'utilisation médicinale peut être accordé aux personnes ayant des maladies graves, y compris le VIH et le sida, par l'entremise du *Règlement sur l'accès à la marihuana à des fins médicales*. En 2007, moins de 1 400 Canadiens avaient obtenu une approbation dans le cadre de ce Règlement. Dans une étude menée sur 197 PVVIH, près d'un tiers d'entre elles ont indiqué utiliser le cannabis pour s'autotraiter. Un total de 80 % de ces participants ont indiqué dépendre de voies illégales pour obtenir du cannabis. Des facteurs comme le manque d'information, et des préoccupations au sujet de la qualité du produit, ont été mentionnés comme des obstacles à l'accès légal au cannabis. De plus, de nombreux participants étaient d'avis que le processus d'application en vertu du Règlement sur l'accès à la marihuana à des fins médicales était stressant, et l'ont décrit comme étant long, pénible, compliqué et déroutant. (106)

Il y a de plus en plus de preuves qui indiquent que les réactions indésirables et la pharmacorésistance surviennent en raison d'interactions entre les produits de santé naturels et les médicaments antirétroviraux. (36;107-110) Les produits de santé naturels peuvent inclure les suppléments, les remèdes à base de plantes et les vitamines. (36) Une récente étude des rapports sur les cas canadiens d'effets indésirables, ainsi que des études cliniques réalisées avec des humains pour les patients qui prennent des médicaments antirétroviraux et des produits de santé naturels, a établi que le risque de résistance et de modifications thérapeutiques peut exister pendant l'utilisation simultanée de produits de santé naturels et de médicaments antirétroviraux. (110) Une autre étude systématique effectuée en 2005 a trouvé que des changements importants aux concentrations des médicaments surviennent lorsque des produits de santé

naturels sont combinés à des médicaments antirétroviraux. Cette étude a relevé des interactions importantes entre les médicaments antirétroviraux et l'ail, et entre les médicaments antirétroviraux et le millepertuis commun, même si des limites méthodologiques font en sorte qu'il n'est pas possible de généraliser ces résultats pour les patients. (109) En raison de la proportion importante connue des PVVIH qui ont recours à des produits de santé naturels au Canada, il est nécessaire d'effectuer davantage de recherches sur les interactions entre ces produits et les médicaments antirétroviraux.

En résumé, il existe très peu de recherches qui indiquent l'efficacité des médecines douces et parallèles. Le peu de preuves pour de nombreuses interventions par médecines douces et parallèles signifie que ces options ne sont donc pas considérées comme des traitements fondés sur des preuves. (36) En raison de l'estimation selon laquelle 90 % des PVVIH utilisent un type de médecine douce ou parallèle au Canada, il y a un besoin important de recherches et d'évaluations supplémentaires sur l'efficacité des différents types de médecines douces et parallèles utilisées par les PVVIH. (36)

3.6 VIH AU SEIN DE LA FAMILLE

Avoir un ou plusieurs membres d'une famille atteints du VIH a des répercussions sur l'ensemble de la famille, y compris sur les conjoints, les enfants et les familles élargies. La prestation de soins est extrêmement importante pour la santé et le bien-être des PVVIH. La famille joue un rôle de premier plan dans la prestation de ces soins, puisque la plupart des soins non médicaux sont donnés dans le milieu familial.

Aux fins du présent rapport, le terme « famille » s'entend de toute association de deux personnes ou plus liées entre elles par des liens de consentement mutuel, de la naissance, par l'adoption ou le placement et qui, ensemble, assument la responsabilité de diverses combinaisons de certains des éléments suivants : entretien matériel et soins des membres du groupe; l'ajout de nouveaux membres par le biais de la procréation ou de l'adoption; la socialisation des enfants; le contrôle social des enfants; le contrôle social des membres; la production, la consommation et la distribution de biens et de services; et la satisfaction des besoins affectifs. (111)

3.6.1 SANTÉ GÉNÉSIQUE ET PLANIFICATION FAMILIALE

Pour les PVVIH qui veulent avoir des enfants, la décision est rendue plus complexe par le risque de transmettre le VIH à son partenaire sexuel et aux enfants pendant la grossesse, ainsi que par le besoin de ressources familiales et de soins médicaux exhaustifs pour le VIH. Élever une famille lorsqu'on est séropositif peut nécessiter une gestion attentive de la santé et la prise en considération des réalités de la stigmatisation et de la discrimination contre les membres de la famille. Cela comprend également du soutien social et des pratiques d'adaptation saines pour surmonter les obstacles d'être parent lorsqu'on a une maladie chronique.

Comme il a été mentionné au chapitre 2, la transmission verticale de la mère à l'enfant pendant la grossesse a considérablement diminué au Canada depuis l'introduction du dépistage généralisé chez les femmes enceintes et la prise de médicaments antirétroviraux. Une augmentation du désir de devenir enceinte parmi les femmes vivant avec le VIH au Canada a récemment été documentée. (112-114) On croit que cette augmentation est le résultat de technologies améliorées pour le traitement et la prévention de la transmission verticale. (114) Le désir ou le sentiment d'obligation de nombreuses femmes vivant avec le VIH d'avoir des enfants a également été lié au genre et aux croyances culturelles par rapport à la maternité et à la féminité. (113) Une discussion sur les recherches récentes concernant le genre comme un déterminant de la santé se trouve au chapitre 4 du présent rapport.

Le traitement est un facteur pour déterminer la charge virale et le risque de transmission dans les couples sérodiscordants (où un partenaire est séropositif, et l'autre est séronégatif) qui tentent de concevoir. (115) Dans le cadre de la planification de grossesse, il faut tenir compte sérieusement des problèmes de traitement pour les femmes enceintes vivant avec le VIH/sida. Des réactions indésirables aux médicaments peuvent survenir chez les femmes enceintes qui prennent des médicaments antirétroviraux. Une étude effectuée entre 1997 et 2006 a fait le suivi de 103 femmes séropositives qui ont reçu un traitement antirétroviral hautement actif pendant la grossesse : il y a eu 98 réactions indésirables aux médicaments dans 49 du total de 133 grossesses (certaines femmes ont signalé plus d'une réaction). La plupart des rapports de réactions indésirables portaient sur des réactions faibles à modérées. Les réactions indésirables aux médicaments les plus courantes étaient de nature

gastro-intestinale, suivies de symptômes au niveau du système nerveux central, d'anémie, de niveaux d'enzymes élevés dans le foie ou le pancréas, et d'éruptions cutanées. (116)

Les chercheurs tentent de déterminer si les médicaments antirétroviraux pris par les femmes enceintes ont des effets négatifs sur leurs nouveau-nés. Des résultats d'une cohorte de 206 mères séropositives qui avaient été traitées par des médicaments antirétroviraux de 1997 à 2005 n'ont pas indiqué un risque accru important de naissance prématurée ou d'insuffisance de poids à la naissance chez leurs nouveau-nés. Les nouveau-nés dans cet échantillon ont atteint des percentiles de croissance normaux dans les deux premières années de vie. (117)

3.6.2 PARENTS ET VIH

Les enjeux des parents vis-à-vis le VIH a été relevé comme un sujet de préoccupation dans les recherches sur la santé. Les études qui examinent les expériences des femmes qui vivent avec le VIH mentionnent souvent les défis des priorités en concurrence associés au fait d'être une mère. (118) Elles se démènent pour équilibrer leurs propres besoins de santé et le besoin de garantir un hébergement familial sécuritaire et stable, de trouver un emploi, de répondre aux besoins de leurs enfants et pour certaines, d'éviter la violence et l'abus. Une recherche qualitative laisse entendre que les femmes vivant avec le VIH ont tendance à sacrifier leurs propres besoins en matière de santé en accordant la priorité aux besoins de leur famille. (12;118-121)

> *Je suis la seule personne qui va m'occuper de ces enfants. Essentiellement, je me suis assise, je me suis parlé, et je me suis dit que je devais y arriver.*
>
> — Femme vivant avec le VIH/sida (121)

> *Je crois que je n'ai pas le temps de m'occuper de moi-même en tant que femme, car je suis trop occupée à prendre soin d'autres personnes. Et je le fais... c'est finalement quand j'en peux presque plus que je me rends compte que je dois faire quelque chose pour moi-même. Et vous savez, j'ai un [jeune enfant] qui demande beaucoup d'attention, car il a des problèmes.*
>
> — Femme vivant avec le VIH/sida (12)

La crainte de perdre ses enfants aux services sociaux en raison de la stigmatisation liée au VIH a été décrite comme un problème important par les parents vivant avec le VIH/sida. (121;122)

> *J'ai entendu des histoires d'horreur d'autres parents, concernant des travailleurs sociaux qui ont été appelés pour absolument aucune raison. Ils supposent qu'il y a un problème social dans votre famille [s'il y a des cas de séropositivité]. C'est comme si vous étiez marqué, d'une certaine façon.*
>
> — Parent vivant avec le VIH/sida (121)

Le revenu familial et la stabilité en logement peuvent avoir une incidence sur le développement sain d'enfants vivant avec le VIH. Une étude qualitative analysant l'expérience de 50 parents vivant avec le VIH en Ontario laisse entendre que l'instabilité au niveau du logement peut mener à un milieu de vie instable pour les enfants, et à de l'incertitude au sujet de l'avenir. Le fait d'être mère monoparentale et les difficultés connexes liées au revenu et à l'instabilité en logement, ainsi que l'infection au VIH, ont été établis comme des facteurs ayant une incidence sur la capacité parentale des PVVIH. Les parents vivant avec le VIH ont décrit la perte de la garde de leur enfant, ou la crainte de perdre la garde en raison de l'infection au VIH et de l'instabilité en hébergement. (121)

> *J'étais très déprimée, et j'étais contrariée. Les services des enfants et de la famille m'ont dit que j'étais malade, et que si je n'avais pas de famille, comment allais-je pouvoir prendre soin de ma fille? Comment allais-je m'occuper de mon fils? Cela m'a beaucoup dérangée, car lorsque j'ai reçu le diagnostic, ils s'en fichaient, et ensuite, quand je suis tombée malade, on m'a enlevé ma fille, et ensuite mon fils, et cela m'a beaucoup blessée.*
>
> — Parent vivant avec le VIH/sida (121)

3.6.3 ENFANTS ET JEUNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA

Il y a un petit groupe d'enfants et de jeunes au Canada qui ont été infectés par le VIH pendant la période périnatale, alors que d'autres sont devenus séropositifs à l'adolescence. Cette section porte sur les enfants qui vivent avec le VIH depuis leur naissance.

Les parents et les professionnels de la santé sont responsables de divulguer aux enfants qu'ils sont séropositifs. Cette divulgation est un processus continu qui commence lorsque l'enfant est très jeune, et qui continue progressivement. Par exemple, on peut dire à un jeune enfant : « Ce médicament aidera à garder ton sang fort ». (123) Les enfants plus vieux et les adolescents peuvent comprendre des renseignements médicaux plus complexes. Il est important qu'ils soient bien informés au sujet des relations, de la santé sexuelle et de la prévention avant qu'ils deviennent actifs sexuellement. Divulguer une infection au VIH à un enfant séropositif peut créer un stress émotionnel grave pour les parents et les enfants, y compris le stress lié à la crainte du rejet par la communauté, et à la crainte que l'enfant blâme sa mère lorsque son infection a été transmise de façon verticale. (123)

Les décisions concernant la divulgation du VIH à l'école et aux amis ont été établies comme des sources importantes de stress parmi les enfants et les jeunes vivant avec le VIH. (11;124) Deux études récentes sur les enfants vivant avec le VIH au Canada laissent entendre que les enfants peuvent être victimes de stigmatisation et de discrimination à l'école et dans le milieu communautaire. (121;124)

Les jeunes vivant avec le VIH soulèvent différentes préoccupations, y compris l'isolation de sa propre communauté et de la communauté du VIH, le rejet social après la divulgation, la solitude, le désespoir, la fatigue liée aux traitements, et leurs craintes concernant leur santé à long terme. (11;125) Pour d'autres, par contre, la séropositivité n'est qu'une partie relativement petite de leur identité. (11)

> *Je crois qu'on ressent la même chose parfois, un sentiment de solitude; des fois, on a l'impression que personne ne nous connaît. Vous avez quelque chose, et vous le savez, mais les autres n'y pensent pas. Mais vous le savez, et vous agissez différemment parmi les gens, vous faites attention à ce que vous dites.*
>
> — Jeune vivant avec le VIH/sida (11)

> *Je fais mes choses, constamment. Je ne m'arrête jamais pour penser au fait que je suis atteint du VIH.*
>
> — Jeune vivant avec le VIH/sida (11)

La stigmatisation et la discrimination, les anxiétés au sujet de leur propre santé et de celle de leurs parents, et pour certains, l'expérience d'avoir perdu un parent au sida, peuvent s'accumuler pour créer des troubles de santé mentale, comme du stress et de la dépression parmi les enfants et les jeunes vivant avec le VIH. (124)

Les enjeux liés à la santé sexuelle et aux relations romantiques ont été décrits comme étant une source particulière de préoccupation et de stress parmi les jeunes vivant avec le VIH. (26;124;126) Les jeunes vivant avec le VIH doivent faire face aux difficultés de l'adolescence et de leur sexualité naissante, ce qui est rendu plus compliqué par les problèmes de divulgation de leur état séropositif. Dans deux études de Montréal examinant les problèmes de sexualité parmi les jeunes vivant avec le VIH depuis leur naissance, le thème de crainte du rejet découlant de la divulgation était le plus abordé. Les jeunes étaient bien informés concernant la prévention du VIH, et ils se sentaient responsables de protéger leurs partenaires actuels et futurs, mais plusieurs d'entre eux ont indiqué ne pas toujours utiliser un condom, et ne pas toujours divulguer leur état séropositif.

> *Je ne comprends pas pourquoi je le lui dirais, si je le protège.*
>
> — Jeune vivant avec le VIH/sida (26)

> *Lorsque je lui ai dit, oui, ça a été un choc, mais en même temps, il a vu autre chose que le VIH. Pour moi, c'était l'expérience la plus importante de ma vie... peu importe ce qui arrive, je sais qu'il sera toujours là.*
>
> — Jeune vivant avec le VIH/sida (26)

Des recherches émergentes étudient les difficultés auxquelles sont confrontés les jeunes vivant avec le VIH pendant la transition des soins pédiatriques aux soins adultes pour le VIH. Dans une étude de 54 jeunes vivant avec le VIH au Québec qui faisaient la transition aux soins adultes, un quart étaient immunosupprimés avec une numération de cellules CD4 de moins de 200 et un tiers de ceux qui ont été testés étaient pharmacorésistants. (127) L'observance du traitement représente une difficulté chez les jeunes qui font la transition aux soins adultes. Les jeunes qui avaient l'impression que leurs médicaments étaient essentiels pour leur bien-être ont signalé une observance plus continue du traitement, par rapport aux jeunes qui percevaient leurs médicaments comme un facteur

de différence par rapport à leurs pairs. (26) Ces études soulignent l'importance d'aborder la transition des soins pédiatriques aux soins adultes, et montrent que le soutien positif des pairs et des services flexibles peuvent aider à cette transition. (125;128)

3.6.4 LA VIOLENCE DANS LES RELATIONS INTIMES

La violence domestique a été étudiée en lien avec la vulnérabilité à l'infection au VIH, et cet enjeu a été abordé dans d'autres rapports dans la présente série. Des études sur les Autochtones, ainsi que sur les populations africaines et caribéennes examinent les effets de la violence domestique et sexuelle sur la prévention du VIH, et sur l'infection au VIH. (12;118;129-131)

Quelques études seulement ont porté sur la violence et sur ses effets sur les PVVIH. Dans une étude examinant la violence chez les partenaires mâles menée sur 186 hommes ayant des partenaires du même sexe à Vancouver, (132) l'état séropositif a été établi comme un facteur dans la violence. Les hommes vivant avec le VIH ont signalé une plus grande sensibilité à l'abus psychologique que les hommes séronégatifs. L'état séropositif n'était pas associé à un risque significativement plus élevé de violence corporelle, mais les hommes séropositifs ont indiqué un abus plus important que les hommes séronégatifs.

3.7 MODE DE VIE SAIN

Vivre avec le VIH nécessite une attention particulière à la gestion de sa santé, y compris manger des aliments nutritifs et faire de l'activité physique régulièrement. D'autres choix liés au mode de vie, comme la consommation du tabac, de drogues et d'alcool, ont une incidence sur la santé des PVVIH et sur la probabilité du succès thérapeutique. Ces pratiques de vie ont une incidence sur le succès du traitement, sur l'observance de celui-ci, et sur la qualité de vie. (36)

3.7.1 RÉGIME ALIMENTAIRE SAIN

Un régime alimentaire sain est important pour tout le monde, mais, en raison de la nature du VIH et de son traitement, les PVVIH ont des besoins alimentaires particuliers. Bien manger lorsqu'on est séropositif comprend l'inclusion alimentaire délibérée de glucides complexes, de matières grasses et de protéines, des aliments frais précisément non transformés, et des aliments faibles en gras saturés. Les protéines sont essentielles au régime des PVVIH. Les protéines sont nécessaires pour produire des hormones, des enzymes, des structures cellulaires, et des parties du système immunitaire, ainsi que pour conserver une masse musculaire maigre. (29)

Les PVVIH peuvent avoir des difficultés en matière de gestion du poids, en raison de l'infection au VIH ou des effets secondaires du traitement. (29) Une étude sur l'apport alimentaire et sur l'activité physique menée sur un échantillon de 65 mâles vivant avec le VIH/sida ayant des anomalies métaboliques a trouvé qu'un grand nombre d'entre eux avaient un surpoids ou étaient obèses, et ils ont signalé des régimes alimentaires élevés en matières grasses, faibles en fibres, et ayant des niveaux de microélément insuffisants. (133)

Certaines PVVIH peuvent ne pas être en mesure d'accéder aux éléments nécessaires pour un régime alimentaire sain. On considère qu'une personne a une insécurité alimentaire lorsque l'accès à des aliments sécuritaires et suffisamment nutritifs est limité ou instable. (72) L'insécurité alimentaire est un problème pour certaines PVVIH, notamment celles qui font partie de la population de la rue et qui sont vulnérables à un hébergement inadéquat. (73;134) Les dépendances chez les PVVIH peuvent avoir des effets défavorables sur la capacité et la volonté d'accéder à des aliments sains. (134) L'insécurité alimentaire survient souvent parmi les PVVIH qui sont plus jeunes, et est associée à une plus grande probabilité de symptômes dépressifs, de consommation du tabac et d'utilisation de drogues. (73)

> *Hier, c'était difficile, car c'était un jour férié, une longue fin de semaine. Quatre endroits qui distribuent de la nourriture étaient fermés, car c'était un jour férié. C'était difficile d'obtenir de la nourriture convenable, car la fermeture de certains endroits signifiait que les autres queues pour de la nourriture étaient deux fois plus longues, et il manquait de nourriture.*
>
> — Homme vivant avec le VIH/sida (134)

> *Les gens sont toxicomanes ici. Ils ne veulent pas dépenser leur argent en nourriture. Ils dépensent leur argent sur un snif de dix dollars [de crack] et vont se chercher un morceau de pizza par après.*
>
> — Personne transgenre vivant avec le VIH/sida (134)

Ne pas maintenir une alimentation saine a des répercussions négatives sur les résultats du traitement. (29) Une étude évaluant les résultats du traitement et le poids corporel de 1 119 PVVIH en Colombie-Britannique sur une période de neuf ans a déterminé que l'insécurité alimentaire était un facteur prédictif important de la mortalité, particulièrement chez les PVVIH qui ont un poids insuffisant. (72)

3.7.2 ACTIVITÉ PHYSIQUE

La forme physique est une composante essentielle pour bien vivre avec le VIH. L'activité physique est associée à une diminution des symptômes de dépression, à plus d'énergie, à la relaxation, à un meilleur sommeil, à une meilleure santé cardiovasculaire et pulmonaire, et au maintien des muscles maigres. (29) Un examen de 2010 de 14 interventions d'exercice aérobique pour les adultes vivant avec le VIH a conclu qu'il semble être sécuritaire pour les PVVIH de faire de l'exercice aérobique (définit comme une combinaison d'exercice aérobique et d'exercice de résistance progressive au moins trois fois par semaine, pendant au moins 20 minutes, pendant au moins cinq semaines), et que cela peut favoriser des améliorations de la forme physique, de la composition corporelle et du bien-être. L'examen recommande que des études de qualité plus poussées soient effectuées chez les femmes, les personnes âgées vivant avec le VIH, et les personnes qui arrêtent leurs programmes d'activité physique. (135)

Les PVVIH qui suivent un traitement ont souvent des problèmes de gestion du poids en raison des effets secondaires du traitement. La lipodystrophie, un effet secondaire de certains médicaments antirétroviraux qui fait en sorte que les tissus adipeux sont redistribués, est une préoccupation pour de nombreuses PVVIH au Canada. (36) En réponse, la recherche a examiné le potentiel de différents types d'entraînement physique pour atténuer ces conséquences et améliorer la qualité de vie de façon générale. (75;76) L'entraînement aérobique peut aider à réduire la graisse viscérale, ainsi que les tissus adipeux de tout le corps, en plus de normaliser les profils lipidiques des PVVIH. (133) Une augmentation de l'activité physique est associée à moins de douleur et à une meilleure qualité de vie mentale. (41)

3.8 SANTÉ SEXUELLE

Une sexualité saine correspond à la « présence d'une partie sexuelle satisfaisante, respectueuse et bénéfique de votre vie ». (29) Elle comprend la capacité d'avoir des relations sexuelles agréables et sécuritaires avec un partenaire consentant dans un milieu libre de discrimination, de menace, de coercition ou de violence. Vivre avec le VIH a une influence sur la sexualité de l'individu infecté en raison des troubles de santé associés à l'infection au VIH et au traitement. De plus, la séropositivité peut avoir un effet contraignant sur les relations sexuelles en raison de préoccupations par rapport à la retransmission, et la divulgation de l'état séropositif peut compliquer les relations intimes pour les PVVIH et leurs partenaires sexuels.

Les hommes et les femmes qui vivent avec le VIH peuvent avoir des complications liées aux effets physiologiques de l'infection au VIH sur leur santé sexuelle. Les types de dysfonctionnements sexuels chez les hommes vivant avec le VIH peuvent inclure des problèmes érectiles, de la difficulté à éjaculer, l'éjaculation prématurée, la perte de libido, le manque de plaisir provenant des relations sexuelles, l'anxiété par rapport à la performance sexuelle et de la douleur pendant les relations sexuelles. Certaines femmes vivant avec le VIH ont signalé une baisse de l'intérêt sexuel, de la difficulté à atteindre l'orgasme, et de la douleur ou moins de plaisir pendant les relations sexuelles. (36)

Une étude qui examine le lien entre la sexualité et l'infection au VIH parmi 20 femmes vivant avec le VIH au Canada décrit le VIH comme inhibant la sexualité féminine. (27) Les femmes séropositives ont mentionné des sentiments d'intimité et de spontanéité diminuées dans les relations sexuelles, ainsi que des sentiments de responsabilité par rapport à protéger les autres de l'infection, et la crainte d'infecter les autres. Elles ont également décrit être considérées comme étant des « vecteurs » du virus et ont discuté comment cela contribuait au fait qu'elles évitent les relations sexuelles, ou qu'elles s'abstiennent, et les répercussions de cette stigmatisation sur leur santé. (27)

Il y a peu de recherches à l'heure actuelle portant sur le lien entre la sexualité, le dysfonctionnement sexuel, l'intimité, l'identité sexuelle, et l'expérience de vivre avec le VIH. Il y a des preuves qualitatives qui laissent entendre que le VIH a souvent un effet contraignant sur la sexualité, comme la crainte d'infecter les autres peut avoir des répercussions sur les relations sexuelles. (28;36)

3.9 VIEILLIR AVEC LE VIH

Les PVVIH au Canada vieillissent – de même que la population générale – et le vieillissement entraîne différents problèmes et risques liés à la santé. De plus, les PVVIH peuvent souffrir de symptômes associés au vieillissement en raison du VIH ou des effets secondaires des médicaments antirétroviraux.

Des progrès thérapeutiques permettent aux PVVIH de vivre plus longtemps. En effet, on s'attend maintenant à ce qu'elles vivent une durée de vie relativement normale; toutefois, elles demeurent susceptibles, et ce, à un âge moins élevé que la population générale, à des conditions chroniques associées au vieillissement, y compris les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'arthrite, les démences, et certains cancers. Certaines de ces conditions sont maîtrisables.

La question de savoir si les PVVIH vieillissent plus rapidement, soit en raison du VIH, soit en raison des médicaments antirétroviraux, est le sujet de discussions et de recherches actuelles, (29;36) même si lors de la revue de la litérature pour ce rapport, il n'existait aucune recherche actuelle au Canada sur ce sujet. Les chercheurs étudient le rôle de l'inflammation dans les maladies chroniques, plus particulièrement la façon dont l'inflammation accélère les conditions qui sont perçues comme étant associées au vieillissement, par exemple les maladies cardiovasculaires. Les recherches laissent entendre qu'une initiation plus précoce au traitement contre le VIH, et des interventions axées sur le mode de vie, comme le renoncement au tabagisme et la prévention de l'obésité, peuvent aider à atténuer les effets de l'inflammation en ce qui concerne les maladies cardiovasculaires chez les PVVIH. (136)

Les adultes âgés ont tendance à être diagnostiqués à des étapes plus avancées de l'infection au VIH, ce qui peut être lié à un manque des fournisseurs de soins de santé à considérer les personnes âgées comme une population à risque à une infection au VIH. Les personnes âgées présentent souvent des maladies définissant le sida lorsqu'elles reçoivent leur diagnostic de séropositivité. (137) Les fournisseurs de soins de santé peuvent supposer que des symptômes du VIH/sida, comme la perte de l'ouïe et de la mémoire, font partie du processus de vieillissement normal, et ils peuvent ne pas songer à vérifier s'il y a infection au VIH. De surcroît, la perception que les personnes âgées sont moins susceptibles de se livrer à des activités sexuelles peut mener les fournisseurs de soins de santé à négliger les antécédents sexuels dans l'évaluation des risques. (137)

Certains auteurs laissent entendre que les personnes âgées vivant avec le VIH/sida sont confrontées à une double menace en ce qui concerne la stigmatisation liée au VIH et l'âgisme, où ils ressentent de la discrimination fondée sur l'âge lorsqu'ils accèdent aux organismes de services liés au sida, et de la stigmatisation en raison du VIH lorsqu'ils accèdent à des services pour les personnes non séropositives. D'autres soulignent des avantages précis que les personnes âgées peuvent avoir, en raison de leur expérience et de leurs capacités de résolution de problèmes. La durée de temps depuis laquelle une personne âgée vit avec le VIH a des répercussions importantes sur leurs expériences. (138)

Dans un document portant sur l'expérience de vieillissement parmi un groupe d'hommes gais atteint du VIH à Vancouver, l'expérience de ceux qui ont contracté le VIH tôt dans l'épidémie était comparée à celle de ceux qui ont été infectés plus tard dans la vie. (138) Les deux groupes ont fait face à des difficultés en ce qui concerne la gestion de leur santé et le traitement, et certains ont exprimé des craintes de vieillir sans partenaire et de l'exclusion sociale. Les survivants à long terme ont connu plusieurs pertes et des changements physiques et émotionnels importants pendant leurs trajectoires de vie. La plupart d'entre eux ont vécu des vies beaucoup plus longues qu'ils auraient pu l'imaginer au moment de leur diagnostic. Certains ont font part d'un désenchantement par rapport au style de vie gai actuel, qui, selon eux, a perdu un sentiment axé sur la communauté et l'ancienne urgence qui a mené à la réponse précoce au VIH. En ce qui concerne les hommes âgés nouvellement diagnostiqués, il y avait un sentiment de crainte plus fort pour l'avenir, et un désir prononcé d'obtenir du soutien social et de vivre en communauté avec d'autres hommes gais. (138)

3.10 SOINS PALLIATIFS

Des soins palliatifs exhaustifs et informés propres au VIH/sida sont essentiels pour aider les PVVIH à gérer la fin de leur vie de la façon la plus digne et confortable possible. (139) Les soins palliatifs sont un composant essentiel de tous services de soins du VIH/sida. (36)

Les soins de fin de vie appropriés pour les PVVIH nécessitent un contrôle intégré de la douleur et des symptômes, ainsi qu'une gestion supervisée des médicaments antirétroviraux. Les changements des causes de décès parmi les PVVIH découlant du traitement ont modifié la nature des soins palliatifs pour cette population. (140;141) Plus

particulièrement, il est nécessaire d'envisager des stratégies de gestion des symptômes et de la douleur pour les maladies autres que celles définissant le sida.

Les difficultés concernant la prestation de soins palliatifs pour les PVVIH qui sont sans-abri et qui font partie des populations de la rue ont reçu de l'attention récemment. Des taux de mortalité élevés parmi les personnes marginalisées vivant avec le VIH/sida ont des répercussions pour les interventions en soins palliatifs. Une étude récente examinant l'efficacité de soins palliatifs dans les refuges parmi une cohorte d'individus sans abri en phase terminale à Ottawa, dont 25 % étaient infectés par le VIH, a relevé un fardeau important de comorbidités, y compris des maladies physiques, des troubles psychiatriques et des dépendances. (142)

3.11 DEUIL

Les PVVIH, et celles touchées par le VIH, subissent différents types de deuil tout au long de leurs vies. De nombreux types de perte et de peine associés au VIH sont discutés dans le présent rapport, y compris la perte d'emploi, la perte d'êtres aimés par le rejet et l'abandon, et la perte de son ancienne vie. Cette section passera en revue les documents sur le deuil lié à la perte d'êtres aimés qui sont décédés du sida, et sur les répercussions de cette expérience sur les PVVIH survivants.

Un processus de deuil et d'acceptation accompagne la perte d'un être aimé. Pour les PVVIH qui ont un partenaire qui est décédé du sida, cette expérience peut être compliquée par des sentiments de colère, de frustration, de culpabilité, et de crainte de la mort. (143-145) De plus, les PVVIH peuvent faire face à la mort et à la perte fréquemment, en raison des liens qu'elles ont entre elles par l'entremise des réseaux sociaux liés au VIH, ainsi que des autres réseaux sociaux, comme la communauté gaie locale. Dans une étude menée en Ontario sur le deuil lié au sida, 67 participants (dont 86 % étaient des PVVIH) ont signalé avoir été touchés par 157 décès liés au sida, et 76 décès non liés au sida. Ils ont également mentionné plusieurs autres pertes importantes, comme des ruptures avec des partenaires, la perte d'amis et de famille, et la perte de leur carrière, de leur santé, de leur indépendance ou de leur image corporelle positive. Les effets physiques et mentaux de ces deuils et de ces pertes comprenaient l'insomnie, la fatigue, la dépression, l'anxiété, la colère, la frustration, et le désespoir. (144)

> *Le sida m'a causé beaucoup de conflits, car à un âge relativement jeune (25), j'ai commencé à connaître la perte de mes soutiens sociaux – même mes parents n'étaient pas encore arrivés à cette étape de la vie. Je n'avais pas l'impression que je pouvais en parler à ma famille; je ressentais de la stigmatisation, comme il s'agissait du sida.*
>
> — Personne vivant avec le VIH/sida (145)

> *Mon partenaire Keith et moi étions tous les deux séropositifs, et je m'attendais de mourir en premier. Toutefois, Keith est décédé en 1991 – j'ai perdu l'amour de ma vie. Par après, ce fut un décès après l'autre. Comme c'était tellement douloureux, des parties de moi-même se sont éteintes.*
>
> — Homme gai vivant avec le VIH/sida (145)

La perte d'êtres aimés peut mener certaines PVVIH à adopter des pratiques d'adaptation négatives, et à avoir des comportements à risque qui pourraient mettre en danger leur santé. (144) D'un autre côté, ceux qui ont perdu des êtres aimés à cause du sida sont parfois capables de trouver un sens à leur deuil. Les PVVIH ont également signalé des changements à leurs systèmes spirituels et de foi découlant du deuil. (144) Dans une étude qualitative portant sur le VIH et le deuil, 15 fournisseurs de soins qui s'étaient occupés de quelqu'un qui est mort du sida ont été interrogés. Les participants (dont neuf vivaient eux-mêmes avec le VIH) ont décrit des changements positifs et négatifs, y compris des sentiments de perte, de détresse, et de crainte de la mort, ainsi que des sentiments de soutien, de croissance et de spiritualité. (146)

3.12 RÉFÉRENCES

(1) Agence de la santé publique du Canada. Actualités en épidémiologie du VIH/sida – Juillet 2010. Chapitre 2 : Cas non diagnostiqués d'infection VIH au Canada. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2010.

(2) Agence de la santé publique du Canada. Test de dépistage du VIH et la consultation : politiques en transition? Rapport de recherche rédigé pour le Dialogue international sur la santé publique concernant les tests de dépistage du VIH et la consultation. 2007.

(3) Plitt SS, Singh AE, Lee BE, Preiksaitis JK. HIV seroprevalence among women opting out of prenatal HIV screening in Alberta, Canada: 2002-2004. Clin Infect Dis 2007;45(12):1640-3.

(4) Guenter D, Greer J, Barbara A, Robinson G, Roberts J, Browne G. Rapid point-of-care HIV testing in community-based anonymous testing program: A valuable alternative to conventional testing. AIDS Patient Care STDS 2008;22(3):195-204.

(5) Plitt SS, Mihalicz D, Singh AE, Jayaraman G, Houston S, Lee BE. Time to testing and accessing care among a population of newly diagnosed patients with HIV with a high proportion of Canadian Aboriginals, 1998-2003. AIDS Patient Care STDS 2009;23(2):93-9.

(6) Agence de la santé publique du Canada. Résumé : estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2011. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2012.

(7) Mill JE, Jackson RC, Worthington CA, Archibald CP, Wong T, Myers T, *et al.* HIV testing and care in Canadian Aboriginal youth: A community based mixed methods study. BMC Infect Dis 2008;8:132.

(8) Association médicale canadienne. Lignes directrices pour le counseling sur le sérodiagnostic du VIH. Ottawa : Association médicale canadienne; 1995.

(9) Mill JE, Lambert DT, Larkin K, Ward K, Harrowing JN. Challenging lifestyles: Aboriginal men and women living with HIV. Pimatisiwin – A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health 2007;5(2):151-73.

(10) Harris GE, Larsen D. Understanding hope in the face of an HIV diagnosis and high-risk behaviors. J Health Psychol 2008;13(3):401-15.

(11) Flicker S, Skinner H, Read S, Veinot T, McClelland A, Saulnier P, *et al.* Falling through the cracks of the big cities: Who is meeting the needs of HIV-positive youth? Can J Public Health 2005 Jul;96(4):308-12.

(12) Hawkins, K., Reading, C., Barlow, K. Notre recherche d'espaces sûrs : une étude qualitative sur les rôles de la violence sexuelle dans la vie des femmes autochtones atteintes du VIH/sida. Vancouver : Réseau canadien autochtone du sida; 2009.

(13) Harris GE, Alderson KG. Gay men living with HIV/AIDS: The potential for empowerment. J HIV/AIDS Soc Serv 2006;9-24.

(14) Harris GE, Larsen D. HIV peer counseling and the development of hope: Perspectives from peer counselors and peer counseling recipients. AIDS Patient Care ST 2007;21(11):843-60.

(15) Weir R, Crook J, Vanditelli-Chapman C. Unpredictable episodes of illness in the experiences of persons living with HIV/AIDS: A qualitative study. Toronto : Canadian Working Group on HIV and Rehabilitation; 2003.

(16) Solomon P, Wilkins S. Participation among women living with HIV: A rehabilitation perspective. AIDS Care 2008;20(3):292-6.

(17) Barkey V, Watanabe E, Solomon P, Wilkins S. Barriers and facilitators to participation in work among Canadian women living with HIV/AIDS. Can J Occup Ther 2009;76(4):269-75.

(18) P/S/L Research Canada. HIV+25 Canadian Survey. Insight into Canadians living with HIV/AIDS. P/S/L Research; 2008.

(19) Beauregard C, Solomon P. Understanding the experience of HIV/AIDS for women: Implications for occupational therapists. Can J Occup Ther 2005 Apr;72(2):113-20.

(20) Environics Research Group. Focus group study on experiences of stigma and discrimination for people living with HIV/AIDS. Toronto: Environics Research Group; 2007.

(21) McGinn F, Gahagan J, Gibson E. Back to work: Vocational issues and strategies for Canadians living with HIV/AIDS. Work 2005;25(2):163-71.

(22) Maticka-Tyndale E. To work or not to work: Combination therapies and HIV. Qual Health Res 2002;12(10):1353-72.

(23) Gahagan J, Rehman L, Baxter L. Living with HIV: An exploration of the work-related experiences of those living with HIV in Nova Scotia, Canada. Int J Dis Comm Rehab 2006;5(1):1-9.

(24) Adam BD, Elliott R, Husbands W, Murray J, Maxwell J. Effects of the criminalization of HIV transmission in Cuerrier on men reporting unprotected sex with men. Can J Law Soc 2008;23(1-2):143-59.

(25) Adam BD, Husbands W, Murray J, Maxwell J. Silence, assent and HIV risk. Cult Health Sex 2008;10(8):759-72.

(26) Fernet M, Wong K, Richard ME, Otis J, Lévy JJ, Lapointe N, *et al.* Romantic relationships and sexual activities of the first generation of youth living with HIV since birth. AIDS Care 2011;23(4):393-400.

(27) Gurevich M, Mathieson CM, Bower J, Dhayanandhan B. Disciplining bodies, desires and subjectivities: Sexuality and HIV-positive women. Fem Psychol 2007 Feb;17(1):9-38.

(28) Schilder AJ, Orchard TR, Buchner CS, Miller ML, Fernandes KA, Hogg RS, *et al.* 'It's like the treasure': Beliefs associated with semen among young HIV-positive and HIV-negative gay men. Cult Health Sex 2008;10(7):667-79.

(29) Réseau canadien d'info-traitements sida. Vous et votre santé : un guide à l'intention des personnes vivant avec le VIH. Toronto : CATIE; 2009.

(30) Taleski S. Unprotected anal intercourse (UAI) with casual sex partners clusters with other risk behaviours among men who have sex with men (MSM): Results from the Lambda study. Can J Infect Dis Med 2009;20: SB.

(31) Elford J. Changing patterns of sexual behaviour in the era of highly active antiretroviral therapy. Curr Opin Infect Dis 2006 Feb;19(1):26-32.

(32) Gastaldo D, Holmes D, Lombardo A, O'Byrne P. Unprotected sex among men who have sex with men in Canada: Exploring rationales and expanding HIV prevention. (Special Issue: Men's health: practice, policy, research and theory). Crit Pub Health 2009;19(3/4):399-416.

(33) Lavoie E, Alary M, Remis RS, Otis J, Vincelette J, Turmel B, *et al.* Determinants of HIV seroconversion among men who have sex with men living in a low HIV incidence population in the era of highly active antiretroviral therapies. Sex Transm Dis 2008;35(1):25-9.

(34) Adam BD, Husbands W, Murray J, Maxwell J. Risk construction in the reinfection discourses of HIV-positive men. Health Risk Soc 2005 Mar;7(1):63-71.

(35) International AIDS Society. Conference summary report on the 6th IAS conference on HIV pathogenisis, treatment and prevention (IAS 2011): Research highlights and implications for policy and practice. July 17-20, Rome, Italy. 2011.

(36) Canadian Working Group on HIV and Rehabilitation. E-module for evidence-informed HIV rehabilitation (E-module). Toronto: CWHGR; 2011.

(37) The Antiretroviral Therapy (ART) Cohort Collaboration. Life expectancy of individuals on combination antiretroviral therapy in high-income countries: A collaborative analysis of 14 cohort studies. Lancet 2008 Jul 26;372(9635):293-9.

(38) Althoff KN, Gange SJ, Klein MB, Brooks JT, Hogg RS, Bosch RJ, *et al.* Late presentation for human immunodeficiency virus care in the United States and Canada. Clin Infect Dis 2010;50(11):1512-20.

(39) Joy R, Druyts EF, Brandson EK, Lima VD, Rustad CA, Zhang W, *et al.* Impact of neighborhood-level socioeconomic status on HIV disease progression in a universal health care setting. J Acquir Immune Defic Syndr 2008;47(4):500-5.

(40) Krentz HB, Kliewer G, Gill MJ. Changing mortality rates and causes of death for HIV-infected individuals living in Southern Alberta, Canada from 1984 to 2003. HIV Med 2005 Mar;6(2):99-106.

(41) Kowal J, Overduin LY, Balfour L, Tasca GA, Corace K, Cameron DW. The role of psychological and behavioral variables in quality of life and the experience of bodily pain among persons living with HIV. J Pain Symptom Manage 2008;36(3):247-58.

(42) Bogdanova Y, az-Santos M, Cronin-Golomb A. Neurocognitive correlates of alexithymia in asymptomatic individuals with HIV. Neuropsychologia 2010;48(5):1295-304.

(43) Williams P, Narciso L, Browne G, Roberts J, Weir R, Gafni A. The prevalence, correlates, and costs of depression in people living with HIV/AIDS in Ontario: Implications for service directions. AIDS Educ Prev 2005 Apr;17(2):119-30.

(44) Noh MRS, Bekele T, Fenta H, Gardner S, Hamilton HHT, Li A, *et al.* Depressive symptoms, stress and resouces among adult immigrants living with HIV. J Imm Min Health 2011.

(45) Jackson R, Cain R, Prentice T, Collins E, Mill J, Barlow K. Depression among Aboriginal people living with HIV/AIDS. Ottawa: Canadian Aboriginal AIDS Network; 2008.

(46) Pandya R, Krentz HB, Gill MJ, Power C. HIV-related neurological syndromes reduce health-related quality of life. Can J Neurol Sci 2005 May;32(2):201-4.

(47) Wang GJ, Phypers M, Ellis E. Demographic, laboratory and clinical characteristics of HIV-positive tuberculosis cases in Canada. J Infect P Health 2009;2(3):112-9.

(48) Romanowski B, Myziuk LN, Walmsley SL, Trottier S, Singh AE, Houston S, *et al.* Seroprevalence and risk factors for herpes simplex virus infection in a population of HIV-infected patients in Canada. Sex Transm Dis 2009;36(3):165-9.

(49) de Pokomandy A, Rouleau D, Ghattas G, Vézina C, Côté P, MacLeod J. Prevalence, clearance, and incidence of anal human papillomavirus infection in HIV-infected men: The HIPVIRG cohort study. J Infect Dis 199(7), 965-973. 2009.

(50) Leber A, MacPherson P, Lee BC. Epidemiology of infectious syphilis in Ottawa: Recurring themes revisited. Can J Public Health 2008;99(5):401-5.

(51) Kwan C, Ernst J. HIV and tuberculosis: A deadly human syndemic. Clin Microbiol Rev 2011;24(2):351-76.

(52) Braitstein P, Yip B, Montessori V, Moore D, Montaner JS, Hogg RS. Effect of serostatus for hepatitis C virus on mortality among antiretrovirally naive HIV-positive patients. CMAJ 2005 Jul 19;173(2):160-4.

(53) Braitstein P, Justice A, Bangsberg DR, Yip B, Alfonso V, Schechter MT, *et al.* Hepatits C coinfection is independently associated with decreased adherence to antiretroviral therapy in a population-based HIV cohort. AIDS 2006 Feb 14;20(3):323-31.

(54) Cooper CL, Mills E. Comparison of first antiretroviral treatment duration and outcome in HIV, HIV-HBV and HIV-HCV infection. Int J STD AIDS 2007 Aug;18(8):546-50.

(55) Braitstein P, Montessori V, Chan K, Montaner JS, Schechter MT, O'Shaughnessy MV, *et al.* Quality of life, depression and fatigue among persons co-infected with HIV and hepatitis C: Outcomes from a population-based cohort. AIDS Care 2005 May;17(4):505-15.

(56) Rourke S, Sobota M, Tucker R, Bekele T, Gibson K, Greene S, *et al.* Social determinants of health associated with hepatitis C co-infection among people living with HIV: Results from the Positive Spaces, Healthy Places study. Open Med 2011;5(3):120-31.

(57) McLaren M, Garber G, Cooper C. Barriers to hepatits C virus treatment in a Canadian HIV-hepatits C virus coinfection tertiary care clinic. Can J Gastroenterol 2008;22(2):133-7.

(58) Palepu A, Tyndall MW, Joy R, Kerr T, Wood E, Press N, *et al.* Antiretroviral adherence and HIV treatment outcomes among HIV/HCV co-infected injection drug users: The role of methadone maintenance therapy. Drug Alcohol Depend 2006 Sep 15;84(2):188-94.

(59) Emery J, Pick N, Mills EJ, Cooper CL. Gender differences in clinical, immunological, and virological outcomes in highly active antiretroviral-treated HIV-HCV coinfected patients. Patient Prefer Adherence 2010;4:97-103.

(60) Shannon K, Kerr T, Lai C, Ishida T, Wood E, Montaner JSG, *et al.* Nonadherence to antiretroviral therapy among a community with endemic rates of injection drug use. J Int Ass Physicians AIDS Care: JIAPAC 2005 Sep;4(3):66-72.

(61) Tyndall MW, McNally M, Lai C, Zhang R, Wood E, Kerr T, *et al.* Directly observed therapy programmes for anti-retroviral treatment amongst injection drug users in Vancouver: Access, adherence and outcomes. Int J Drug Policy 2007 Aug;18(4):281-7.

(62) Anderson J, Brown G. HIV and disability insurance in Canada: An environmental scan. Toronto: CWGHR; 2005.

(63) O'Brien KK, Bayoumi AM, Strike C, Young NL, Davis AM. Exploring disability from the perspective of adults living with HIV/AIDS: Development of a conceptual framework. Health Qual Life Outcomes 2008;6:76.

(64) Lima VD, Hogg RS, Harrigan PR, Moore D, Yip B, Wood E, *et al.* Continued improvement in survival among HIV-infected individuals with newer forms of highly active antiretroviral therapy. AIDS 2007 Mar 30;21(6):685-92.

(65) Gill VS, Lima VD, Zhang W, Wynhoven B, Yip B, Hogg RS, *et al.* Improved virological outcomes in British Columbia concomitant with decreasing incidence of HIV type 1 drug resistance detection. Clin Infect Dis 2010;50(1):98-105.

(66) Gingues S, Gill MJ. The impact of highly active antiretroviral therapy on the incidence and outcomes of AIDS-defining cancers in Southern Alberta. HIV Med 2006 Sep;7(6):369-77.

(67) Schlichemeyer R, Chambers C, Gill MJ. The oncology impact of highly active antiretroviral therapy. J Oncol Pharm Pract 2007 Mar;13(1):17-25.

(68) Park Wyllie LY, Strike CS, Antoniou T, Bayoumi AM. Adverse quality of life consequences of antiretroviral medications. AIDS Care 2007;19(2):252-7.

(69) Park Wyllie LY, Kam D, Bayoumi A. The adherence support gap: The 'ideal' versus 'reality' of antiretroviral adherence support provided by HIV health providers in clinical practice. Ann Pharmacother 2009;43(6):1036-44.

(70) Furler MD, Einarson TR, Walmsley S, Millson M, Bendayan R. Longitudinal trends in antiretroviral use in a cohort of men and women in Ontario, Canada. AIDS Patient Care STDS 2006 Apr;20(4):245-57.

(71) Kitahata MM, Gange SJ, Abraham AG, Merriman B, Saag MS, Justice AC, *et al*. Effect of early versus deferred antiretroviral therapy for HIV on survival. N Engl J Med 2009;360(18):1815-26.

(72) Weiser SD, Fernandes KA, Brandson EK, Lima VD, Anema A, Bangsberg DR, *et al*. The association between food insecurity and mortality among HIV-infected individuals on HAART. J Acquir Immune Defic Syndr 2009;52(3):342-9.

(73) Anema A, Weiser SD, Fernandes KA, Ding E, Brandson EK, Palmer A, *et al*. High prevalence of food insecurity among HIV-infected individuals receiving HAART in a resource-rich setting. AIDS Care 2011;23(2):221-30.

(74) Canadian AIDS Treatment Information Exchange. A practical guide to HIV drug side effects for people living with HIV/AIDS. Toronto: CATIE; 2006.

(75) Levy AR, McCandless L, Harrigan PR, Hogg RS, Bondy G, Iloeje UH, *et al*. Changes in lipids over twelve months after initiating protease inhibitor therapy among persons treated for HIV/AIDS. Lipids Health Dis 2005;4(1):4.

(76) Burgoyne R, Collins E, Wagner C, Abbey S, Halman M, Nur M, *et al*. The relationship between lipodystrophy-associated body changes and measures of quality of life and mental health for HIV-positive adults. Qual Life Res 2005 May;14(4):981-90.

(77) Bucciardini R, Fragola V, Massella M, Polizzi C, Mirra M, Goodall R, *et al*. Health-related quality of life outcomes in HIV-infected patients starting different combination regimens in a randomized multinational trial: The INITIO-QoL substudy. AIDS Res Hum Retrov 2007 Oct; 23(10):1215-22.

(78) Machouf N, Thomas R, Nguyen VK, Trottier B, Boulasse MR, Wainberg MA, *et al*. Effects of drug resistance on viral load in patients failing antiretroviral therapy. J Med Virol 2006 May;78(5):608-13.

(79) Fielden SJ, Rusch M, Yip B, Wood E, Shannon K, Levy AR, *et al*. Nonadherence increases the risk of hospitalization among HIV-infected antiretroviral naive patients started on HAART. J Int Assoc Physicians AIDS Care 2008;7(5):238-44.

(80) Nosyk B, Sun H, Li X, Palepu A, Anis AH. Highly active antiretroviral therapy and hospital readmission: comparison of a matched cohort. BMC Infect Dis 2006;6:146.

(81) Fielden SJ, Rusch MLA, Levy AR, Yip B, Wood E, Harrigan RP, *et al*. Predicting hospitalization among HIV-infected antiretroviral naive patients starting HAART: determining clinical markers and exploring social pathways. AIDS Care 2008;20(3):297-303.

(82) Raboud J, Li M, Walmsley S, Cooper C, Blitz S, Bayoumi AM, *et al*. Once Daily Dosing Improves Adherence to Antiretroviral Therapy. AIDS Behav 2010;1-13.

(83) McCoy L. Time, self and the medication day: a closer look at the everyday work of 'adherence'. Sociol Health Illn 2009;31(1):128-46.

(84) Lima VD, Geller J, Bangsberg DR, Patterson TL, Daniel M, Kerr T, *et al*. The effect of adherence on the association between depressive symptoms and mortality among HIV-infected individuals first initiating HAART. AIDS 2007 May 31;21(9):1175-83.

(85) Alfonso V, Bermbach N, Geller J, Montaner JS. Individual variability in barriers affecting people's decision to take HAART: a qualitative study identifying barriers to being on HAART. AIDS Patient Care STDS 2006 Dec;20(12):848-57.

(86) Alfonso V, Geller J, Bermbach N, Drummond A, Montaner JS. Becoming a "treatment success": what helps and what hinders patients from achieving and sustaining undetectable viral loads. AIDS Patient Care STDS 2006 May;20(5):326-34.

(87) Balfour L. A randomized controlled psycho-education intervention trial: Improving psychological readiness for successful HIV medication adherence and reducing depression before initiating HAART. AIDS Care 2006;18(7):830-8.

(88) Bresalier M, Gillis L, McClure.C., Mykhalovskiy E, Taylor D, Weber M. Making Care Visible: Antiretroviral Therapy and the Health Work of People Living With HIV/AIDS. Toronto: Making Care Visible Working Group; 2002.

(89) Burgoyne RW. Exploring direction of causation between social support and clinical outcome for HIV-positive adults in the context of highly active antiretroviral therapy. AIDS Care 2005 Jan;17(1):111-24.

(90) Lima V, Fernandes K, Rachlis B, Druyts E, Montaner J, Hogg R. Migration adversely affects antiretroviral adherence in a population-based cohort of HIV/AIDS patients. Soc Sci Med 2009;68(6):1044-9.

(91) Salit IE, Sano M, Boggild AK, Kain KC. Travel patterns and risk behaviour of HIV-positive people travelling internationally. CMAJ 2005 Mar 29;172(7):884-8.

(92) Miller CL, Spittal PM, Wood E, Chan K, Schechter MT, Montaner JS, *et al*. Inadequacies in antiretroviral therapy use among Aboriginal and other Canadian populations. AIDS Care 2006 Nov;18(8):968-76.

(93) Wood E, Hogg RS, Yip B, Dong WW, Wynhoven B, Mo T, *et al*. Rates of antiretroviral resistance among HIV-infected patients with and without a history of injection drug use. AIDS 2005 Jul 22;19(11):1189-95.

(94) Veinot TC, Flicker SE, Skinner HA, McClelland A, Saulnier P, Read SE, *et al*. "Supposed to make you better but it doesn't really": HIV-positive youths' perceptions of HIV treatment. J Adolesc Health 2006 Mar;38(3):261-7.

(95) Shannon K, Bright V, Duddy J, Tyndall MW. Access and utilization of HIV treatment and services among women sex workers in Vancouver's Downtown Eastside. J Urban Health 2005 Sep;82(3):488-97.

(96) Braitstein P, Li K, Kerr T, Montaner JS, Hogg RS, Wood E. Differences in access to care among injection drug users infected either with HIV and hepatitis C or hepatitis C alone. AIDS Care 2006 Oct;18(7):690-3.

(97) Braitstein P, Zala C, Yip B, Brinkhof MW, Moore D, Hogg RS, *et al*. Immunologic response to antiretroviral therapy in hepatits C virus-coinfected adults in a population-based HIV/AIDS treatment program. J Infect Dis 2006 Jan 15;193(2):259-68.

(98) Wood E, Kerr T, Zhang R, Guillemi S, Palepu A, Hogg RS, *et al*. Poor adherence to HIV monitoring and treatment guidelines for HIV-infected injection drug users. HIV Med 2008;9(7):503-7.

(99) Wood E, Hogg RS, Kerr T, Bonner S, Strathdee SA, Palepu A, *et al*. Rates of inappropriate antiretroviral prescription among injection drug users. Harm Reduct J 2007;4(2):1-4.

(100) Conway B, Grebely J, Tossonian H, Lefebvre D, de Vlaming S. A systematic approach to the treatment of HIV and hepatitis C virus infection in the inner city: a Canadian perspective. Clin Infect Dis 2005 Jul 1;41(Suppl 1):S73-S78.

(101) Lloyd-Smith E, Brodkin E, Wood E, Kerr T, Tyndall MW, Montaner JSG, *et al*. Impact of HAART and injection drug use on life expectancy of two HIV-positive cohorts in British Columbia. AIDS 2006;20(3):445-50.

(102) Wood E, Hogg R, Lima VD, Yip B, Marshall BD, *et al*. Highly active antiretroviral therapy and survival in HIV-infected injection drug users. JAMA 2008;300(5):550-4.

(103) Kerr T, Marshall A, Walsh J, Palepu A, Tyndall M, Montaner J, *et al*. Determinants of HAART discontinuation among injection drug users. AIDS Care 2005 Jul;17(5):539-49.

(104) Small W, Wood E, Betteridge G, Montaner J, Kerr T. The impact of incarceration upon adherence to HIV treatment among HIV-positive injection drug users: a qualitative study. AIDS Care 2009;21(6):708-14.

(105) Barlow K, Reading C, Akan M, Jackson R, MacLean L. Soins relationnels – Guide des soins de santé et de soutien à l'intention des Autochtones aux prises avec le VIH/sida. Ottawa : Réseau canadien autochtone du sida; 2008.

(106) Belle-Isle L, Hathaway A. Barriers to access to medical cannabis for Canadians living with HIV/AIDS. AIDS Care 2007;19(4):500-6.

(107) Budzinski JW, Foster BC, Trudeau VL, Drouin CE, BafiYeboa N, Arnason JT. The interaction of selected phytochemicals, HIV drugs, and commercial-source herbal teas and capsules with human cytochrome P450 3A4 and P-glycoprotein. Pharm Biol 2008;46(1/2):53-65.

(108) Dhalla S, Chan KJ, Montaner JS, Hogg RS. Complementary and alternative medicine use in British Columbia – a survey of HIV positive people on antiretroviral therapy. Complement Ther Clin Pract 2006 Nov;12(4):242-8.

(109) Mills E, Montori V, Perri D, Phillips E, Koren G. Natural health product-HIV drug interactions: a systematic review. Int J STD AIDS 2005;16(3):181-6.

(110) MacDonald L, Murty M, Foster BC. Antiviral drug disposition and natural health products: risk of therapeutic alteration and resistance. Expert Opin Drug Metab Toxicol 2009;5(6):563-78.

(111) Glossop, R. Définition de la famille. L'Institut Vanier de la famille; 13 février 2012.

(112) Ogilvie GS, Palepu A, Remple VP, Maan E, Heath K, MacDonald G, *et al.* Fertility intentions of women of reproductive age living with HIV in British Columbia, Canada. AIDS 2007 Jan;21(Suppl 1):S83-S88.

(113) Lentz VJ. Asking the inconceivable? Ethical and legal considerations regarding HIV-seropositive couples' request to access assisted reproductive technologies (ARTs): a Canadian perspective. Health Law J 2008;16:237-80.

(114) Loutfy MR, Hart TA, Mohammed SS, Su D, Ralph ED, Walmsley SL, *et al.* Fertility desires and intentions of HIV-positive women of reproductive age in Ontario, Canada: a cross-sectional study. PLoS ONE 2009;4(12):e7925.

(115) Margolese S, Loutfy M. National HIV pregnancy guidelines. Toronto: Canadian HIV Fertility Program; 2009.

(116) Zuk D, Hughes C, Foisy M, Robinson J, Singh A, Houston S. Adverse effects of antiretrovirals in HIV-infected pregnant women. Annals of Pharmacotherapy 2009;43(6):1028-35.

(117) Carceller A, Ferreira E, Alloul S, Lapointe N. Lack of effect on prematurity, birth weight, and infant growth from exposure to protease inhibitors *in utero* and after birth. Pharmacotherapy 2009;29(11):1289-96.

(118) McCall J, Browne A, Reimer-Kirkham S. Struggling to survive: The difficult reality of Aboriginal women living with HIV/AIDS. Qual Health Res 2009;19(12):1769-82.

(119) Clow B. HIV/AIDS on rise for Canadian women: prevention, treatment, care and support programs and policies do not address needs of girls and women. Can Women's Health N 2005;8(1/2):8-9.

(120) Tharao E, Massaquoi N, Teclom S. The silent voices of the HIV/AIDS epidemic in Canada: African and Caribbean women in Toronto. Can Women's Health N 2005;8(1/2):13-4.

(121) Greene S, Tucker R, Rourke SB, Monette L, Koornstra J, Sobota M, *et al.* "Under My Umbrella": the housing experiences of HIV positive parents who live with and care for their children in Ontario. Arch Women Ment Health 2010;13(3):223-32.

(122) Hawkins, K., Reading, C., Barlow, K. Notre recherche d'espaces sûrs : Une étude qualitative sur les rôles de la violence sexuelle dans la vie des femmes autochtones atteintes du VIH/sida. Vancouver : Réseau canadien autochtone du sida; 2009.

(123) Salter Goldie R. Disclosing HIV diagnosis to infected children: a health care team's approach. Vuln Children Youth Stud 2007;2(1):12-6.

(124) Fielden SJ, Sheckter L, Chapman GE, Alimenti A, Forbes JC, Sheps S, *et al.* Growing up: perspectives of children, families and service providers regarding the needs of older children with perinatally-acquired HIV. AIDS Care 2006 Nov;18(8):1050-3.

(125) Compton *et al.* Challenges in meeting the psycho-social needs of older youth living with HIV since childhood: sex HAART and disclosure. 2011.

(126) Fernet M, Proulx-Boucher K, Richard M, Levy J, Otis J, Samson J, *et al.* Issues of sexuality and prevention among adolescents living with HIV/AIDS since birth. Canadian Journal of Human Sexuality 2007;16(3-4):101-11.

(127) Van der Linden *et al.* Portrait of antiretroviral drug resistance in HIV-1 infected adolescents prior to their transfer to adult care: an exploratory study. 2011.

(128) Fernet *et al.* "Aging out": From pediatric to adult models of HIV care. 2011.

(129) Agence de la santé publique du Canada. Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Personnes provenant de pays où le VIH est endémique – Population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2009.

(130) Barlow K, Loppie C, Jackson R, Akan M, MacLean L, Reimer G. Culturally competent service provision issues experienced by Aboriginal people living with HIV/AIDS. Pimatisiwin 2008;6(2):155-80.

(131) Agence de la santé publique du Canada. Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Autochtones. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2010.

(132) Bartholomew K, Regan KV, Oram D, White MA. Correlates of partner abuse in male same-sex relationships. Violence Vict 2008;23(3):344-60.

(133) Arendt BM, Aghdassi E, Mohammed SS, Fung LY, Jalali P, Salit IE, *et al.* Dietary intake and physical activity in a Canadian population sample of male patients with HIV infection and metabolic abnormalities. Curr HIV Res 2008;6(1):82-90.

(134) Miewald C, IbanezCarrasco F, Turner S. Negotiating the local food environment: the lived experience of food access for low-income people living with HIV/AIDS. J Hunger Env Nutr 2010;5(4):510-25.

(135) O'Brien K. Aerobic exercise interventions for adults living with HIV/AIDS. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010;(8:CD001796).

(136) Tsoukas C. Chronic Inflammation and its Role in HIV. OHTN Research Conference Plenary Speech. Toronto 2011.

(137) Eldred S, West L. HIV prevalence in older adults. Can Nurse 2005 Nov;101(9):20-3.

(138) Robinson W, Petty M, Patton C, Kang H. Aging with HIV: Historical and intra-community differences in experience of aging with HIV. J Gay Lesbian Soc Serv 2008;20(1/2):111-28.

(139) Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH/SIDA 2011-2015. Genève : OMS; 2011.

(140) Arnold DM, Julian JA, Walker IR. Mortality rates and causes of death among all HIV-positive individuals with hemophilia in Canada over 21 years of follow-up. Blood 2006 Jul 15;108(2):460-4.

(141) Bahl S, Theis B, Nishri D, Marrett LD. Changing incidence of AIDS-related Kaposi sarcoma and non-Hodgkin lymphoma in Ontario, Canada. Cancer Causes Control 2008;19(10):1251-8.

(142) Podymow T, Turnbull J, Coyle D. Shelter-based palliative care for the homeless terminally ill. Palliat Med 2006 Mar;20(2):81-6.

(143) Cadell S, Marshall S. The (re)construction of self after the death of a partner to HIV/AIDS. Death Stud 2007;31(6):537-48.

(144) Leaver C, Perreault Y, Demetrakopoulos, AIDS Bereavement Project of Ontario's Survive and Thrive Working Group. Understanding AIDS-related bereavement and multiple loss among long-term survivors of HIV in Ontario. Can J Human Sex 2008;17(1-2):37-52.

(145) Perreault Y, Fitton W, McGovern M. The presence of absence. Bereavement Care 2010;29(3):26-33.

(146) Cadell S. The sun always comes out after it rains: understanding posttraumatic growth in HIV caregivers. Health Soc Work 2007;32(3):169-76.

CHAPITRE 4 – DONNÉES PROBANTES SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ AFFECTANT LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA

La santé et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH) sont influencées par de nombreux déterminants de la santé. D'autres rapports de cette série ont examiné la façon dont les déterminants de la santé influencent la vulnérabilité à l'infection au VIH, alors que les données de recherche examinées dans le présent chapitre présentent la façon dont les déterminants de la santé continuent d'influencer la santé et la qualité de vie des PVVIH au Canada, après leur infection. L'influence de ces facteurs sur la santé physique et mentale et la mortalité des PVVIH sera étudiée.

La relation entre les déterminants de la santé et le VIH/sida est complexe et multidirectionnelle. Alors que les déterminants de la santé peuvent contribuer à la vulnérabilité à l'infection au VIH, vivre avec le VIH peut avoir un effet sur les déterminants de la santé, notamment en matière de revenu, d'environnements sociaux et les habitudes de vie.

Bien qu'il y ait des facteurs communs ayant une influence sur les déterminants de la santé des PVVIH au Canada, d'une manière générale, cette population est très diverse. Il peut y avoir peu de points communs entre un homme gai vivant en ville, un réfugié d'Afrique de l'Ouest et une personne sans-abri qui utilise des drogues injectables. Ces expériences diverses continuent d'influencer la vie des personnes après leur infection. Les expériences des PVVIH dans des zones rurales et isolées sont différentes de celles vivant dans des zones urbaines. L'âge, le genre et la culture influencent également la résilience, la santé et la qualité de vie des PVVIH.

Bien que les populations les plus affectées par le VIH au Canada puissent avoir différentes expériences de vie, elles peuvent, cependant, partager l'expérience d'être marginalisées et victimes de différents types de stigmatisation et de discrimination, notamment l'homophobie, le racisme et le sexisme.

Ce chapitre examinera les résultats de recherche disponibles sur les PVVIH de tous les milieux sociaux. Il fournit une synthèse des données actuelles sur les déterminants sociaux de la santé et du VIH/sida relatifs aux PVVIH au Canada. Le présent chapitre traitera spécifiquement du développement de la petite enfance, du revenu, du statut socioéconomique et de l'éducation, de l'emploi et des conditions de travail, des environnements sociaux, des réseaux de soutien social, des environnements physiques, de la culture, du genre, de l'accès aux services de santé et des habitudes de vie et des compétences d'adaptation personnelles. Les thèmes de la stigmatisation et de la discrimination contre les PVVIH et des difficultés de divulgation de la séropositivité seront traités dans le chapitre.

Il convient de noter que la littérature internationale a établi qu'il existe des différences biologiques parmi les PVVIH qui influencent la durée entre l'infection au VIH et le début des maladies définissant le sida. Certaines personnes contractent le sida en quelques années, alors que d'autres peuvent être infectées par le VIH pendant plus de 10 ans, mais restent en bonne santé sans commencer le traitement antirétroviral. Sachant que ce rapport est axé sur les déterminants sociaux de la santé, il ne portera pas sur la recherche dans ce domaine.

4.1 DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE

Un développement de la petite enfance en bonne santé influence fortement une vie adulte en bonne santé. L'obésité, les maladies mentales, la vulnérabilité à la violence, les dépendances et les comportements criminels peuvent trouver leurs origines dans les premières années de la petite enfance. À l'inverse, une implication positive des parents et des environnements familiaux stimulants peuvent avoir un impact positif sur la santé et le développement de

l'enfant jusqu'à l'âge adulte. Les facteurs ayant une influence sur le développement de la petite enfance en bonne santé incluent : revenu familial approprié, foyer stable, rôle efficace des parents et fonctionnement efficace de la famille, soutien de l'employeur pour les parents et environnements communautaires positifs avec programmes sociaux accessibles et ressources pour les parents. (1)

Les expériences d'abus et de négligence au cours de la petite enfance peuvent influencer l'adoption de comportements à risque associés au VIH dans l'adolescence et à l'âge adulte, ce qui contribue ainsi à la vulnérabilité à l'infection au VIH. (2-4) Au cours d'une étude menée sur des jeunes Autochtones dans deux villes de la Colombie-Britannique, des expériences de relations sexuelles non consensuelles au cours de l'enfance étaient associées à un risque supérieur d'infection au VIH. (4) Le développement de la petite enfance peut également influencer l'état de santé et la qualité de vie des adultes vivant avec le VIH/sida; cependant, aucune recherche n'a démontré qu'il existait des liens entre ces facteurs spécifiques. En outre, très peu de recherches sur le VIH/sida au Canada traitent des difficultés du développement de la petite enfance chez les enfants (de 0 à 6 ans) vivant avec le VIH.

4.2 REVENU, STATUT SOCIOÉCONOMIQUE ET ÉDUCATION

Le statut socioéconomique est la relation positive d'une personne ou d'un groupe avec les autres au sein d'une structure sociale hiérarchique, en fonction de l'éducation, du revenu, de la profession, du patrimoine personnel et du lieu de résidence. Un statut social et économique plus élevé est associé à une meilleure santé; il a une forte influence sur les conditions de vie comme un « logement sécuritaire » et la capacité à acheter suffisamment de nourriture. Il est également associé à un meilleur contrôle des conditions de vie et à une meilleure adaptabilité à gérer la pression. (1) Cette section traite du revenu, du statut socioéconomique et de l'éducation, car ces facteurs sont généralement associés les uns aux autres, et la plupart des définitions des statuts socioéconomiques impliquent le revenu et l'éducation.

La relation entre le VIH et le revenu est bidirectionnelle. Alors que la pauvreté elle-même n'est pas un facteur de risque du VIH au Canada, nombre de groupes à risque de contracter le VIH au Canada – les Autochtones, les personnes qui utilisent des drogues injectables et les personnes originaires de pays où le VIH est endémique – vivent dans la pauvreté. (2;5;6) Pour les personnes ayant un revenu relativement plus élevé avant l'infection, les difficultés de vivre avec le VIH peuvent obliger ces personnes à quitter leur emploi ou à limiter leur présence au travail, ce qui réduit leur revenu.

Le revenu est un facteur prédictif de qualité de vie liée à la santé, à la fois en termes de santé mentale et en termes de détresse, des PVVIH.[13] (7) L'insécurité alimentaire, un marqueur important de faible revenu, est associée aux interruptions de traitement et à la mortalité liée au VIH. (8) Une qualité de santé plus faible est associée au chômage. (9)

Dans une série de groupes de discussion avec 105 PVVIH à travers le Canada, les PVVIH d'un statut socioéconomique plus élevé expérimentaient moins de discrimination puisqu'elles avaient davantage de ressources, la capacité à payer les services médicaux pas couverts par les régimes d'assurance-maladie provinciaux et la capacité d'éviter de faire appel aux services sociaux. Les PVVIH sans-abri semblaient expérimenter davantage de discrimination, car le fait d'être sans-abri est en soi une source de stigmatisation. (10)

Aucune donnée probante n'a été notée en matière d'alphabétisation, et des renseignements limités ont été notés au sujet de l'éducation, à titre de facteurs indépendants influençant la qualité de vie liée à la santé. Une étude menée auprès de 308 PVVIH dans le sud de l'Alberta a démontré que les personnes ayant les plus hauts niveaux d'éducation étaient mieux classées dans plusieurs facteurs de qualité de vie, notamment en matière d'énergie, de santé mentale, de détresse morale et de fonctions cognitives. L'étude a également démontré que le revenu mensuel et l'emploi étaient des facteurs prédictifs d'une qualité de vie positive. (7) Les recherches menées sur les personnes autochtones, les utilisateurs de drogues injectables et les travailleurs du sexe ont démontré que de plus faibles niveaux d'éducation sont communs parmi ces populations, ce qui contribue à leur vulnérabilité. (2;5)

[13] La détresse morale a été évaluée par l'entremise d'une série de questions qui incluait ce qui suit : Vous sentez-vous à bout d'énergie? Avez-vous suffisamment d'énergie pour faire ce que vous souhaitez faire? Vous sentez-vous découragé par vos problèmes de santé? Êtes-vous désespéré par vos problèmes de santé? [7]

4.2.1 STATUT SOCIOÉCONOMIQUE ET ACCÈS AU TRAITEMENT

Un faible revenu et un statut socioéconomique bas sont associés à un accès difficile au traitement. En Colombie-Britannique, il existe un traitement universel gratuit; pourtant, dans une étude menée sur 1 239 décès liés au VIH dans cette province entre 1995 et 2001, il a été constaté que 32,8 % des personnes décédées n'avaient pas reçu de traitement contre le VIH. Les personnes autochtones, les personnes avec un faible revenu et les femmes étaient plus probablement les catégories n'ayant pas d'accès au traitement avant de décéder, et si ces catégories avaient eu accès au traitement, elles l'auraient probablement abandonné. (11) Une étude ultérieure sur les décès liés au VIH en Colombie-Britannique entre 1997 et 2005 a démontré que 40 % des PVVIH étaient décédées sans avoir eu accès au traitement. La même étude portait également sur les patients jamais traités qui avaient accès à un traitement antirétroviral hautement actif, et a démontré que le chômage était un facteur prédictif considérable d'accès retardé au traitement (taux de cellules CD4 inférieur à 50). En outre, parmi ceux qui avaient eu accès au traitement antirétroviral hautement actif, vivre dans un voisinage ayant des niveaux inférieurs d'éducation postsecondaire et des pourcentages plus élevés de pauvreté était associé à une mortalité liée au VIH. (12) Dans une autre étude menée en Colombie-Britannique sur 764 PVVIH, l'utilisation d'un traitement antirétroviral était associée à l'obtention d'un diplôme d'études secondaires et à un revenu de ménage supérieur à 10 000 $ par an. (13)

4.2.2 L'IMPACT DU VIH/SIDA SUR LE REVENU

Vivre avec le VIH/sida a généralement un effet considérable sur le revenu, quel que soit le niveau avant la contraction du VIH. Le coût des traitements contre le VIH peut être un fardeau important, bien que pour la plupart des PVVIH, les traitements antirétroviraux sont couverts entièrement ou partiellement par un programme d'assurance-maladie provincial ou par une police d'assurance privée. Les médicaments et traitements complémentaires ne sont pas toujours remboursés, ni les coûts des médicaments sous prescription générale et sans ordonnance. Les autres coûts tels que les honoraires professionnels de pharmaciens, les compléments alimentaires, les aliments spéciaux, le transport, la garde d'enfants et le stationnement pour les rendez-vous médicaux et les autres services ne sont généralement pas remboursés.

Vivre avec le VIH est non seulement coûteux, mais le revenu de nombreuses PVVIH est réduit, car les problèmes de santé associés les obligent à quitter leur emploi ou à réduire leurs heures de travail. Dans une étude menée sur 308 PVVIH en Alberta, dont l'échantillon était principalement composé d'hommes gais relativement bien éduqués (seuls 16 % de l'échantillon n'avaient pas terminé leurs études secondaires et 59 % avaient quelques années d'études postsecondaires ou un diplôme collégial), seuls 58 % avaient un emploi et 27 % vivaient en deçà du seuil de pauvreté. (7)

Au Canada, les PVVIH ont accès à de nombreuses sources de revenu, des emplois rémunérés aux services d'assistance sociale ou aux prestations d'invalidité. Les PVVIH et bénéficiant d'un soutien du revenu peuvent compter sur les programmes de sécurité du revenu comme les prestations de maladie de l'assurance-emploi, les prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, l'assurance-invalidité privée à long terme et les programmes provinciaux et territoriaux d'assistance sociale. Les prises en charge varient d'une juridiction à l'autre, et pour nombre d'entre elles, cela signifie qu'elles doivent s'appliquer à de nombreux programmes différents, chacun ayant différents mandats, définitions de l'invalidité, critères d'admissibilité, formes et procédures d'attribution. Le manque de coordination entre les juridictions et les programmes peut générer des difficultés pour ceux qui souhaitent comprendre comment les programmes disponibles fonctionnent. Complication supplémentaire : certains programmes sont indexés par rapport au coût de la vie, alors que d'autres ne le sont pas. (14-18)

Bien que les chiffres varient en fonction des juridictions et des types de soutien du revenu, de nombreuses PVVIH bénéficiant d'un soutien du revenu vivent en deçà des seuils de faible revenu établis par Statistique Canada. (16;17) Même si, pour certaines PVVIH, le soutien du revenu constitue une occasion pour stabiliser leurs symptômes et gérer leur santé, la plupart des PVVIH trouvent les niveaux des avantages inappropriés. Pour nombre d'entre elles, bénéficier des services de l'assistance sociale est également démoralisant et stressant. (17;19;20)

En fait, ce qui m'inquiète, c'est ce que proposent les systèmes de soins de santé et de protection sociale par rapport à la qualité de vie que nous souhaitons avoir. J'ai l'impression que les aides ont été réduites au point que cela crée une pression considérable.

— Personne vivant avec le VIH/sida (19)

Lorsque vous bénéficiez des services sociaux dans cette province... vous ne vivez pas très bien. Certains trouvent d'autres moyens de compléter leur revenu ou [se rendent] à la banque alimentaire ou là où elles peuvent... Je veux dire par là que si nous avions suffisamment pour maintenir une certaine qualité de vie grâce au revenu, [cela] faciliterait probablement les choses. Si je n'avais pas à me préoccuper de la nourriture et des factures à payer, je pense que je ne serais pas préoccupé par le fait d'être malade ou non la semaine suivante.

— Personne vivant avec le VIH/sida (20)

Dans une étude menée auprès de 91 familles canadiennes ayant des mères séropositives, il a été constaté que les finances étaient une préoccupation pour la majorité des parents (75 %), ce qui contribue à une certaine pression sur les parents et la famille. La majorité (60 %) avait connu une perte de revenu après le diagnostic, alors que 31 % avaient un revenu stable, mais des dépenses supplémentaires. (19) Les parents donnaient souvent la priorité aux besoins de leurs enfants par rapport à leurs propres besoins en termes de soins de santé.

Je n'ai pas suffisamment d'argent pour suivre un régime spécial. Avec l'assistance, vous finissez par ne plus manger pour pouvoir nourrir vos enfants, ce qui provoque évidemment une progression de la maladie. Ne pas avoir suffisamment d'argent pour s'habiller en hiver provoque des maladies. De nombreux médicaments ne sont pas remboursés; même de simples médicaments comme le Tylenol pour les enfants sont coûteux pour [un] budget limité.

— Femme vivant avec le VIH/sida (19)

4.2.3 RESTER OU RETOURNER AU TRAVAIL

Plusieurs études portent sur les compromis pour les PVVIH entre vivre avec le soutien du revenu et retourner ou rester en activité professionnelle salariée. De nombreux facteurs jouent un rôle dans la décision pour retourner au travail, notamment l'état de santé personnel, la condition financière, le sentiment d'isolation ou de soutien, les préoccupations au sujet de la stigmatisation et de la discrimination dans le milieu de travail, les préoccupations au sujet d'un environnement de travail changé (pour ceux qui n'ont pas travaillé depuis longtemps) et la peur de perdre des avantages. (14;17)

La peur de perdre le soutien du revenu du gouvernement et l'assurance-médicaments était largement identifiée comme un obstacle à l'insertion ou la réinsertion dans la population active. Les PVVIH font face à de nombreux obstacles de l'administration et du système, ainsi qu'à des difficultés qui peuvent influencer leur souhait de revenir au travail lorsqu'il faut gérer les frais médicaux et les autres frais associés à leur situation. Les régimes d'invalidité et de retraite apportent un revenu et un accès limités au remboursement complet des médicaments et autres services de santé. Ceux qui cherchent à reprendre une activité professionnelle ont peur de perdre ce remboursement des médicaments. Pour nombre d'entre eux, un emploi salarié n'offre pas un revenu suffisant pour couvrir les frais relatifs aux médicaments. (14;15;17;20-24) Pour les PVVIH qui sont parents, la difficulté de trouver et de payer des services d'aide à l'enfance de qualité peut être un obstacle supplémentaire. (22)

La plupart des provinces canadiennes ont mis en place des programmes d'assurance-médicaments qui remboursent les médicaments à divers niveaux, mais la plupart ne peuvent être contractés avant qu'une assurance privée déjà contractée n'ait expiré. Les PVVIH ne connaissent pas toujours ces programmes et peuvent faussement s'imaginer que reprendre le travail exigera qu'elles payent leurs médicaments. (10) En outre, les traitements antirétroviraux peuvent être remboursés dans certains cas, mais d'autres médicaments, notamment ceux qui permettent de limiter les effets secondaires, ne peuvent être remboursés. (14)

Si je travaillais à temps complet et si je n'étais plus en invalidité, je ne pourrais jamais avoir un travail qui puisse me permettre de payer mes médicaments. Mes médicaments sont coûteux, mon logement, la garderie et la nourriture aussi... Je ne pourrais jamais faire face à tous ces frais.

— Femme vivant avec le VIH/sida (22)

Je ne bénéficiais pas de la protection sociale parce que je le voulais. Je voulais travailler et tout faire. Pourquoi n'y a-t-il pas un type de programme qui aide les personnes invalides à reprendre le travail?

— Personne vivant avec le VIH/sida (23)

La peur de perdre des avantages est également vécue par ceux qui travaillent. Les PVVIH qui travaillent pour des employeurs proposant un programme d'assurance-médicaments peuvent se sentir piégées dans ce travail, car démissionner pour un autre emploi ou quitter la population active signifierait qu'elles perdraient leurs avantages ou leurs prestations d'invalidité longue durée. Les PVVIH qui expérimentent ce « piège au travail » peuvent se sentir frustrées et peuvent avoir le sentiment que leurs choix de carrière et leur évolution stagnent. (10;15;20)

Je suis toujours préoccupé par le fait que je serai pris en charge tant que je serai là [chez son employeur actuel].Vous voyez ce que je veux dire? C'est une insécurité que vous ne pouvez ignorer.

— Personne vivant avec le VIH/sida (20)

Les PVVIH peuvent trouver les procédures administratives nécessaires pour accéder aux programmes difficiles et frustrantes, qu'elles soient liées à l'invalidité, au soutien du revenu ou aux formations. Certaines PVVIH ont indiqué qu'elles avaient besoin du soutien des organismes de services liés au sida ou des fournisseurs de soins de santé pour remplir les formulaires de demande. (17)

Vous savez, vous consultez ces organismes et ils vous disent « non, nous ne faisons pas ça »; voulez-vous vous rendre là-bas et demander à quelqu'un d'autre? Et je suppose que ce doit être toutes les démarches à entreprendre pour accéder à certains programmes... une liste infinie d'étapes. Ils disent toujours, « Très bien, vous devez prendre contact avec ces personnes, faire ci, faire ça ».

— Homme gai vivant avec le VIH/sida (21)

La plupart des recherches ont identifié un sentiment de frustration parmi les PVVIH avec l'approche « tout ou rien » des programmes d'assurance-invalidité, dans lesquels, pour accéder au soutien du revenu et au remboursement des médicaments, les PVVIH et les autres personnes ayant des maladies chroniques et épisodiques doivent cesser de travailler totalement. De nombreuses PVVIH préféreraient travailler à temps partiel ou à temps complet, mais avec une prise en charge continue des médicaments, et avec la flexibilité de passer du lieu de travail aux prestations d'invalidité, tant que la santé le leur permet. (7;14;16;20-24)

... Je veux dire, la façon dont cela m'a été expliqué – c'est « soit tu es invalide, soit tu ne l'es pas ». Soit tu peux travailler, soit tu ne peux pas travailler. Donc, quelqu'un qui peut travailler 20 heures par semaine, gagne suffisamment, mille ou mille cinq cents dollars par mois pour subvenir à ses besoins, mais ne peut payer les milliers de dollars que coûtent les médicaments chaque mois.

— Personne vivant avec le VIH/sida (14)

Il a été suffisamment difficile d'obtenir la prestation d'invalidité et ensuite encore plus difficile d'obtenir des avantages supplémentaires en ajustant la législation et en l'utilisant pour obtenir davantage de financements. Si je reprenais le travail, ils bouleverseraient ma vie et je perdrais toutes ces prestations; étant donné la législation actuelle, je ne récupérerais rien.

— Personne vivant avec le VIH/sida (20)

4.3 EMPLOI ET CONDITIONS DE TRAVAIL

L'emploi a un impact considérable sur la santé physique, mentale et morale d'un individu, puisque le travail salarié apporte un sentiment d'identité et d'utilité, des contacts sociaux et des occasions d'évolution personnelle. (1) La présente section traite de l'emploi salarié; cependant, il est important de noter que nombre des avantages du travail – l'implication avec les autres, l'identité, la confiance en soi, le travail utile – peuvent être obtenus par l'entremise du travail bénévole non payé, notamment la participation à la communauté et l'activisme, qui constituent des activités importantes pour nombre de PVVIH. (22) Ce thème sera traité dans la Section 4.5 Réseaux de soutien social.

Après l'introduction des traitements antirétroviraux, et au fur et à mesure des améliorations des régimes, revenir ou rester en activité professionnelle sont devenus des choix possibles pour nombre de PVVIH. Dans une étude portant sur 308 PVVIH dans le sud de l'Alberta, il a été constaté que 58 % d'entre elles étaient salariées, et parmi ces salariés, 85 % travaillaient à temps plein. Le statut professionnel était fortement associé à une qualité de vie améliorée. (7)

Dans une étude menée en Colombie-Britannique sur les traitements antirétroviraux auprès de 392 PVVIH qui étaient au chômage au début, seuls 16 % des individus étaient employés après une année. Avoir un revenu de base de plus de 10 000 $, être en invalidité longue durée ou bénéficier d'un système d'assurance-emploi au début et avoir une meilleure santé étaient des facteurs qui semblaient associés à un retour à l'emploi. Avoir préalablement utilisé des drogues injectables et bénéficier d'une assistance provinciale comme source de revenus étaient négativement associés à l'emploi. Les personnes bénéficiant de l'assistance provinciale (plus de la moitié des participants) étaient assez réticentes à l'idée de perdre une source garantie de revenus, notamment si elles pouvaient uniquement trouver un emploi à temps partiel ou à faible salaire. (25)

4.3.1 LES AVANTAGES DU TRAVAIL

Outre la sécurité financière, les avantages de l'emploi notés dans la recherche incluaient l'indépendance, l'identité, l'autonomie, les occasions de socialisation et de participation, le sentiment de reconnaissance et d'amour propre, la confiance, la satisfaction, un sentiment d'utilité et d'accomplissement, une structure quotidienne et une distraction permettant d'oublier les problèmes de santé. (10;14;20-23) Pour certaines PVVIH, un retour au travail signifie le rétablissement d'une bonne santé et l'indépendance. (5;22;23) Dans une étude auprès de femmes vivant avec le VIH/sida, le souhait de donner l'exemple à leurs enfants et à d'autres femmes vivant avec le VIH/sida était également cité. (22)

> *Je veux avoir l'impression d'être productive et active, et je pense que c'est un genre de préservation de soi en termes de sentiment d'utilité. Je souhaite conserver mon emploi rémunéré. J'en ai besoin. J'en ai besoin financièrement; j'en ai besoin simplement pour sortir et faire quelque chose.*
>
> — Femme vivant avec le VIH/sida (22)

> *J'aimais l'idée de me lever et d'aller travailler; j'aimais les responsabilités; vous savez, ce sentiment d'amour propre... et maintenant cela me manque.*
>
> — Femme vivant avec le VIH/sida (22)

Malgré les aspects positifs du travail, certaines PVVIH ont le sentiment qu'elles doivent choisir entre le travail et la santé, étant donné qu'elles ont peur que les exigences et pressions d'un travail rémunéré auraient un effet négatif sur leur santé.

> *Tu ne peux pas te permettre de prendre ce risque, car, au final, ta santé est plus importante que le simple fait de gagner de l'argent. J'ai abandonné tout cela. C'est une question de survie, tout simplement. C'est purement une question de survie.*
>
> — Personne vivant avec le VIH/sida (20)

> *J'ai littéralement dû décider à un moment donné de faire quelque chose, car si je [n'avais pas arrêté de travailler], je serais mort, et je ne surdramatise pas du tout la situation. C'était juste un fait certain.*
>
> — Personne vivant avec le VIH/sida (20)

4.3.2 GÉRER SA SANTÉ AU TRAVAIL

Comme il est indiqué dans le chapitre 3, le VIH est vécu comme une invalidité épisodique, où des périodes de bonne santé peuvent être interrompues par des périodes imprévisibles de mauvaise santé et d'invalidité. (15-17;26;27) Cette incertitude et les effets du VIH et des médicaments traitant le VIH ont impact sur les vies professionnelles des PVVIH, s'ajoutant au stress et aux peurs d'un rendement médiocre au travail et d'une perte potentielle de leur travail.

Les épisodes de mauvais état de santé, les symptômes continus comme les nausées et les diarrhées, les régimes médicamenteux rigoureux, les effets secondaires des médicaments, les rendez-vous médicaux fréquents, le stress intensifié et la fatigue sont les obstacles principaux pour certaines PVVIH à la recherche et à la conservation d'un emploi, ou au maintien du même niveau de travail qu'elles avaient préalablement. (21-23)

> *Pour moi, garder un travail serait impossible. J'ai trop de rendez-vous avec les médecins, trop de changements d'humeur et de moments de dépression, des effets secondaires différents liés aux médicaments.*
>
> — Personne vivant avec le VIH/sida (23)

> *J'ai pris les médicaments pour traiter le VIH pendant une année complète et l'un des effets secondaires que j'ai constaté et qui m'a causé beaucoup de troubles, c'est que les médicaments ont eu un impact sur mes habitudes de sommeil; alors que j'avais déjà un sommeil très agité qui commençait véritablement à me rattraper.*
>
> — Personne vivant avec le VIH/sida (21)

Le besoin de soutien dans le milieu de travail a été constaté, tels que des horaires flexibles, le besoin de prendre des heures pour le traitement et la récupération, le besoin de pauses fréquentes aux toilettes, la capacité à refuser des heures supplémentaires, le besoin de compréhension des gestionnaires et collègues et des environnements sécurisés. (10;20-23)

De nombreuses PVVIH trouvent difficile de coordonner les régimes médicamenteux avec les horaires de travail et familiaux. Pour ceux dont la séropositivité n'est pas connue du public, il est difficile de cacher les médicaments. Les PVVIH ont peur que les difficultés pour gérer leur santé dans le milieu de travail, notamment les heures non travaillées du fait de rendez-vous médicaux ou de maladie, puissent menacer leur emploi. (22;23;28)

> *Je dois me soucier de cacher ma maladie et comment vais-je faire pour prendre mes comprimés? Ou avoir peur de prendre les comprimés et avoir la diarrhée pendant une heure et comment aller aux toilettes qui sont juste dans l'entrée...*
>
> — Personne vivant avec le VIH/sida (28)

> *Le travail par quart peut être gênant pour prendre les médicaments, ce qui provoque des difficultés pour observer un horaire strict. J'essaie de respecter les horaires. Je veux rester en vie aussi, donc je les prends [les médicaments]. J'essaie de les prendre régulièrement. Je sais que cela évolue beaucoup. J'essaie de les adapter. Je les repousse quatre heures dans chaque direction, selon la direction dans laquelle je vais.*
>
> — Personne vivant avec le VIH/sida, travailleur de quarts (28)

De nouveaux traitements contre le VIH se traduisent par des améliorations importantes en ce qui concerne la gestion des symptômes et la qualité de vie des PVVIH, et peuvent signifier que les difficultés pour gérer les régimes médicamenteux et les effets secondaires seront réduites. Un suivi supplémentaire sera requis pour contrôler l'impact de ces nouveaux traitements sur la capacité des PVVIH à gérer leur santé au travail.

4.3.3 STIGMATISATION ET DISCRIMINATION DANS LE MILIEU DE TRAVAIL

La législation relative aux droits de l'homme et les lois sur la main-d'œuvre et l'emploi protègent les PVVIH contre la discrimination dans le milieu de travail; cependant, des incidents de discrimination continuent de se produire. (15) La stigmatisation et la discrimination apparaissent dans le milieu de travail de différentes façons, d'actes subtils au rejet social, en passant par le harcèlement, ou le refus de recruter une personne séropositive. Bien que le fait de licencier une personne du fait de son état séropositif soit illégal au Canada, les PVVIH peuvent expérimenter du harcèlement et une certaine pression qui les incitent à démissionner. (29)

Dans une série de groupes de discussion avec 105 PVVIH, certaines ont rapporté qu'elles s'étaient vues limitées à des postes où leur interaction avec le public était limitée; par exemple, dans le secteur de l'hébergement et de la restauration, elles étaient évincées des postes de préparation et de service de la nourriture. Les PVVIH ont également rapporté des préoccupations et méfiances au sujet des attitudes de leurs collègues, et certaines notamment sur le fait d'être licenciées ou traitées médiocrement du fait de leur séropositivité, mais sans preuve concrète. (10)

> *Je pense également que si on découvre que quelqu'un est séropositif, il risque de perdre son travail ou d'être rejeté, ou il ne sera pas pris en compte pour une promotion ou un poste à cause de sa santé.*
>
> — Personne vivant avec le VIH/sida (21)

La divulgation de la séropositivité dans le milieu de travail est une difficulté pour la plupart des PVVIH. Pour nombre d'entre elles, la divulgation est un choix – elles peuvent choisir de garder leur situation privée ou d'informer leurs collègues. De nombreuses PVVIH conservent leur travail sans divulguer leur séropositivité, considérant cela comme un problème de santé personnel. (10) Pour les autres, la divulgation de leur état est involontaire – elle peut être due aux rumeurs, aux symptômes ou aux exigences liées aux rendez-vous médicaux et régimes médicamenteux. Une fois effectuée, la divulgation ne peut être démentie; les peurs et préoccupations au sujet de la stigmatisation et de la discrimination menant au rejet et à la perte d'emploi sont donc une réalité pour la plupart des PVVIH. (14;20-23) Cependant, pour certaines, particulièrement celles qui travaillent dans un environnement conscient de la séropositivité, la divulgation n'est pas considérée comme un problème. (10;14;21;23)

> *J'ai vraiment eu envie d'en parler à mon superviseur. J'ai discuté avec une personne du milieu juridique et elle a tout mis en perspective en disant que ma relation avec elle et avec mon médecin est une relation basée sur la confidentialité, alors que ma relation avec mon responsable ne l'est pas vraiment, des informations pourraient s'ébruiter et je ne serais pas protégé.*
>
> — Personne vivant avec le VIH/sida (23)

> *Ils ne souhaitent pas qu'une personne séropositive revienne au travail. J'ai déjà occupé un poste de direction donc je connais les petits trucs du métier qui existaient dans les succursales avec certains des directeurs – pas d'avancement [pour une personne vivant avec le VIH/sida].*
>
> — Personne vivant avec le VIH/sida (23)

Cacher son statut au travail peut être source de stress. Dans certains cas, lorsqu'un individu choisit de divulguer sa séropositivité à son employeur, la direction conseille aux employés de garder leur état secret dans le milieu de travail.

> *Je ne suis pas autorisé à indiquer à qui que ce soit que je suis séropositif.*
>
> — Personne vivant avec le VIH/sida (10)

> *Je suis debout à longueur de journée et je me sens épuisé et fatigué, je rentre chez moi et je vais me coucher épuisé. Je me lève fatigué. Cacher mon état [séropositivité et médicaments] n'a pas fonctionné pour moi. J'ai décidé d'arrêter.*
>
> — Personne vivant avec le VIH/sida (14)

La divulgation de la séropositivité est nécessaire pour accéder à certaines prestations d'invalidité et à certains programmes de remboursement des soins de santé. Cela constitue un dilemme pour les PVVIH : en divulguant le fait qu'elles bénéficient d'un soutien, elles perdent une certaine confidentialité sur leur situation; et en ne divulguant pas leur état, elles perdent la possibilité de bénéficier d'une prestation d'invalidité et d'un programme de remboursement des soins de santé. En outre, certaines personnes peuvent être contraintes d'abandonner ou de refuser des programmes de remboursement, car l'employeur ne souhaite pas payer un montant surélevé d'assurance-maladie. (10;14)

Malgré les difficultés et les obstacles rencontrés par les PVVIH dans la population active, la plupart considèrent l'emploi comme un élément positif et essentiel à leur vie, qui leur offre structure, utilité, satisfaction, confiance et un certain moyen de participer à la société. (14;20;22;23)

4.4 ENVIRONNEMENTS SOCIAUX

La capacité des PVVIH à gérer leur santé et à faire face aux difficultés de vivre avec le VIH dépend partiellement de leur environnement social – leur famille, leurs pairs, la communauté et le milieu de travail. Des aspects de l'environnement social influencent les résultats sur la santé parmi les PVVIH et sont fondamentalement liés à d'autres déterminants de la santé, notamment la culture, le genre, le revenu et le niveau d'éducation, les réseaux de soutien social, l'adaptabilité et les comportements de chacun et l'accès aux services de santé. (10)

4.4.1 STIGMATISATION ET DISCRIMINATION

La majorité de la littérature traitant de l'environnement social du VIH/sida met en avant la persistance, la nature et les conséquences de la stigmatisation et de la discrimination pour les personnes infectées et affectées par le virus. L'ONUSIDA décrit la stigmatisation liée au VIH comme « un processus de dépréciation des PVVIH ou associées au VIH et au sida ». La discrimination est définie comme « un traitement inéquitable et injuste » des PVVIH, qui peut apparaître aux niveaux politique, économique, social, psychologique et institutionnel. (30) La stigmatisation des PVVIH est souvent liée à des croyances et attitudes négatives existantes sur la sexualité, les relations sexuelles entre personnes de même sexe, le travail du sexe et l'utilisation de drogues. On considère que la stigmatisation provient de la discrimination basée sur l'origine raciale, le genre et la sexualité et la renforce. La stigmatisation liée au VIH peut également provenir de l'ignorance sur la façon dont le VIH est transmis et la peur de la maladie et de la mortalité. (10;30-32)

Au Canada, il existe un certain nombre de lois aux niveaux fédéral, provincial et territorial qui sont conçues, en partie, pour protéger les PVVIH contre la discrimination. Les dispositions d'égalité de la *Charte canadienne des droits et libertés* protègent les individus contre l'action gouvernementale discriminatoire. Les statuts fédéraux, provinciaux et territoriaux des droits de l'homme interdisent toute discrimination par les intervenants privés, notamment les personnes et entités dans les domaines de l'emploi, la prestation de services, l'accès aux structures et biens, les contrats, l'hébergement et les adhésions aux syndicats ou autres associations.

Malgré les protections existantes, la stigmatisation et la discrimination contre les PVVIH persistent dans la société canadienne. Les résultats d'une enquête comportementale sur le VIH/sida menée en 2006 ont démontré que les personnes vivant au Canada affichent des sentiments mitigés sur les PVVIH. (33) Seuls 35 % des sondés pensent que les PVVIH devraient être autorisées à occuper des emplois qui servent le public, notamment un emploi de dentiste. Bien que la majorité des Canadiens ne blâment pas les PVVIH pour leur situation, 10 % des sondés pensent que ceux qui ont contracté le VIH par relation sexuelle ou utilisation de drogues injectables ont ce qu'ils méritent. Près d'un Canadien sur trois ne pense pas que les PVVIH devraient être autorisées à avoir une vie sexuelle active. (33) Le niveau de confort et de tolérance avec les PVVIH était plus faible parmi les sondés connaissant moins la maladie du VIH/sida, ayant des liens religieux plus forts, ayant un niveau d'éducation et un revenu plus faibles, nés en dehors du Canada et plus âgés (plus de 65 ans). Les femmes canadiennes affichaient légèrement plus de tolérance face aux PVVIH que les hommes canadiens. (33)

En 2011, une étude similaire a été menée pour déterminer comment les attitudes et les perceptions ont changé, et a démontré qu'une majorité considérable et croissante des Canadiens indiquait n'avoir aucun malaise à côtoyer des PVVIH. Plus des trois quarts déclaraient qu'ils n'auraient aucun malaise à travailler dans un bureau avec une personne vivant avec le VIH/sida; 49 % indiquaient qu'ils se sentiraient très à l'aise, par rapport aux 42 % de 2003. Soixante pour cent (60 %) déclaraient qu'ils ne verraient aucune difficulté à ce que leur enfant soit à l'école avec quelqu'un souffrant du VIH, soit une évolution de 5 points depuis 2006. (34) Malgré ce changement encourageant, il faut noter qu'une proportion considérable des Canadiens éprouvent toujours des difficultés à côtoyer une personne vivant avec le VIH/sida.

En 2009, une enquête téléphonique menée au Québec sur le VIH/sida dans le milieu de travail a également démontré des attitudes généralement positives à travailler avec des PVVIH : 89 % des sondés ont déclaré qu'il était très ou assez probable qu'ils auraient une bonne relation avec un collègue si celui-ci était séropositif. (35) Dans un questionnaire en ligne similaire rempli par 111 responsables et cadres supérieurs d'entreprises du Québec, 93 % des sondés avaient le sentiment qu'une personne vivant avec le VIH/sida pouvait avoir une « carrière normale », alors que 38 % de la totalité des sondés auraient évité de recruter une personne vivant avec le VIH/sida, dans la mesure du possible, en invoquant la peur de l'absentéisme et la peur du malaise lié au VIH. (36)

4.4.2 STIGMATISATION VÉCUE PAR LES PVVIH AU CANADA

Au Canada, les PVVIH continuent de rapporter des expériences de stigmatisation et de discrimination liées à leur séropositivité. En 2008, une enquête parmi 381 PVVIH a souligné que la grande majorité des personnes interrogées (82 %) considéraient toujours la stigmatisation comme un problème majeur dans leur vie. Soixante-sept pour cent (67 %) avaient l'impression que le VIH avait affecté leur vie sociale, et 45 % se sentaient isolées. (37;38) Une autre étude qualitative menée auprès de 105 PVVIH en 2007 a identifié des expériences communes de discrimination dans les communautés, dans les milieux de travail, dans l'éducation, dans le logement, dans le cercle familial et amical et dans le système de soins de santé. (10)

De nombreuses PVVIH sont membres de groupes sociaux marginalisés et ont des comportements stigmatisés par la société. Par conséquent, les PVVIH indiquent expérimenter souvent des niveaux de stigmatisation et discrimination. (10;39;40) Certaines PVVIH ont le sentiment qu'elles expérimentent davantage de stigmatisation du fait d'être des hommes gais et/ou du fait d'utiliser des drogues injectables plutôt que du fait d'être séropositives. (40)

> *La haine est une chose terrible, et lorsque vous en êtes victime – si vous êtes Noir ou marqué par une religion, ou une orientation sociale ou sexuelle, et si quelqu'un s'en aperçoit et que vous ne le savez pas [sic]. Vous devez faire très attention lorsque vous faites partie d'une catégorie [sic], imaginez que vous soyez Juif, séropositif et gai – vous pouvez être une triple source dans certains secteurs de la société. Ou regardez comme les Autochtones font l'objet de discrimination et... sont stéréotypés.*
>
> — Personne vivant avec le VIH/sida (40)

La stigmatisation liée au VIH est parfois associée à des perceptions négatives des modes de transmission du VIH, notamment les relations sexuelles non protégées et l'utilisation de drogues injectables. (10;41) Ces activités peuvent être considérées par certains comme honteuses, ce qui génère des attitudes condamnatoires envers les PVVIH. Certaines PVVIH ont également identifié la maladie et les changements dans l'apparence physique découlant de la lipodystrophie (un effet secondaire de certains médicaments, où les tissus adipeux sont redistribués) comme une source de stigmatisation. La peur et l'ignorance parmi la population canadienne par rapport à la façon dont est transmis le VIH et les portraits des PVVIH dans les médias à sensation sont considérées comme des sources de stigmatisation envers les PVVIH. (10)

Des attitudes négatives relatives à l'orientation sexuelle ajoutent un niveau supplémentaire de stigmatisation pour nombre de PVVIH. Les hommes vivant avec le VIH insistent sur la nature homophobe de la discrimination qu'ils endurent. (10) À la suite de la première épidémie de VIH/sida nord-américaine au sein de la communauté des hommes gais, la fausse perception du VIH/sida comme une « maladie des gais » ou la notion selon laquelle les gais sont séropositifs continue de contribuer à la stigmatisation et à la discrimination contre les PVVIH. (10;42)

Une certaine littérature sur la stigmatisation et les PVVIH au Canada traite des expériences différentes en fonction du genre. (10;31;32;39;43) Les résultats d'une étude qualitative menée auprès de 105 PVVIH au Canada ont démontré que certains participants – principalement des femmes – identifiaient le genre comme un facteur influençant le type et le degré de discrimination qu'ils vivaient en tant que PVVIH. Ces femmes ont mis en avant les perceptions de leur participation au travail du sexe, la promiscuité et la stigmatisation de leurs enfants, comme une discrimination sexospécifique. (10) La littérature traitent également de la perception selon laquelle la plupart des financements pour la lutte contre le VIH sont destinés aux problèmes d'hommes gais et que nombre d'organismes de services d'aide liés au sida ont des lacunes en termes d'assistance aux femmes. (10;44)

> *Ma séropositivité ne m'affecte pas, elle affecte mon travail. Elle affecte les personnes avec lesquelles je travaille. Elle affecte ma fille. Elle affecte l'école à laquelle elle est inscrite et la façon dont le voisinage réagit d'une manière générale face à nous et à notre famille parce que je pense qu'il existe des stéréotypes sur le VIH. Mais je pense que les stéréotypes au sujet des femmes sont particulièrement négatifs. Et si vous avez des pensées négatives à mon sujet, cela a également un impact sur le reste de ma vie.*
>
> — Femme vivant avec le VIH/sida (31)

Les PVVIH peuvent avoir le sentiment que la stigmatisation et la discrimination qu'elles endurent apparaissent au niveau institutionnel de la société. (45) En d'autres termes, les PVVIH peuvent avoir le sentiment que les aspects du système de services sanitaires et sociaux du Canada, ainsi que la loi et la législation canadiennes, sont discriminatoires envers les PVVIH.

> *Le système est très discriminatoire, notamment envers nous, les immigrants. Ce que je trouve très difficile avec le système [c'est] qu'être une immigrante, une mère célibataire, une femme vivant avec le VIH et une femme noire jouent totalement contre moi.*
>
> — Femme vivant avec le VIH/sida (45)

Certaines PVVIH intériorisent la stigmatisation et la discrimination liées au VIH en finissant par croire ou accepter les attitudes négatives envers elles. La littérature sur la stigmatisation et la discrimination renvoie souvent au processus d'intériorisation de la honte et du blâme associés au VIH comme une « auto-stigmatisation ». (10)

> *Après avoir été diagnostiqué séropositif, je me sentais sale tout le temps. Je ne me sentais pas propre. Quel que soit le nombre de douches que je prenais.*
>
> — Personne vivant avec le VIH/sida (10)

Les PVVIH ont également décrit le fait d'accepter des peurs irrationnelles selon lesquelles elles transmettraient le virus à d'autres personnes, ce qui les oblige à éviter des occupations professionnelles, des relations familiales et amicales, le fait d'avoir des enfants et le fait d'avoir des relations intimes. (10)

4.4.3 RÉPERCUSSIONS DE LA STIGMATISATION ET DE LA DISCRIMINATION SUR LES PVVIH AU CANADA

La recherche a permis de documenter de nombreuses conséquences potentiellement négatives de la stigmatisation pour la santé des PVVIH au Canada. (37;39;40) Alors que les impacts de la stigmatisation et de la discrimination sont divers parmi les PVVIH, plusieurs thèmes communs émergent de la littérature. La stigmatisation et la discrimination contre les PVVIH renforcent les inégalités sociales existantes et peuvent provoquer une exclusion, un retrait et une isolation sociale. (10;39;41;42) La stigmatisation est associée à des sentiments de faible amour propre, de détresse psychologique, de solitude, de désespoir, de dépression et d'autres conséquences négatives pour la santé mentale des PVVIH. (31;41;43;45-47) Le harcèlement des personnes vivant avec le VIH peut provoquer une instabilité dans le logement, une insécurité et des pratiques d'adaptation négatives. (45)

Les conséquences potentielles de la divulgation de la séropositivité de quelqu'un aux membres de la communauté, aux amis et à la famille, aux partenaires intimes, aux employeurs, et autres, constituent un problème important pour les PVVIH au Canada. (10;39;40;48) La crainte de la stigmatisation peut forcer les PVVIH à éviter de divulguer leur séropositivité. La discrimination sociale, les effets sur les relations futures, la vie sexuelle, la réputation générale et les condamnations criminelles dans des situations de non-divulgation sont des causes classiques de réticence à la divulgation.

Les PVVIH peuvent avoir des difficultés à divulguer leur état liées à la peur du rejet et de l'abandon de la part des amis et de la famille, ainsi que des peurs liées à la discrimination, à la violence et à la victimisation.

> *Je n'étais pas prête à parler de ma séropositivité à cause du simple fait que j'avais vu d'autres filles dans le système [prison] privées d'amis et de sorties, et c'était horrible. Et je savais que j'avais ce lourd secret au fond de moi sur ma maladie, et je pensais que je ne pouvais même pas exprimer ce que je ressentais parce que je pensais à la façon dont cette fille avait été traitée.*
>
> — Femme autochtone vivant avec le VIH/sida (39)

La stigmatisation a un impact négatif sur les efforts de prévention en contribuant au secret et à la non-divulgation de la séropositivité, ce qui renforce le risque de VIH et décourage de l'utilisation du préservatif dans certaines communautés. (42) La peur de la stigmatisation et de la discrimination se sont avérées contribuer au silence et au tabou sur des sujets comme la sexualité, la santé en matière de sexualité, l'utilisation de drogues et l'orientation sexuelle. (10;39)

Les PVVIH sont hétéroclites, et l'expérience de la stigmatisation et de la discrimination varie selon les différents groupes. Par exemple, la discrimination sexospécifique contre les femmes vivant avec le VIH peut avoir un impact négatif sur l'accès aux services de santé, notamment dans le domaine de la santé génésique. (43;44)

Finalement, la stigmatisation et la discrimination ont été identifiées comme des facteurs empêchant la participation totale des PVVIH au développement de la recherche, des politiques et des programmes qui les visent. (31;49) Des efforts pour impliquer davantage de PVVIH dans les activités de recherche communautaires sont souvent mis en avant, en gardant à l'esprit le principe de la participation accrue des personnes vivant avec le VIH. En Ontario, une récente analyse de données, tirées d'une étude plus large sur les obstacles et facteurs favorables liés à la recherche communautaire sur le VIH, a été effectuée pour déterminer la réussite de ces efforts en appliquant le principe de la participation accrue des personnes vivant avec le VIH. L'étude a démontré que, comparativement aux chercheurs et fournisseurs de service de première ligne, les PVVIH étaient les moins impliquées dans toutes les étapes des projets de recherche communautaire, notamment dans l'apport de données, la conception et les résultats. Les résultats laissent entendre que la stigmatisation, les difficultés de santé, les méfiances des PVVIH envers chercheurs, le manque de crédits (diplômes, certificats, etc.) et le manque de capacité à s'engager dans la recherche constituent des obstacles majeurs à la réussite de la mise en place du processus de la participation accrue des personnes vivant avec le VIH dans la recherche communautaire liée à la lutte contre le VIH/sida. (49)

4.5 RÉSEAUX DE SOUTIEN SOCIAL

L'accès aux ressources d'informations, aux réseaux sociaux et au soutien social, ainsi que les connexions à une culture et à une communauté, peuvent influencer les résultats de santé. (1) Le manque de soutien social ou les obstacles à l'accès aux ressources sociales ont des conséquences négatives sur la santé des PVVIH. (31;39;50) Nonobstant, nombre de PVVIH démontrent une remarquable résilience à surpasser les impacts de la stigmatisation et de la discrimination en comptant sur de nombreux types de ressources de soutien social.

4.5.1 RÉSEAUX SOCIAUX

Un cercle familial et amical positif et l'interaction avec les réseaux d'entraide des pairs sont des sources importantes de capital social pour les PVVIH dans la gestion de leur santé. (10;39;48;51) Les connexions avec les réseaux sociaux permettent aux PVVIH d'accéder à des informations et ressources sanitaires et à réduire l'isolement social provoqué par la stigmatisation. Communiquer avec d'autres PVVIH a été décrit comme une source importante de force et de résilience pour nombre de PVVIH. (39;41;44;50;52)

> *Je trouve peu informations auprès d'autres personnes séropositives. Je vais tous les jours au [programme de soutien pour les médicaments liés au VIH pour les personnes marginalisées] et je récupère quelques informations auprès d'autres personnes qui y vont également. Juste des petites choses, comme des choses que vous ne devriez pas faire ou des choses que vous devriez avoir ou des choses que vous ne devriez pas prendre, ou sur ce que ces personnes pensent qui est bon pour elles. Je me demande si je devrais essayer ça pour moi, ou si elles... ont récupéré ces informations auprès de leur médecin ou d'où elles ont tiré ces informations.*
>
> — Autochtone vivant avec le VIH/sida (39)

> *C'est beaucoup plus facile de parler en tête à tête avec quelqu'un qui l'a, car cette personne sait de quoi vous parlez et elle sait le type de sentiments que vous avez, car elle est passée par là.*
>
> — Femme vivant avec le VIH/sida (48)

À l'inverse, le manque de soutien social peut inhiber la volonté des PVVIH à divulguer leur infection à leur famille et à leurs amis, à leurs partenaires intimes et aux membres de leur communauté. (39) La perte de soutien social suite à la stigmatisation et à la discrimination peut influencer l'accès d'une personne vivant avec le VIH/sida aux services sanitaires et sociaux, ainsi qu'aux ressources d'informations. Les sentiments de rejet social et d'isolement peuvent contribuer à des résultats de santé mentale négatifs, notamment à la dépression des PVVIH. (10) Dans une étude auprès de 23 femmes vivant avec le VIH, les participantes ont décrit le manque de réseaux de soutien, ainsi que le fait de vivre dans la pauvreté, de souffrir de dépression, de vivre des obstacles au travail, et de tolérer difficilement les symptômes comme étant des facteurs qui les ont empêchées de participer totalement à la vie sociale. (31)

Les réseaux sociaux peuvent jouer un rôle important dans le partage des renseignements sur la santé. Outre les fournisseurs de soins de santé, les PVVIH font appel aux organismes de services liés au sida et aux ressources en

ligne, et recherchent des informations et du soutien auprès d'autres PVVIH. L'échange de renseignements sur la santé et le soutien affectif sont étroitement liés dans ce contexte. (50-54)

> *J'aime le contact et j'aime communiquer avec les autres pour apprendre et me documenter; donc j'irais volontiers voir un médecin ou une infirmière pour obtenir des informations spécifiques liées au sida.*
>
> — Personne vivant avec le VIH/sida (51)

> *Lorsque vous recueillez des informations, vous pouvez noter des similitudes... vous les comparez alors à celles que vous possédez. Par exemple, récemment, je ne savais pas que les sueurs pendant la nuit étaient un effet secondaire [sic] jusqu'à ce que je demande à un ami. Donc je pense qu'il est toujours bon de consulter d'autres personnes.*
>
> — Personne vivant avec le VIH/sida (51)

4.5.2 PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

« L'engagement social dans la communauté permet de bâtir confiance, efficacité, sens d'appartenance qui sont associés à une santé mentale et immunologique améliorée ». (1) La participation à l'activisme communautaire a été identifiée comme une source importante de force pour nombre de PVVIH au Canada. (31;39;44;55) Partager des anecdotes et contribuer aux efforts de prévention du VIH de la communauté peuvent aider les PVVIH à tirer une utilité de leur condition, à améliorer leurs liens sociaux et à contribuer à améliorer leur qualité de vie.

> *Je fais tout ce que je peux à chaque mois. J'imagine que tout le monde n'est pas aussi impliqué. Mais j'ai beaucoup de bons amis dans la communauté du VIH. Généralement, faire partie de comités et travailler avec la communauté du VIH m'aide beaucoup; cela m'aide à améliorer ma vie.*
>
> — Autochtone vivant avec le VIH/sida (39)

Dans une étude menée auprès de 23 femmes vivant avec le VIH, celles qui étaient identifiées comme des participantes actives de leurs communautés décrivaient que leurs enfants, la participation à des réseaux de soutien et le fait d'avoir une forte identité personnelle constituaient des sources de force et de résilience. (31)

4.5.3 SOUTIEN SOCIAL ET RÉSULTATS POUR LA SANTÉ

L'accès au soutien social peut avoir un impact sur les résultats cliniques du traitement des PVVIH. Une étude évaluant l'association entre le soutien social et les résultats virologiques auprès de 34 PVVIH à Toronto et qui étaient en traitement pendant une période de quatre ans, a démontré que le soutien social était un facteur déterminant dans les résultats du traitement. (56) Dans cette étude, les PVVIH ont affiché de meilleurs résultats cliniques si elles indiquaient avoir un soutien affectif, interpersonnel et informatif à leur disposition.

L'application de services de soutien communautaires peut dépendre des caractéristiques démographiques et des modèles comportementaux des PVVIH. Une étude récente a démontré que les PVVIH les plus vulnérables (célibataires, vivant seules et ayant une santé médiocre) étaient les utilisateurs les plus fréquents des services communautaires. (57)

4.6 ENVIRONNEMENTS PHYSIQUES

L'environnement physique d'une personne réside dans la mise en place de nombreux déterminants de la santé et est considéré comme influençant les résultats de santé physique et mentale. Les environnements physiques peuvent avoir un impact sur l'accessibilité aux services de santé et la capacité à exécuter les activités de la vie quotidienne. La conception et la sécurité de la communauté, l'accès à un logement approprié, à l'eau potable, à l'éducation, aux services de transport, à la garde d'enfants et aux dispositifs d'adaptation sont des facteurs clés permettant de créer des environnements physiques sains. (1) La majorité des récentes recherches sur les environnements physiques des PVVIH au Canada est axée sur la façon dont le lieu de résidence peut influencer l'accessibilité et la qualité de la santé ainsi que les services liés au VIH offerts à ces personnes. Le thème du logement et des sans-abri parmi les PVVIH a également été traité au cours des récentes recherches.

4.6.1 L'INFLUENCE DU LIEU GÉOGRAPHIQUE SUR LES PVVIH

Le lieu de résidence peut influencer directement les résultats de santé des PVVIH en facilitant ou en limitant l'accès aux services, et indirectement, en ayant un impact sur le contexte d'autres déterminants de la santé comme les environnements sociaux.

Comme d'autres patients avec des conditions complexes, les PVVIH dans les communautés rurales et dans les réserves des Premières nations ont un accès limité aux soins spécialisés, au traitement et au soutien. Les PVVIH des petites communautés peuvent être réticentes à l'idée de rechercher des services, par peur de perdre la confidentialité de leur condition et de vivre la stigmatisation et la discrimination. (50;58;59) Le besoin de services spécialisés liés au VIH peut forcer les PVVIH à quitter leur communauté d'origine pour se rendre dans les centres urbains où la séparation de leur réseau social peut mener à l'isolement social, à la solitude et à la dépression. (58;59) Une étude menée en Colombie-Britannique a démontré que les zones autour des centres urbains, notamment Vancouver, accueillaient davantage de patients séropositifs, indiquant ainsi que les PVVIH migraient vers les centres urbains pour trouver des soins spécialisés, un traitement et un soutien. (60)

Les PVVIH dans les villes canadiennes expérimentent des difficultés en termes de gestion de leur santé et d'accès aux soins et services, du fait de leur lieu de résidence. Le lieu de résidence dans une ville peut être associé à un risque supérieur de décès des PVVIH. (61) Une étude menée auprès de 533 PVVIH ayant participé au Programme de traitement pharmaceutique du VIH/sida du Centre d'excellence en VIH/sida de la Colombie-Britannique, a démontré que les personnes vivant auprès d'un voisinage présentant une forte utilisation de drogues injectables avaient trois fois plus de risques de décès que les PVVIH vivant dans un environnement avec une forte concentration d'hommes gais, malgré une présence supérieure du sida dans ce dernier. Les PVVIH vivant dans un environnement avec une forte concentration d'utilisateurs de drogues injectables étaient davantage des femmes, avaient déjà utilisé des drogues injectables, avaient moins eu recours à un médecin spécialisé en VIH et observaient moins le traitement contre le VIH. (61)

La mise en place des services dans les centres urbains peut déterminer l'accessibilité des PVVIH de ces centres, ce qui peut avoir un impact sur l'application des services. (61;62) Une analyse spatiale de la répartition des services liés au VIH proposés à Toronto a démontré que les services d'urgence et de prévention contre le VIH étaient regroupés dans certaines zones de la ville, alors que d'autres services, notamment des services de soutien affectif, des services de diagnostic post-test, des services médicaux et des services de fin de vie étaient répartis de manière plus uniforme. (62)

Pour analyser l'impact du lieu de vie des PVVIH d'un autre point de vue, une enquête a été menée auprès de 214 fournisseurs de services de santé liés au VIH de diverses professions pour analyser les pratiques, les modèles de renvoi et les modifications dans la prestation des services liés au VIH affectant les PVVIH au Canada. (63) Les sondés ont identifié nombre d'obstacles pour accéder et pour fournir les services liés au VIH; cependant, les résultats de l'étude n'ont pas indiqué de différences considérables dans les modèles de renvoi des pratiques par taille de communauté, juridiction ou région du Nord.

4.6.2 LOGEMENT ET SANS-ABRI PARMI LES PVVIH

Le statut de sans-abri et le logement instable peuvent avoir un impact négatif sur la santé mentale et physique, ce qui génère des obstacles au soin personnel et augmente l'utilisation de services de santé d'urgence. Suite aux épidémies concentrées de VIH dans nombre de centres urbains canadiens, la plupart des recherches récentes menées au Canada sur le logement et le VIH étaient axées sur les PVVIH habitant dans les centres des villes de Toronto et Vancouver ou dans les environs. (9;64)

Un examen systématique de la littérature sur les résultats de santé et le logement parmi les PVVIH au Canada a démontré une association positive entre la stabilité croissante du logement et des résultats de santé supérieurs. Des effets positifs ont été trouvés en termes d'observance, d'utilisation des services sanitaires et sociaux, d'état de santé et de réduction de comportements à risque. (65) Des résultats négatifs sur la santé et une qualité de vie amoindrie en termes de santé se sont également avérés associés au chômage, aux coûts ingérables des logements, à l'expérience de la discrimination liée au logement et à la dépression. (9)

Une analyse d'une cohorte de 602 PVVIH en Ontario a démontré que le lieu de résidence des PVVIH pouvait avoir un impact sur l'obtention d'un logement abordable et sécurisé. (9) Cette étude a démontré que vivre dans la région du Grand Toronto et qu'un soutien social supérieur étaient associés à une meilleure qualité de vie en termes

de santé. Les PVVIH qui étaient liées à leur communauté, avaient de forts réseaux de soutien social, et se sentaient bien dans leur lieu de résidence avaient une meilleure qualité de vie en termes de santé mentale. Cependant, les PVVIH qui expérimentaient des difficultés à gérer les frais de logement, qui avaient peur de l'éviction et qui utilisaient de manière dangereuse de l'alcool et des drogues semblaient avoir une moins bonne qualité de vie en termes de santé mentale. (9)

Le quartier centre-est de Vancouver a été l'objet d'une étude plus récente sur le logement et le VIH au Canada, du fait de la forte prévalence de PVVIH, du travail du sexe et de l'utilisation de drogues injectables, ainsi que du faible statut socioéconomique des personnes résidant dans ce quartier. Dans ce quartier, certaines PVVIH occupaient une chambre individuelle dans un hôtel, soit 1,5 fois plus que les personnes non séropositives. (66) Pour les personnes n'ayant pas de logement stable, l'observance des traitements est difficile. Malgré les perceptions négatives du quartier centre-est de Vancouver, il faut noter que pour certaines personnes, ce quartier est leur lieu d'origine et un lieu où elles se sentent bien et acceptées. (67)

> *Donc je suis allée dans le centre-ville – les bas quartiers, tu vois? Et tout s'est bien passé pour moi. J'ai vu des gens comme moi, tu sais; je me sentais bien intégrée pour la première fois de ma vie. Je n'étais pas une étrangère, ou une personne antisociale, ou une criminelle ou une droguée. Plus personne ne me pointait du doigt. Ça a été un tournant dans ma vie, j'ai décidé que j'irais consulter et que je suivrais un traitement psychiatrique.*
>
> — Femme vivant avec le VIH/sida (67)

L'instabilité du logement et le fait d'être sans-abri ont été déterminés comme des préoccupations majeures parmi les parents vivant avec le VIH/sida, notamment les mères célibataires. Des entrevues qualitatives avec 50 parents vivant avec le VIH laissent entendre que le besoin d'un logement abordable, sécurisé et stable pour les familles peut avoir un impact sur les habitudes de vie saines et sur l'observance au traitement parmi les parents vivant avec le VIH. Des conditions de logement médiocres et des voisinages non sécurisés, ainsi que des obstacles à l'accès aux services de soutien, ont également été identifiés comme des préoccupations importantes. Les parents de cette étude ont également décrit des stigmatisations et discriminations liées au VIH, ainsi que du racisme envers eux. (45)

> *Lorsque vous avez des enfants, c'est dur. Vous devez vivre dans un lieu où vous vous sentez en sécurité et à l'aise.*
>
> — Parent vivant avec le VIH/sida (45)

> *Le logement est la préoccupation la plus importante parce que tu ne veux pas vivre dans la rue, particulièrement avec ta famille.*
>
> — Parent vivant avec le VIH/sida (45)

Les parents ayant un enfant vivant avec le VIH ont cerné un besoin critique de vivre près de leur lieu de travail et de l'école de leur enfant, de manière à être immédiatement disponibles en cas d'urgence et à protéger la vie privée de leur enfant.

> *Je dois être là. Comme je viens de le dire, ce serait particulièrement inconfortable pour moi de ne pas pouvoir être auprès d'elle rapidement. Donc, si elle se blesse à l'école, où personne ne connaît son état de santé, je ne souhaite pas qu'ils l'emmènent à l'hôpital. Je ne veux pas de ça. Il est donc très important pour moi d'être auprès d'elle.*
>
> — Mère d'un enfant vivant avec le VIH/sida (45)

4.6.3 PVVIH ET ENVIRONNEMENT CARCÉRAL

L'environnement carcéral peut augmenter la vulnérabilité d'une personne vivant avec le VIH/sida à des résultats médiocres en termes de santé et de soutien social. La prévalence du VIH et d'autres infections transmises sexuellement et par le sang, comme le VHC et l'hépatite B, est disproportionnellement élevée dans les prisons canadiennes. (68;69) Des outils, tels que les préservatifs et les digues dentaires, qui peuvent être utilisés pour limiter la transmission des infections transmises sexuellement et par le sang, sont disponibles dans de nombreuses prisons canadiennes; cependant, certaines difficultés restent présentes en termes d'accès à ces outils. Une enquête sur les personnes incarcérées des prisons fédérales a indiqué que les problèmes d'accès étaient liés à la logistique, la discrimination et la confidentialité. (69) L'impact général de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH, notamment l'homophobie entre les personnes incarcérées, peut aussi rendre l'environnement carcéral hostile aux PVVIH.

Les PVVIH purgeant des peines de plus de deux ans sont incarcérées dans les prisons fédérales, et la durée de leur peine signifie qu'il est plus facile pour elles d'accéder et d'observer un traitement. Les personnes purgeant leur peine dans les prisons provinciales et territoriales font face à davantage de difficultés dans l'accès et l'observance au traitement, partiellement du fait qu'elles peuvent rester en prison seulement quelques jours ou semaines, ce qui constitue des difficultés logistiques pour l'accès aux soins de santé, car elles ne peuvent apporter leurs médicaments avec elles, et doivent consulter un médecin de la prison pour leur faire une nouvelle prescription.

Les PVVIH qui sont incarcérées font face à des difficultés uniques dans la gestion de leur santé personnelle et dans l'accès au traitement contre le VIH et aux services. Pour les PVVIH qui utilisent des drogues injectables, la récente incarcération s'est avérée associée à l'abandon du traitement pour des raisons non cliniques. (70) Dans une étude sur 12 PVVIH qui ont été récemment incarcérées en Colombie-Britannique, les participants ont décrit de nombreux obstacles au traitement contre le VIH et services inhérents. L'entrée en prison a généré des difficultés pour accéder aux médicaments contre le VIH et des interruptions de traitement des PVVIH. Certains participants ont déclaré qu'ils ne pouvaient accéder au traitement en étant incarcérés et qu'ils étaient obligés d'attendre leur libération pour reprendre le traitement. Les participants ont perçu la qualité des soins dans l'institution comme inférieure aux services liés au VIH proposés dans leurs communautés. (70)

> *J'ai été condamné à un mois de prison, mais j'ai purgé uniquement 21 jours. Et pendant ces 21 jours, ils ne m'ont même pas donné mes médicaments jusqu'au matin où j'ai quitté la prison. J'étais énervé (furieux]. L'infirmière m'a dit que le médecin [de l'institution] ne pouvait contacter mon médecin. Ils ne pouvaient pas trouver le numéro de mon médecin – bien sûr... tout le monde a un ordinateur...*
>
> — Personne vivant avec le VIH/sida (70)

4.7 CULTURE

La culture et la tradition peuvent jouer à la fois des rôles positifs et négatifs pour déterminer la santé et le bien-être des personnes et des communautés. (1) Jusqu'à maintenant, les recherches sur le VIH/sida et la culture au Canada tendaient à porter sur l'évaluation des facteurs culturels qui contribuent à la vulnérabilité et aux risques liés au VIH. Moins de recherches ont analysé les moyens par lesquels les croyances et pratiques culturelles ont un impact positif sur la vie des PVVIH. La section suivante analyse la littérature disponible sur la culture et les PVVIH au Canada; littérature qui était axée jusqu'à présent sur les Autochtones et les communautés, noires, africaines et caribéennes.

4.7.1 CULTURE ET VULNÉRABILITÉ SOCIALE PARMI LES PVVIH

Pour nombre de PVVIH, le VIH est seulement un facteur de leur vie compliqué par de nombreuses charges sociales et une discrimination raciale. (42;44;71) Les Canadiens noirs ont identifié des conflits intergénérationnels, des problèmes auxquels les jeunes Noirs dans le système scolaire, le chômage, le racisme et les problèmes d'immigration prenant fréquemment la priorité sur le traitement et le soin des PVVIH. (42) Les Autochtones vivant avec le VIH/sida ont également décrit des niveaux de stigmatisation, ainsi que des problèmes liés au traumatisme intergénérationnel et aux pensionnats indiens, à la violence familiale et sexuelle, à la pauvreté, aux dépendances et aux responsabilités familiales, comme prenant la priorité sur leur santé personnelle. (44;59;71)

> *Je pense que la communauté noire pense qu'elle est acculée. Et si tu ne dois pas faire face au [VIH], pourquoi?*
>
> — Femme de Trinidad vivant au Canada (42)

> *Je me suis rendu dans des cliniques lorsque j'avais une blessure – qu'elle soit due à l'alcool ou non – j'ai ressenti comme un préjudice lorsqu'ils ont juste jeté un œil et [dit] « OK, vous avez fait quelque chose de stupide lorsque vous étiez ivre. Et ça n'a pas vraiment d'importance parce que vous êtes juste un Autochtone, et que vous allez probablement de nouveau être ivre et recommencer ».*
>
> — Autochtone vivant avec le VIH/sida (59)

La stigmatisation et la discrimination des PVVIH sont réputées comme une préoccupation importante pour nombre de communautés autochtones, ainsi que les communautés noires, africaines et caribéennes au Canada. (42;59;71)

> *[L'infirmière] a dit une chose très sarcastique. Elle a dit qu'elle disait toujours à ses filles que toutes les personnes venant d'Afrique sont séropositives.*
>
> — Femme du Kénya vivant au Canada (42)

Les PVVIH qui sont des minorités peuvent expérimenter la stigmatisation et la discrimination de la population plus large en fonction de leurs cultures et origines raciales, et au sein même de leur communauté, du fait de leur séropositivité. (42;44;59;71-73) Les appartenances culturelles, raciales et religieuses peuvent être des sources de stigmatisation et de discrimination contre les PVVIH. Cette stigmatisation et cette discrimination sont partiellement liées aux traditions et pratiques culturelles discriminant les gais, les personnes coupables d'adultère, les personnes qui ont plusieurs partenaires sexuels, les personnes qui utilisent des drogues injectables et les personnes qui vivent avec des maladies infectieuses. (32;42) Certaines pratiques ou croyances culturelles se sont avérées générer stigmatisation et discrimination contre les PVVIH, et peuvent générer un rejet et une exclusion de la communauté, des obstacles à l'accès aux services de santé et une dépression. (42;59;73) Certaines communautés peuvent avoir des préjugés par rapport aux PVVIH qui peuvent mener à des railleries, à un isolement social et à un rejet de la communauté et de la famille.

Certaines communautés basées sur les croyances et certains groupes religieux pensent que les populations séropositives et associées à risque – hommes gais et personnes qui utilisent des drogues injectables – sont impures et immorales, et peuvent considérer l'infection au VIH comme une punition divine pour avoir commis des actes immoraux. À l'inverse, les personnes peuvent croire que ceux qui adhèrent à leur religion ne peuvent contracter le VIH. (42;74)

> *Au Kenya, tout le monde va à l'église le dimanche, et vos parents vont à l'église. Donc lorsque vous allez à l'église, vous élevez très bien vos enfants et il n'y a aucune raison d'avoir de problème.*
>
> — Femme du Kénya vivant au Canada (42)

Une étude sur 30 PVVIH des communautés africaine et caribéenne de Toronto, ainsi que sur 74 femmes et hommes de ces communautés dont la séropositivité était inconnue, a démontré un certain nombre de facteurs d'isolement social et d'obstacles au traitement. (42) Les PVVIH de cette étude ont décrit leurs craintes de rumeurs dans la communauté, de railleries, de harcèlement verbal et de pertes d'amis, qui les forcent à ne pas divulguer leur infection et à éviter d'accéder au traitement et aux soins. Les normes culturelles qui empêchent de discuter des problèmes de santé sexuelle, physique ou psychologique, ont été invoquées comme causes d'un déni d'existence du VIH dans ces communautés. Il a été constaté que les hommes vivant avec le VIH évitaient de demander des soins médicaux tant qu'ils n'étaient pas à un stade critique ou final de leur maladie, ce qui semble être lié à des pressions culturelles selon lesquelles les hommes doivent être forts et retenus. En outre, les hommes de cette étude ont indiqué éviter de demander des services liés au VIH du fait de la crainte liée à l'homophobie dans les communautés et de la crainte d'être identifiés comme gais. (42) L'infection au VIH était perçue comme une « maladie des gais ». Une femme participante de Jamaïque a mis en avant la logique relative au VIH dans sa communauté :

> *Vous associez le VIH à l'homosexualité et venant de Jamaïque, il n'y a pas d'hommes gais en Jamaïque, n'est-ce pas? Il est donc impossible que le peuple jamaïcain contracte le VIH puisqu'il n'y pas d'hommes gais en Jamaïque.*
>
> — Femme de la Jamaïque vivant au Canada (42)

Des données qualitatives laissent entendre que les Autochtones vivant avec le VIH/sida sont fortement stigmatisés par le public en général et au sein de nombreuses communautés autochtones au Canada. (10;31;39) Dans une étude incluant 31 participants, les Autochtones vivant avec le VIH/sida décrivaient des difficultés de santé mentale continues associées à une histoire de colonisation et d'abus, de violences au sein de la famille et de la communauté, et de graves problèmes relatifs à la stigmatisation et au manque de vie privée dans leurs communautés. (39)

4.7.2 CULTURE ET RÉSILIENCE PARMI LES PVVIH

La culture, la religion et la spiritualité jouent un rôle critique dans la résilience contre le VIH pour de nombreuses communautés culturelles vivant au Canada. Jusqu'à maintenant, les recherches sur la culture et la résilience parmi les PVVIH étaient axées sur les personnes et communautés autochtones touchées par le VIH. On a moins d'informations sur les influences positives de la culture sur la résilience des PVVIH d'autres groupes culturels.

> *Tous les éléments provenant des cercles de vie aux réunions pour les alcooliques et l'usage de stupéfiants, aux cercles de vie organisés pour les PVVIH dans les organismes de services liés au sida à ces conférences. C'est ce que je considère comme mes services de santé, car ils traitent de ma vitalité, de ma durée de vie [sic] et de ma guérison, vous voyez. Je n'ai pas besoin de guérir avec une p–-n de bouteille. J'ai besoin de guérir mon cœur et mon âme, vous voyez. L'église, c'est mon service de santé. La hutte de sudation, c'est mon service de santé!*
>
> — Femme vivant avec le VIH/sida (44)

> *Je pense que ma plus grande force vient de... mon lien avec le Créateur, Dieu; et c'est de là que vient ma force. Et je regarde maintenant en arrière et je peux voir tous ces repères que je n'avais pas vus. C'est comme si mes yeux s'étaient ouverts lorsque j'ai commencé à me rapprocher du Créateur et c'est comme s'il avait ouvert mes yeux et que je pouvais soudainement voir qu'il est celui qui m'a permis de franchir toutes ces étapes en toute sécurité.*
>
> — Femme autochtone vivant avec le VIH/sida (44)

Les Autochtones vivant avec le VIH/sida et ayant participé à diverses études qualitatives ont décrit l'utilisation des pratiques de guérison autochtones dans leurs soins personnels contre le VIH, notamment les huttes de sudation, les églises, les cérémonies de purification, la demande de conseils auprès des sages, l'art et l'artisanat traditionnel. (44;73;75) De nombreux participants indiquent utiliser à la fois les cérémonies de médecine et de guérison de l'Ouest et traditionnelles des Autochtones pour traiter leur maladie. (44;75) Il faut noter cependant que certains Autochtones vivant avec le VIH/sida ayant participé à l'étude ont indiqué qu'ils n'utilisaient pas les pratiques culturelles dans la gestion de leur santé. (59) Les interventions de la communauté axées sur la reconnexion avec la culture se sont avérées encourageantes pour la résilience parmi les jeunes Autochtones vivant avec le VIH/sida. (76)

Au Canada, les chercheurs analysant les réponses de la culture autochtone et des cultures noires, africaines et caribéennes au VIH, soulignent l'importance de fournir des soins adaptés à la culture de chaque communauté pour les PVVIH dans ces communautés. (42;75) Les soins adaptés à la culture de chaque communauté peuvent impliquer du personnel qualifié et sensible, des politiques de non-discrimination, une formation en termes de confidentialité, un surpassement des barrières linguistiques ou l'incorporation de pratiques de médecine et de guérison traditionnelles culturelles.

4.8 GENRE

Les rôles sexuels des femmes et des hommes, et des garçons et des filles, peut générer une vulnérabilité à des résultats de santé médiocres. L'Organisation mondiale de la Santé a défini le genre comme « ce qu'une société désigne au sujet des rôles appropriés, tâches, droits, responsabilités, comportements acceptés, occasions et statuts des femmes et des hommes les uns envers les autres ». (77) En outre, les relations entre les genres sont « souvent inégales et hiérarchiques. Les femmes n'ont généralement pas un accès équitable aux ressources comme l'argent, le pouvoir et l'influence, par rapport aux hommes ». (77) Le genre est un déterminant de la santé inextricablement lié à d'autres déterminants de la santé, notamment la culture, l'accès aux soins de santé, la vie familiale et les relations intimes.

L'inégalité des femmes et des jeunes filles liée au genre est largement constatée comme un facteur influant sur la pandémie du VIH/sida à travers le monde. Les femmes et les jeunes filles vivant avec le VIH sont plus vulnérables à des résultats sanitaires et sociaux médiocres que les hommes vivant avec le VIH. Globalement, l'inégalité des genres est connue comme limitant la capacité des femmes à accéder au traitement, à avoir des relations sexuelles protégées et à prendre des précautions en termes d'allaitement, ainsi qu'augmentant le risque de violences faite envers les femmes. (77)

Les femmes et jeunes filles vivant avec le VIH au Canada font face à des difficultés spécifiques dans la vie sociale et familiale, la santé sexuelle et génésique, la divulgation de la séropositivité, les relations intimes et l'éducation des enfants. L'impact des violences sexospécifiques contre les PVVIH, notamment les femmes et les jeunes filles, a également été noté dans de récentes études sur les expériences vécues par les femmes vivant avec le VIH en Ontario. (44;45) Bien que peu d'études aient analysé l'influence des normes sexuelles sur les hommes vivant avec le VIH, les recherches entreprises dans ce domaine ont été principalement axées sur les femmes et les jeunes filles.

Dans certains cas, la discrimination contre les femmes vivant avec le VIH est basée sur des croyances traditionnelles au sujet des genres en ce qui concerne la sexualité des femmes et le rôle social des femmes en tant que mères. Les femmes vivant avec le VIH ont le sentiment d'être perçues comme des « vecteurs » de maladie et d'infection pour les hommes et les bébés et peuvent être blâmées d'avoir infecté leurs enfants. (71;78)

> *Les infirmières et tout le personnel soignant, ils ne se sont même pas préoccupés de mon cas, ils ont juste parlé devant tout le monde et ont lancé un nouveau cas de sida : « Regarde ce que tu as fait à ton enfant », tu vois. « Comment peux-tu te supporter, quel genre de femme es-tu pour avoir des enfants sans réfléchir? » « Tu ne devrais même pas avoir de relations sexuelles ».*
>
> — Femme vivant avec le VIH/sida décrivant son expérience à l'hôpital après son accouchement (71)

Les normes sexuelles et les relations entre les genres influencent la perception publique des hommes et des femmes vivant avec le VIH. Le « *Projet* VIHsibilité » a identifié les différences dans les portraits des hommes et des femmes vivant avec le VIH dans les médias. Ce projet a analysé la présence du VIH/sida dans les journaux au Québec de 1988 à 2004. (79) Les résultats ont démontré que les femmes vivant avec le VIH/sida étaient présentées dans les médias comme des « victimes innocentes » et des « mères » ayant besoin d'un meilleur accès aux soins, aux traitements et d'un soutien, alors que les hommes vivant avec le VIH/sida étaient présentés comme des consommateurs d'héroïne, des gais, des criminels ou des personnes ayant des comportements abusifs et des personnes d'origine haïtienne.

4.8.1 VIOLENCE SEXOSPÉCIFIQUE

À travers le monde, les femmes et les jeunes filles vivant avec le VIH présentent des risques supérieurs de violences sexuelles et sexospécifiques. (77) La crainte de la violence a été identifiée comme une préoccupation pour les femmes et les hommes vivant avec le VIH et le sida. (3;44;80) Bien que les recherches au Canada n'aient pas évalué la prévalence des violences sexospécifiques parmi les hommes et les femmes vivant avec le VIH, des données qualitatives indiquent que le problème est particulièrement important pour les femmes. (44;74)

Des études analysant les expériences des femmes et des jeunes filles impliquées dans le travail du sexe dans la rue dans le quartier centre-est de Vancouver – une population à forte prévalence de VIH – ont démontré que les femmes de cette population expérimentaient diverses formes de vulnérabilités sexuelles et reliées à la drogue, et luttaient contre de multiples morbidités, des difficultés de logement instable et des dépendances. (3;5) Il a également été démontré que la violence sexospécifique avait un impact négatif considérable sur les stratégies d'adaptation, sur la santé et sur la qualité de vie des femmes vivant avec le VIH au Canada. (3;44;48;81;82) Il a notamment été noté que la violence contre les femmes vivant avec le VIH au Canada était liée à des pratiques d'adaptation négatives, notamment à l'usage de l'alcool et de drogues, qui à son tour, crée une vulnérabilité accrue à des résultats de santé médiocres. (3;44)

La violence sexospécifique contre les femmes vivant avec le VIH est réputée comme générant des résultats de santé médiocres puisqu'elle a une influence négative sur l'observance au traitement et l'accès aux services de soin et de soutien. (77) Des antécédents de violences et d'agressions sexuelles peuvent dissuader certaines femmes d'accéder à des services de soins critiques en matière de santé sexuelle et reproductive. (44)

4.8.2 GENRE ET DIVULGATION DE SON ÉTAT SÉROPOSITIF

La divulgation de la séropositivité a été indiquée comme une préoccupation importante pour les hommes et les femmes. (10) Les femmes et les hommes peuvent ressentir une certaine anxiété à divulguer leur séropositivité à leur famille, par crainte du rejet et de l'abandon. (48)

Les femmes vivant avec le VIH peuvent avoir des difficultés à divulguer leur séropositivité par crainte de la violence de leur concubin, par crainte de l'impact sur la vie familiale et

par crainte de perdre la garde de leurs enfants. (44;48) L'anxiété et la crainte au sujet de la divulgation de la séropositivité peuvent mener les femmes à cacher leur infection à leur famille, à leurs amis et à la société, et peuvent les empêcher d'accéder à des réseaux de soutien social. (48) Les craintes relatives à la divulgation contribuent à la pression dans la vie intime et familiale, notamment au désir d'être honnête et de protéger les êtres chers contre la stigmatisation et la discrimination. Ces craintes sexospécifiques placent un fardeau supplémentaire sur les épaules des femmes vivant avec le VIH/sida, notamment les femmes qui vivent des relations violentes.

> *Nous n'avons pas parlé ouvertement de cela. Et je ne voulais pas les effrayer à propos de ma séropositivité, car ce sont des enfants – je ne savais pas comment ils allaient prendre la chose. J'ai alors pensé qu'il pourrait y avoir une certaine stigmatisation dans le foyer – ne pas partager les mêmes tasses, les toilettes et tout le reste. Et donc, je n'ai pas abordé le sujet.*
> — Femme vivant avec le VIH/sida (48)

> *Vous savez, j'avais peur. J'avais peur de leur dire [ma famille]. Le fait de ne pas savoir comment ils allaient réagir; (j'avais l'impression] que j'allais perdre ma famille à cause de cela.*
> — Femme vivant avec le VIH/sida (48)

4.8.3 GENRE ET CULTURE

Les normes sexuelles et les relations entre les hommes et les femmes varient d'une culture à l'autre et peuvent avoir un impact considérable sur la santé des personnes de leurs communautés. (77) Certaines croyances culturelles au sujet du genre peuvent contribuer à la vulnérabilité sanitaire et sociale des femmes vivant avec le VIH au Canada.

Dans une étude menée auprès de 26 femmes d'origine africaine et caribéenne vivant avec le VIH/sida en Ontario, les participantes ont noté des pratiques sexistes, liées à la tradition culturelle qui régit le rôle de la femme dans les mariages et dans les familles, qui contribuaient au silence au sujet du VIH. (32) Une autre étude portant sur des femmes d'origine africaine et caribéenne vivant avec le VIH/sida à Toronto, ainsi que des fournisseurs de soins engagés dans les services liés au VIH parmi cette population, laisse entendre que les traditions culturelles et les normes sexuelles soutiennent un environnement familial patriarcal, dans lequel les femmes peuvent avoir un contrôle limité sur leur sexualité.

> *[Il] n'est pas acceptable de laisser entendre que vous ne faites pas confiance à votre partenaire. En prenant cela en considération, c'est une partie de la façon dont sont considérées les femmes; et cette partie est le sexe, le problème de confiance, vous n'êtes même pas supposé l'aborder.*
> — Femme du Kénya vivant avec le VIH/sida, (74)

Les femmes vivant avec le VIH ont indiqué que la crainte d'être ostracisées et isolées suite à leur infection au VIH contribue au déni, au silence et au secret. Les perceptions des stigmatisations dans cette communauté peuvent dissuader les femmes d'accéder à des services de soins de santé critiques et les empêcher de chercher à communiquer dans des réseaux de soutien social précieux. (74)

> *Je suis une femme guyanienne qui travaille et je viens d'une famille [sic] musulmane très traditionnelle qui est réputée dans ma communauté... mais je n'ai toujours pas franchi le pas de consulter une femme médecin dans ma communauté, car la probabilité selon laquelle elle pourrait connaître ma famille m'empêche d'aller la voir.*
> — Femme guyanienne vivant avec le VIH/sida (74)

> *Une femme musulmane est autorisée à toucher uniquement son mari. Donc ils diraient, « Tu es musulmane, comment as-tu contracté cette maladie? » Ils pourraient se moquer de toi.*
> — Femme somalienne vivant avec le VIH/sida (42)

Les hommes d'origine caribéenne et africaine et vivant avec le VIH peuvent expérimenter des difficultés spécifiques liées à l'homophobie inscrite dans les valeurs culturelles. Une importante étude sur les communautés caribéennes et africaines à Toronto a démontré que les hommes gais sont souvent fortement stigmatisés dans ces communautés, ce qui mène à des situations de secret et de caractère blâmable. (42) L'homophobie peut avoir un impact de restriction dans ces communautés en termes d'accès aux soins, de traitements et du soutien.

Quelques études ont analysé les difficultés sexospécifiques du fait de vivre avec le VIH parmi les femmes autochtones. (44;71;72) Les perceptions de stigmatisation et expériences de discrimination dans cette population sont composées de la discrimination contre les femmes et les jeunes filles autochtones. Les images sexualisées et les stéréotypes véhiculés envers les femmes autochtones peuvent produirent des discriminations liées au VIH et au genre contre les femmes autochtones vivant avec le VIH.

> *Je reçois des appels... des personnes m'appellent « la squaw qui a le sida » et toi, tu le mérites certainement, parce que les squaws méritent de mourir, « Sachant qu'on ne peut pas vous tuer toutes, le sida va vous tuer ».*
>
> — Femme autochtone vivant avec le VIH/sida (71)

4.9 ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ

L'accessibilité aux services de santé est un déterminant fondamental de la santé; l'accès aux soins financés publiquement est une garantie de la *Loi canadienne sur la santé*. Malheureusement, les inégalités sociales et économiques empêchent un accès équitable aux services de santé parmi les Canadiens. De nombreuses personnes font face à des obstacles pour les services de soins de santé, notamment en termes d'inaccessibilité physique et d'isolement social, problèmes socioculturels, barrières linguistiques, barrières sexospécifiques et coûts des soins de santé non fournis publiquement. (1) Bien que la plupart des coûts de traitement des PVVIH soient publiquement financés, et que de nombreux progrès aient été effectués pour améliorer la disponibilité et la qualité des traitements et services de soins liés au VIH, de nombreuses personnes vivant avec le VIH au Canada continuent de faire face à de multiples obstacles pour accéder aux services de soins et de soutien critiques liés au VIH. (12)

Les PVVIH consultent non seulement leurs médecins pour une expertise médicale et clinique, mais aussi pour une expertise légale et réglementaire pour savoir comment accéder aux services comme les prestations d'invalidité et les logements subventionnés ainsi qu'une expertise morale et éthique. (83) Outre les services de santé, de nombreuses PVVIH accèdent à de nombreux services sociaux, notamment les organismes communautaires, le soutien des pairs, les services de consultation, l'encadrement pédagogique, le soutien financier, le soutien au logement, les banques alimentaires et les programmes de loisirs. (41)

Les politiques et programmes encourageant le test, la détection précoce et l'accès aux soins, au traitement et au soutien se sont améliorés au fil du temps. Malgré ces progrès importants, de nombreuses PVVIH continuent d'être diagnostiquées à des stades avancés de leur maladie. (84) Une récente étude sur 13 cohortes canadiennes et américaines a démontré que l'analyse de l'état immunitaire des patients lors de la première présentation aux services liés au VIH avait dénombré un total de 44 491 participants vivant avec le VIH/sida. L'âge moyen de présentation initiale aux soins liés au VIH a augmenté au fil des années. Bien que le taux de CD4 à la présentation initiale ait augmenté au cours des 11 dernières années, de nombreuses PVVIH continuent d'accéder au premier test avec un taux de moins de 350 cellules/mm^3. (84) En d'autres termes, de nombreux patients continuent d'être testés à des stades avancés de leur maladie, ce qui implique un besoin pressant d'augmenter l'accès aux tests de séropositivité, à un diagnostic précoce et au traitement.

Ces retards dans l'accès au test et au traitement apparaissent également dans des conditions liées au VIH. Malgré les forts taux de dépistage de cancers du col de l'utérus anormaux parmi les femmes vivant avec le VIH, le dépistage parmi cette population reste faible. (85)

4.9.1 OBSTACLES À L'ACCÈS DES SERVICES DE LUTTE CONTRE LE VIH POUR LES PVVIH

Les perceptions de stigmatisation et discrimination peuvent avoir un impact sur l'accès des PVVIH aux services de santé et services de soutien. Les PVVIH peuvent percevoir une stigmatisation ou des jugements négatifs dans certaines structures de soins de santé, ce qui peut les mener à éviter ce type de services. (51;83)

Les politiques au niveau organisationnel des services de santé peuvent s'ajouter aux perceptions de stigmatisations liées au VIH. Dans une étude sur les perceptions des PVVIH au sujet des services de soins de santé, certaines ont exprimé une préférence pour les services spécialisés liés au VIH, alors que d'autres se sont senties traitées différemment dans les services ciblés, ce qui a contribué à augmenter la stigmatisation et la discrimination. (40)

Avoir notre immeuble identifié [comme un organisme de services liés au sida] est affreux pour moi. Je ne pense pas que nous avons besoin de placer « VIH » sur la façade de notre immeuble. Les personnes doivent pouvoir venir et quitter notre service sans que la stigmatisation ne leur colle à la peau.

— Personne vivant avec le VIH/sida (40)

Les perceptions des stigmatisations peuvent agir comme un moyen de dissuasion pour accéder aux services de soins critiques et autres services de soutien. Les PVVIH peuvent éviter d'accéder à ces services de peur d'être identifiées comme séropositives par les autres. Des pratiques systématiques dans les structures de soins de santé, notamment des précautions universelles (comme l'utilisation de gants et de masques) peuvent être perçues comme une forme de stigmatisation par les PVVIH et ainsi les inciter à éviter les services liés au VIH. (39) Le besoin perçu de divulguer sa séropositivité aux travailleurs de la santé, associé au besoin de garder cette séropositivité secrète, a également été souligné comme un obstacle potentiel à l'accès aux services de santé. (39)

Elle [réceptionniste] veut savoir pourquoi vous souhaitez voir un médecin. Il y a une pièce pleine de drogués et de personnes derrière moi, aucun élément de séparation entre nous, et elle souhaite savoir ou souhaite que je lui explique pourquoi je suis là pour voir un médecin. Je ne vois pas en quoi cela regarde les autres. Si je souhaite voir un médecin, c'est mon droit.

— Personne vivant avec le VIH/sida (39)

Les participants ont souligné l'importance considérable de protéger la vie privée des patients dans les centres de service avec des structures physiques ouvertes où sont présents d'autres patients. Les stratégies qui limitaient la stigmatisation pour les PVVIH incluaient les services confidentiels liés au VIH ainsi que des services non liés au VIH, de même que des mesures pour éviter la divulgation de la séropositivité aux fournisseurs de soins de santé. (39)

Le médecin a dit « Vous n'êtes pas dans l'obligation d'aller les informer de votre séropositivité aujourd'hui, car ils savent déjà que vous avez le VHC. Ils prendront les mêmes précautions que pour le VIH ».

— Personne vivant avec le VIH/sida (39)

Nous avions toujours des personnes portant une maladie infectieuse, mais certains jours nous avions seulement des personnes portant le VIH. Ce que nous essayons de faire maintenant, c'est d'amener d'autres patients, de façon à ce que nous ayons une clientèle différente dans la salle d'attente.

— Fournisseur de soins de santé (39)

Un modèle intéressant pour contrer certains de ces obstacles a été développé dans une étude de Hamilton où sept PVVIH avaient un rôle de tuteurs de ressources dans des sessions avec des groupes d'étudiants en physiothérapie et en ergothérapie et résidents de médecine familiale. Les tuteurs en ressources apportaient leurs perspectives sur des problèmes liés à la vie quotidienne avec le VIH, aux problèmes de traitement, à la culture, au statut socioéconomique et à leurs expériences passées avec des professionnels de la santé. Les étudiants ont identifié le fait que cette expérience leur a permis de mieux comprendre, et de façon plus personnelle, les PVVIH et de remettre en question certaines de leurs attitudes et hypothèses à propos du VIH. Ces expériences ont été clairement bénéfiques pour les tuteurs en ressources joués par les PVVIH; les participants ont identifié un impact positif sur leurs compétences en enseignement, leur conscience de soi, leur compréhension du VIH, leur confiance en l'enseignement et leur vie quotidienne. (55)

4.9.2 ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ PARMI LES POPULATIONS DISTINCTES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA

La stigmatisation et la discrimination contre les personnes qui utilisent des drogues injectables contribuent aux obstacles à l'accès aux services sanitaires et sociaux parmi cette population. (86) La reconnaissance accrue des avantages d'un traitement complet contre le VIH et des modèles de soins ont indiqué à la recherche la valeur potentielle d'une injection supervisée et de sites de soins liés au VIH. (87) Une étude qualitative impliquant des entrevues avec 22 PVVIH qui utilisent des drogues injectables, et leurs fournisseurs de soins de santé, a analysé l'impact d'un programme d'injection supervisée proposé par le Dr Peter Centre, une structure de soins contre le VIH à Vancouver. Les résultats de cette étude ont révélé que les programmes de services liés au VIH

intégrés peuvent avoir un impact positif sur l'accès aux soins en favorisant des relations de confiance entre le patient et le fournisseur de soins de santé, en améliorant l'accès au traitement pour les infections liées aux injections et en améliorant la participation et la connaissance des pratiques d'injections sécurisées des PVVIH. (87)

Il existe un accès et une utilisation limités au traitement contre le VIH par les travailleurs du sexe dans les rues du quartier centre-est de Vancouver. Des données, amassées au cours d'une évaluation des besoins de base sur 159 personnes accédant à un centre de services destiné aux travailleurs du sexe dans les rues, ont démontré que, malgré l'accessibilité et l'utilisation élevées des services dans le quartier, les services spécifiques liés au VIH étaient très peu utilisés. Bien que 34 participants (23 %) aient indiqué qu'ils vivaient avec le VIH, seuls 14 (9 %) accédaient au traitement. Des auto-analyses ont indiqué que les obstacles à l'accès au traitement étaient largement attribuables au manque d'informations et aux mauvaises idées sur le traitement. Les obstacles cités pour accéder au traitement incluaient une connaissance inappropriée, la crainte des effets secondaires, des difficultés à suivre les régimes médicamenteux quotidiennement et à prendre des rendez-vous réguliers et la crainte de révéler l'infection au VIH à d'autres. (5)

Certaines études ont indiqué que les Autochtones vivant avec le VIH/sida consultent moins leurs médecins que les PVVIH non autochtones et ne commencent pas systématiquement de traitement antirétroviral. Une étude en Colombie-Britannique a démontré que les Autochtones vivant avec le VIH/sida décédaient plus facilement du sida que les PVVIH non-autochtones. (88) Les obstacles à l'accès aux soins de santé pour les Autochtones vivant avec le VIH/sida incluent l'expérience ou la perception du racisme et de la discrimination de la part des fournisseurs de soins de santé et le manque de services de soins adaptés à leur culture. Pour les Autochtones vivant avec le VIH/sida dans des communautés petites ou isolées, la crainte de divulguer leur séropositivité, et le manque de soins spécialisés contre le VIH peuvent également constituer des obstacles. (2) Des recherches menées dans des communautés noires indiquent également des obstacles tels que la discrimination, un manque de compréhension et d'adaptation des informations d'un point de vue culturel, et des barrières linguistiques et culturelles. (6)

Dans une étude menée sur 34 jeunes vivant avec le VIH, la plupart d'entre eux étaient des utilisateurs des services proposés par les organismes de services sanitaires et sociaux et étaient généralement satisfaits de ces services. Plusieurs ont trouvé que les organismes de services liés au sida n'étaient pas « adaptés aux jeunes » et ont exprimé le souhait d'avoir des services plus personnalisés pour les jeunes. (41) Une étude axée sur les jeunes vivant avec le VIH et Internet a démontré que, malgré le fait que les jeunes utilisent davantage Internet, ils l'utilisent principalement pour la communication et les loisirs. Bien que leurs recherches d'informations sur la santé soient rares, les participants ont exprimé leur soutien à l'idée de créer un site Internet conçu pour les jeunes vivant avec le VIH. (89)

Comme il est indiqué dans le chapitre 3, il y a de plus en plus d'adultes plus âgés vivant avec le VIH au Canada. Sachant que la majorité des services est perçue comme étant axée sur les besoins des adultes séropositifs plus jeunes, des préoccupations ont été exprimées sur les obstacles potentiels aux services pour les personnes plus âgées vivant avec le VIH/sida. Cependant, une étude analysant la capacité des personnes plus âgées à accéder aux services sanitaires et sociaux laisse entendre que leurs attitudes positives et proactives ainsi que leurs connaissances sur la maladie, facilitent leur accès aux services. (90) Cette étude a démontré que les personnes plus âgées vivant avec le VIH accèdent à divers soutiens sociaux et affectifs, ainsi qu'à des organismes de services liés au VIH, comme les jeunes personnes vivant avec le VIH.

4.9.3 ORGANISMES DE SERVICE DE PREMIÈRE LIGNE ET RÉSEAUX D'ENTRAIDE

De nombreuses PVVIH et personnes à risque d'infection au VIH accèdent aux renseignements en matière de santé et au soutien des organismes de services liés au sida et des organismes de services de première ligne dans la communauté, en plus ou en substitution des services de santé. Néanmoins, comme on l'a mentionné, certaines PVVIH peuvent hésiter à les utiliser. Les organismes de services liés au sida dans la communauté jouent un rôle important pour apporter du soutien aux PVVIH les plus vulnérables. Une étude menée auprès de 297 PVVIH en Ontario indique que ces organismes sont fréquentés par ceux qui en ont le plus besoin. L'étude a démontré que ceux qui accèdent aux organismes de services liés au sida dans la communauté ont bien souvent un état de santé beaucoup plus mauvais, des handicaps physiques et une dépression

que ceux qui ne les fréquentent pas. Ils sont également plus pauvres et utilisent plus les services sanitaires et sociaux hors hôpital. (91) Ces organismes sont considérés comme ne jugeant pas et comprenant les besoins spécifiques et réalités des communautés qu'ils servent. Les PVVIH jouent souvent un rôle clé dans ces organismes, en offrant des services de conseil et de soutien.

Malgré ce rôle important, les fournisseurs de services de première ligne ont des difficultés à fournir ce soutien aux PVVIH vulnérables. Une étude qualitative auprès de 59 fournisseurs de services de première ligne en Ontario a démontré qu'un consensus finançant les contraintes administratives peut empêcher les fournisseurs de services de répondre aux besoins de leurs patients. (92) Les fournisseurs indiquaient qu'ils jouaient un rôle de « garde-fou » entre les patients et le financement du gouvernement. Les fournisseurs de services avaient l'impression que leur rôle devenait de plus en plus un rôle rationalisant et limitant l'accès aux ressources et non un rôle de soutien sans jugement des PVVIH.

Les modèles d'intervention sur le VIH menés par des pairs, qui impliquent des personnes vivant avec le VIH formant d'autres personnes vivant avec le VIH, ont récemment démontré le potentiel d'améliorer la prise du traitement et son observance parmi les PVVIH marginalisées. (48;93) Une étude sur l'observance au traitement parmi 20 travailleuses du sexe vivant avec le VIH à Vancouver a démontré que le fait de participer à des réunions augmentait l'estime de soi, le soutien moral et social, limitait l'ennui, limitait le travail du sexe pour survivre et limitant le temps passé dans la rue et à consommer des drogues. Les participantes ont également attribué une stabilité supérieure en matière d'observance du traitement et de meilleurs résultats de charge virale à la participation aux réunions. (94) D'autres données anecdotiques confirment la valeur du soutien des pairs dans la gestion de la santé parmi les PVVIH au Canada. (48;93)

> *Je n'espérais strictement rien; jusqu'à ce que j'apprenne des autres et de la maladie, j'ai alors commencé à espérer, et c'est comme si j'avais eu cet espoir depuis 25 ans et qu'il ne m'avait jamais quitté. Tu peux lire ça dans un livre et avoir la même réaction, donc c'était vraiment génial.*
>
> — Personne vivant avec le VIH/sida (93)

4.9.4 RÉINSERTION SOCIALE

Pour nombre de PVVIH, le VIH est maintenant une condition chronique, épisodique, ce qui signifie que les services de réhabilitation jouent un rôle important et continu pour maintenir les fonctions vitales des personnes. La réinsertion dans le contexte du VIH peut être définie comme « un processus dynamique qui inclut toutes les tâches de prévention ou de traitement ou services qui traitent les défaillances corporelles, les limitations d'activités et les restrictions à la participation à la vie sociale d'un individu ». (95) La réinsertion prend un point de vue holistique du traitement, elle est à la fois orientée vers l'objectif final et axée sur les besoins du patient; les PVVIH contrôlent les soins qui leur sont donnés. (27)

> *La réinsertion signifie vivre au mieux que tu peux à ce moment de ta vie selon le pronostic.*
>
> — Personne vivant avec le VIH/sida (95)

Il existe de nombreux domaines dans la vie où la réinsertion peut aider à maintenir ou à améliorer les fonctions vitales d'une personne vivant avec le VIH/sida – physique (c.-à-d. gestion de la douleur et faiblesse des muscles), fonctionnel (c.-à-d. conservation de l'énergie, modification des activités de la vie quotidienne), psychologique (c.-à-d. développement spirituel et personnel, compétences cognitives), participation à la communauté (sociale et professionnelle, p. ex. modification du lieu de travail et formations à d'autres compétences). (31;48;95) Ainsi, il existe de nombreux fournisseurs de services professionnels dans le processus de réinsertion, notamment les réhabilitations traditionnelles, par exemple l'ergothérapie et la physiothérapie, en plus des professions complémentaires, tels que le travail social, la psychologie et la nutrition.

Les obstacles à l'accès aux services de réinsertion sociale par les PVVIH les obstacles incluent les problèmes financiers. Par exemple, il existe peu de financement public pour les nombreux services de réinsertion sociale, et ceci peut limiter l'accès à ceux qui n'ont pas les garanties complémentaires d'assurance pour ces services. Les problèmes liés à la nature des services dispensés aux populations ciblées, notamment la stigmatisation, la discrimination, les contextes culturels et les conditions personnelles peuvent signifier que les PVVIH aient des difficultés d'accès complet aux services de réinsertion sociale. Un autre obstacle, les PVVIH peuvent ne pas être bien informées de la disponibilité des services de réinsertion sociale, et ainsi ne peuvent pas réaliser que leur situation peut être améliorée grâce à des services de réinsertion spécifiques. (63;95)

De récentes recherches ont démontré qu'il existe des lacunes entre les besoins de réinsertion des PVVIH et les services qui sont actuellement offerts. Dans une étude portant sur 214 fournisseurs canadiens de soins de santé liés au VIH qui peuvent renvoyer des PVVIH vers des services de réinsertion, il a été déterminé que les PVVIH étaient renvoyées vers un nombre limité de services de réinsertion. La majorité des renvois étaient vers des services d'assistance sociale et des organismes de services liés au VIH/sida et seul un nombre limité étaient des professionnels traditionnels de la réinsertion, comme des physiothérapeutes ou ergothérapeutes en cas de défaillance physique ou limitation des activités. (63) En outre, en 2008, une enquête sur 1 058 fournisseurs de services de réinsertion a démontré que bien qu'une majorité souhaitait travailler avec les PVVIH, seuls 39 % avaient réellement fourni des services aux PVVIH l'an passé. (96)

4.10 HABITUDES DE VIE ET COMPÉTENCES D'ADAPTATION PERSONNELLES

Les choix de santé individuels, les comportements (comme faire de l'exercice, le régime alimentaire, le tabagisme et la consommation de drogue), et les compétences d'adaptation ont un impact sur la santé générale. Les habitudes de vie des individus peuvent être façonnées par les environnements sociaux et économiques dans lesquels ils vivent, travaillent, apprennent et évoluent. (1) L'exercice et l'alimentation chez les PVVIH, dans le cadre d'un mode de vie sain, sont traités dans le chapitre 3 du présent rapport. Les recherches sur les habitudes de vie personnelles chez les PVVIH au Canada traitent les problèmes des comportements liés à la santé et des mécanismes d'adaptation, de la santé mentale et de la qualité de vie.

Gérer les soins liés au VIH implique beaucoup d'efforts de la part des PVVIH – il faut trouver le bon médecin et d'autres sources de soutien; il faut trouver des renseignements liés à la santé et les partager avec les amis, la famille et les professionnels; il faut s'informer sur les traitements antirétroviraux et observer les traitements antirétroviraux; et il faut suivre un régime alimentaire sain et faire de l'exercice. (54)

4.10.1 COMPÉTENCES ET STRATÉGIES D'ADAPTATION

La force des compétences et stratégies d'adaptation s'est avérée déterminante sur les résultats de santé et la qualité de vie liée à la santé des PVVIH. (93;97;98) À l'inverse, des stratégies d'adaptation potentiellement dangereuses, comme la consommation de drogue ou d'alcool, sont réputées pour avoir un impact négatif sur la santé et la qualité de vie. (59;97) Les Autochtones vivant avec le VIH/sida qui consomment des drogues et de l'alcool ont décrit les dépendances comme des mécanismes d'adaptation pour faire face aux traumatismes passés et antécédents d'abus, ainsi qu'au diagnostic et au fait de vivre avec le VIH. (39;59;99) Comme il est indiqué dans le chapitre 3, les PVVIH présentent des taux élevés de problèmes de santé mentale, ce qui peut avoir un effet négatif sur leurs habitudes de vie et sur leurs mécanismes d'adaptation.

La prévalence du tabagisme est environ trois fois supérieure parmi les PVVIH que parmi la population générale. (100) Une récente étude sur 97 PVVIH a analysé l'impact de l'activité physique et du tabagisme sur la mesure de la qualité de vie des PVVIH. Une activité physique à un rythme régulier adaptée au niveau et à la tolérance des PVVIH était associée à des douleurs amoindries parmi les PVVIH ayant des douleurs chroniques et à une meilleure qualité de vie mentale. La même étude a indiqué que le fait de fumer chez les PVVIH était associé à une santé mentale et à des compétences d'adaptation moins bonnes. (97) Cette étude a également indiqué qu'une résolution active des problèmes et une approche axée sur les tâches des facteurs de pression étaient associées à une meilleure qualité de vie des PVVIH. À l'inverse, une approche plus affective des facteurs de pression était associée à une qualité de vie moins bonne. (97)

Dans une étude axée sur les PVVIH utilisant des drogues injectables, les choix de santé individuels semblaient jouer un rôle important dans l'observance au traitement, l'influence des décisions pour remplir les prescriptions, l'acquisition des aliments nécessaires et la prise de médicaments de manière cohérente et au moment approprié. (101)

4.10.2 RÉSILIENCE DES PVVIH EN CE QUI CONCERNE LES HABITUDES DE VIE

Récemment, des recherches ont commencé au Canada pour documenter et analyser les sources de résilience – comme la participation dans la communauté, la foi et la spiritualité, les réseaux sociaux et la famille. (102) Au

Canada, les PVVIH de divers milieux utilisent des stratégies d'adaptation actives et améliorent leur santé et leur qualité de vie. (48;59;103) Nombre de PVVIH pensent que vivre avec le VIH leur permet de réaliser le caractère précieux de leur vie.

> *Surpasser la mort et réaliser que je peux améliorer ma vie... c'est ce qui m'a encouragé et ce qui peut me permettre de faire avancer les choses. Je peux améliorer ma qualité de vie grâce à mon attitude, grâce à mon comportement.*
>
> — Personne vivant avec le VIH/sida (48)

En 2008, une enquête auprès de 381 PVVIH a permis de rapporter des expériences à la fois négatives et positives liées au fait de vivre avec le VIH. Parmi les expériences positives, 75 % ont rapporté qu'elles avaient réévalué leurs valeurs, 47 % ont indiqué une meilleure spiritualité, 44 % ont rapporté que leur condition physique était améliorée grâce à des exercices physiques plus fréquents, et 32 % ont rapporté de meilleures relations avec leur famille. (38)

La foi et la spiritualité ont été déterminées comme une source importante de soutien pour s'adapter à leur condition. (10;32;39;44;48;73;93;102;104) Les PVVIH ont indiqué que la religion et la spiritualité leur avaient donné un sentiment d'espoir selon lequel les choses iraient bien pour elles et pour leurs familles. (104) La spiritualité peut également être un outil important pour s'occuper des siens et la perte des êtres chers. (102)

> *Si je n'avais pas eu l'église, je ne serais pas sorti de cette période difficile; quand j'étais vraiment très malade, ils m'ont gardé vivant. J'étais définitivement ancré entre l'église et ma famille.*
>
> — Personne vivant avec le VIH/sida (39)

L'activisme pour lutter contre le VIH a trouvé une forte expression dans l'art dès le début de l'épidémie en Amérique du Nord. Les approches de santé et de guérison basées sur les arts sont une voie d'apprentissage et d'acquisition de techniques d'adaptation positives. (104;105) La pratique de la cartographie corporelle comprend l'illustration d'expériences personnelles, sociales, géographiques, politiques et émotionnelles liées à la vie avec le VIH/sida sur une image de corps humain en taille réelle. (105)

Le projet *Noms*, ou courtepointe sida – une courtepointe faite de nombreux petits carrés commémorant les noms de nombre de PVVIH assemblé en 1989 – a été traité dans une étude sur la compréhension de l'espoir des PVVIH. (104) La courtepointe rappelait aux PVVIH qu'il y a de l'espoir dans la maladie et que le VIH n'est pas nécessairement une condamnation à mort.

> *[La courtepointe] vous fait réaliser que vivre encore 20 ans [est possible]. Vous pourriez vivre les vingt à trente prochaines années. Les personnes regardent cette [courtepointe vivante] et voient que vous ne mourrez pas après deux semaines, six mois ou plus. Vous pourriez vivre éternellement. Ou beaucoup plus longtemps que vous ne le pensez.*
>
> — Personne vivant avec le VIH/sida (104)

Comme il a été discuté dans la section sur les réseaux sociaux, nombre de PVVIH ont trouvé que la participation à l'activisme contre le VIH dans la communauté et le soutien étaient une source importante d'encouragement, qui les aidait à s'adapter à leur condition. L'implication dans l'activisme communautaire a été décrite par les PVVIH comme offrant un sentiment d'utilité et d'espoir dans le sens où leurs contributions permettaient de faire avancer les choses pour éviter de nouvelles infections et des souffrances supplémentaires. (104) Les PVVIH qui sont devenues des éducateurs en VIH ont indiqué que l'expérience avait amélioré leur conscience d'elles-mêmes, leur compréhension du VIH et leur confiance dans l'enseignement et la vie quotidienne. (55) Les femmes vivant avec le VIH ont indiqué que la participation dans la communauté leur avait offert un sentiment d'utilité et d'inspiration. (48) Les jeunes ont indiqué que la participation à l'activisme lié au VIH dans la communauté peut contribuer à une vie plus positive avec le VIH. (106)

> *J'ai plus confiance en moi. Je réalise que j'ai beaucoup à donner.*
>
> — Personne vivant avec le VIH/sida (55)

> *Tu es toujours impliqué, tu ne peux jamais rien oublier derrière toi; tu es la personne que tu es aujourd'hui grâce à qui tu étais hier... j'ai beaucoup grandi. J'ai beaucoup appris. Je pense que cette attitude positive m'a permis d'avancer et m'a donné le courage de faire les choses que je devais faire et que je voulais faire.*
>
> — Femme vivant avec le VIH/sida (48)

La participation à la communauté est une source de résilience pour nombre de PVVIH, elle les aide à faire face à de nombreuses difficultés liées aux déterminants de la santé.

4.11 RÉFÉRENCES

(1) Agence de la santé publique du Canada. Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2008. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2008.

(2) Agence de la santé publique du Canada. Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Autochtones. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2010.

(3) Shannon K, Bright V, Gibson K, Tyndall MW, Maka Project P. Sexual and drug-related vulnerabilities for HIV infection among women engaged in survival sex work in Vancouver, Canada. Can J Public Health 2007;98(6):465-9.

(4) Spittal PM, Craib KJ, Teegee M, Baylis C, Christian WM, Moniruzzaman AK, *et al.* The Cedar project: prevalence and correlates of HIV infection among young Aboriginal people who use drugs in two Canadian cities. Int J Circumpolar Health 2007 Jun;66(3):226-40.

(5) Shannon K, Bright V, Duddy J, Tyndall MW. Access and utilization of HIV treatment and services among women sex workers in Vancouver's Downtown Eastside. J Urban Health 2005 Sep;82(3):488-97.

(6) Agence de la santé publique du Canada. Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Personnes provenant de pays où le VIH est endémique – Population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2009.

(7) Worthington C, Krentz HB. Socio-economic factors and health-related quality of life in adults living with HIV. Int J STD AIDS 2005 Sep;16(9):608-14.

(8) Weiser SD, Fernandes KA, Brandson EK, Lima VD, Anema A, Bangsberg DR, *et al.* The association between food insecurity and mortality among HIV-infected individuals on HAART. J Acquir Immune Defic Syndr 2009;52(3):342-9.

(9) Rourke S, Tucker R, Bekele Tea. Upstream determinants of health and housing are major contributors to health-related quality of life in HIV infection. 2010.

(10) Environics Research Group. Focus group study on experiences of stigma and discrimination for people living with HIV/AIDS. 2007.

(11) Wood E, Montaner JS, Tyndall MW, Schechter MT, O'Shaughnessy MV, Hogg RS. Prevalence and correlates of untreated human immunodeficiency virus type 1 infection among persons who have died in the era of modern antiretroviral therapy. J Infect Dis 2003 Oct 15;188(8):1164-70.

(12) Joy R, Druyts EF, Brandson EK, Lima VD, Rustad CA, Zhang W, *et al.* Impact of neighborhood-level socioeconomic status on HIV disease progression in a universal health care setting. J Acquir Immune Defic Syndr 2008;47(4):500-5.

(13) Rusch M, Nixon S, Schilder A, Braitstein P, Chan K, Hogg RS. Use of antiretroviral therapy among HIV positive individuals living in British Columbia. AIDS Care 2004 Oct;16(7):914-22.

(14) Gahagan J, Rehman L, Baxter L. Living with HIV: An exploration of the work-related experiences of those living with HIV in Nova Scotia, Canada. International Journal of Disability, Community and Rehabilitation 2006;5(1):1-9.

(15) Réseau juridique canadien VIH/sida. Du soutien pour la survie : obstacles à la sécurité du revenu pour les personnes vivant avec le VIH/sida et orientations pour une réforme. 2005.

(16) Stapleton J, Tweddle A. Navigating the maze: Improving coordination and integration of disability income and employment policies and programs for people living with HIV/AIDS – A discussion paper. Canadian Working Group on HIV and Rehabilitation; 2008.

(17) Anderson J, Brown G. HIV and disability insurance in Canada: An environmental scan. 2005.

(18) Chapman A. In my experience... Clients, advocates and government workers talk about HIV and provincial disability insurance. Ottawa: Canadian AIDS Society; 2006.

(19) DeMatteo D, Wells LM, Salter Goldie R, King SM. The 'family' context of HIV: a need for comprehensive health and social policies. AIDS Care 2002 Apr;14(2):261-78.

(20) Weir R, Crook J, Vanditelli-Chapman C. Unpredictable episodes of illness in the experiences of persons living with HIV/AIDS: A qualitative study. Canadian Working Group on HIV and Rehabilitation; 2003 Oct.

(21) McGinn F, Gahagan J, Gibson E. Back to work: Vocational issues and strategies for Canadians living with HIV/AIDS. Work 2005;25(2):163-71.

(22) Barkey V, Watanabe E, Solomon P, Wilkins S. Barriers and facilitators to participation in work among Canadian women living with HIV/AIDS. Can J Occup Ther 2009;76(4):269-75.

(23) Maticka-Tyndale E. To work or not to work: Combination therapies and HIV. Qualitative Health Research 2002;12(10):1353-72.

(24) Réseau juridique canadien VIH/sida. Du soutien pour la survie : obstacles à la sécurité du revenu pour les personnes vivant avec le VIH/sida et orientations pour une réforme. Montréal, Canada : Réseau juridique canadien VIH/sida; 2005.

(25) Lem M, Moore D, Marion S, Bonner S, Chan K, O'Connell J, *et al.* Back to work: correlates of employment among persons receiving highly active antiretroviral therapy. AIDS Care 2005 Aug;17(6):740-6.

(26) Réseau canadien d'info-traitements sida. Vous et votre santé : un guide à l'intention des personnes vivant avec le VIH. 2009.

(27) Canadian Working Group on HIV and Rehabilitation. E-module for evidence-informed HIV rehabilitation (E--module). 2011.

(28) Adam BD, Maticka TE, Cohen JJ. Adherence practices among people living with HIV. AIDS Care: Psychological and Socio Medical Aspects of AIDSHIV 2003 Apr;15(2):263-74.

(29) Stigma & discrimination greatest barriers to preventing more infections. HIV Prevention Plus 2002 Sep;3(6):3.

(30) Aggleton, P., Parker, R. Cadre conceptuel et base d'action : Stigmatisation et discrimination associées au VIH/SIDA. Genève, Suisse : ONUSIDA; 2003.

(31) Solomon P, Wilkins S. Participation among women living with HIV: a rehabilitation perspective. AIDS Care 2008;20(3):292-6.

(32) Newman PA, Williams CC, Massaquoi N, Brown M, Logie C. HIV prevention for Black women: structural barriers and opportunities. J Health Care Poor Underserved 2008;19(3):829-41.

(33) Les Associés de recherche Ekos. Sondage de suivi de 2006 sur les attitudes touchant le VIH/sida. 2006.

(34) CIHR Social Research Centre in HIV Prevention. Attitudes and Issues on HIV/AIDS: Fact Sheet. Canadian Foundations for AIDS Research; 2011.

(35) Axiome Marketing. Rapport d'enquête-résumé : sondage téléphonique sur les attitudes et comportements au travail à l'endroit de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ou vivant avec une autre maladie chronique et épisodique (PVMCE). COCQ-SIDA; 2009.

(36) Axiome Marketing. Rapport d'enquête quantitatif-résumé : embauche et attitudes. COCQ-SIDA; 2009.

(37) Alexander S. HIV+25 survey: Insight into Canadians living with HIV/AIDS. Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology 2009;20(Suppl B):66B (P191).

(38) P/S/L Research Canada. HIV+25 Canadian Survey. Insight into Canadians living with HIV/AIDS. 2008.

(39) Mill JE, Lambert DT, Larkin K, Ward K, Harrowing JN. Challenging lifestyles: Aboriginal men and women living with HIV. Pimatisiwin – A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health 2007;5(2):151-73.

(40) Mill J, Edwards N, Jackson R, Austin W, MacLean L, Reintjes F. Accessing health services while living with HIV: intersections of stigma. Can J Nurs Res 2009;41(3):168-85.

(41) Flicker S, Skinner H, Read S, Veinot T, McClelland A, Saulnier P, *et al.* Falling through the cracks of the big cities: who is meeting the needs of HIV-positive youth? Can J Public Health 2005 Jul;96(4):308-12.

(42) Gardezi F, Calzavara L, Husbands W, Tharao W, Lawson E, Myers T, *et al.* Experiences of and responses to HIV among African and Caribbean communities in Toronto, Canada. AIDS Care 2008;20(6):718-25.

(43) Wagner AC, Hart TA, Mohammed S, Ivanova E, Wong J, Loutfy MR. Correlates of HIV stigma in HIV-positive women. Arch Women Ment Health 2010;13(3):207-14.

(44) Hawkins, K., Reading, C., Barlow, K. Notre recherche d'espaces sûrs : Une étude qualitative sur les rôles de la violence sexuelle dans la vie des femmes autochtones atteintes du VIH/sida. 2009.

(45) Greene S, Tucker R, Rourke SB, Monette L, Koornstra J, Sobota M, *et al.* "Under my umbrella": The housing experiences of HIV positive parents who live with and care for their children in Ontario. Arch Women Ment Health 2010;13(3):223-32.

(46) CAHR 2008 Advancing the Response Through Prevention. 17th Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research, Montreal, Quebec, Canada, 24-27 April 2008. Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology 2008;19(Supplement A):1A-108A.

(47) Alfonso V, Bermbach N, Geller J, Montaner JS. Individual variability in barriers affecting people's decision to take HAART: a qualitative study identifying barriers to being on HAART. AIDS Patient Care STDS 2006 Dec;20(12):848-57.

(48) Beauregard C, Solomon P. Understanding the experience of HIV/AIDS for women: implications for occupational therapists. Can J Occup Ther 2005 Apr;72(2):113-20.

(49) Travers R, Wilson MG, Flicker S, Guta A, Bereket T, McKay C, *et al.* The Greater Involvement of People Living with AIDS principle: theory versus practice in Ontario's HIV/AIDS community-based research sector. AIDS Care 2008;20(6):615-24.

(50) Veinot TCE. Social capital and HIV/AIDS information/help exchange networks in rural Canada ProQuest Information & Learning; US; 2010.

(51) O'Grady L. Meeting health information needs of people with HIV/AIDS: sources and means of collaboration. Health Info Libr J 2008;25(4):261-9.

(52) Veinot TC. We have a lot of information to share with each other. understanding the value of peer-based health information exchange. Inf Res 2010;15(4).

(53) Veinot T. Interactive acquisition and sharing: Understanding the dynamics of HIV/AIDS information networks. Journal of the American Society for Information Science and Technology 2009;60(11):2313-32.

(54) Bresalier M, Gillis L, McClure.C., Mykhalovskiy E, Taylor D, Weber M. Making Care Visible: Antiretroviral Therapy and the Health Work of People Living With HIV/AIDS. 2002.

(55) Solomon P, Guenter D, Stinson D. People with HIV as educators of health professionals. AIDS Patient Care and STDs 2005 Dec;19(12):840-7.

(56) Burgoyne RW. Exploring direction of causation between social support and clinical outcome for HIV-positive adults in the context of highly active antiretroviral therapy. AIDS Care: Psychological and Socio Medical Aspects of AIDSHIV 2005 Jan;17(1):111-24.

(57) Crook J, Browne G, Roberts J, Gafni A. Impact of support services provided by a community-based AIDS service organization on persons living with HIV/AIDS. J Assoc Nurses AIDS Care 2005 Jul;16(4):39-49.

(58) Groft JN, Robinson Vollman A. Seeking serenity: living with HIV/AIDS in rural Western Canada. Rural Remote Health 2007 Apr;7(2):677.

(59) Barlow, K., Reading, C., Akan, M., Jackson, R., MacLean, L. Soins relationnels – Guide des soins de santé et de soutien à l'intention des Autochtones aux prises avec le VIH/sida. Réseau canadien autochtone du sida; 2008.

(60) Lima VD, Druyts E, Montaner JS, Hogg RS. Regional and temporal trends in migration among people living with HIV/AIDS in British Columbia, 1993-2005. Can J Public Health 2010;101(1):44-9.

(61) Druyts EF, Rachlis BS, Lima VD, Harvard SS, Zhang W, Brandson EK, *et al.* Mortality is influenced by locality in a major HIV/AIDS epidemic. HIV Med 2009;10(5):274-81.

(62) Fulcher C, Kaukinen C. Mapping and visualizing the location HIV service providers: an exploratory spatial analysis of Toronto neighborhoods. AIDS Care 2005 Apr;17(3):386-96.

(63) Worthington C, O'Brien K, Myers T, Nixon S, Cockerill R. Expanding the lens of HIV services provision in Canada: results of a national survey of HIV health professionals. AIDS Care 2009;21(11):1371-80.

(64) Marshall BD, Kerr T, Livingstone C, Li K, Montaner JS, Wood E. High prevalence of HIV infection among homeless and street-involved Aboriginal youth in a Canadian setting. Harm Reduct J 2008;5:35.

(65) Leaver C, Bargh G, Dunn J, Hwang S. The effects of housing status on health-related outcomes in people living with HIV: A systematic review of the literature. AIDS Behav 2007;11:S85-S100.

(66) Shannon K. The impact of unregulated single room occupancy hotels on the health status of illicit drug users in Vancouver. Int J Drug Policy 2006;17:107-14.

(67) Robertson L. Taming Space: Drug use, HIV, and homemaking in Downtown Eastside Vancouver. Gender, Place and Culture 2007;14(5):527-49.

(68) Service correctionnel du Canada. Résumé des premiers résultats du Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque. Service correctionnel du Canada; 2010.

(69) Zakaria, D., Thompson, J.M., Jarvis, A., Borgatta, F. Résumé des premiers résultats du Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque. Ottawa : Service correctionnel du Canada [site Internet]; mars 2010.

(70) Small W, Wood E, Betteridge G, Montaner J, Kerr T. The impact of incarceration upon adherence to HIV treatment among HIV-positive injection drug users: a qualitative study. AIDS Care 2009;21(6):708-14.

(71) McCall J, Browne A, Reimer-Kirkham S. Struggling to survive: The difficult reality of Aboriginal women living with HIV/AIDS. Qual Health Res 2009;19(12):1769-82.

(72) Prentice, T. Des taux alarmants de VIH-sida chez les femmes autochtones du Canada : la stratégie nationale se fait attendre. Le Réseau canadien pour la santé des femmes 2005;8(1/2):11-2.

(73) Jackson R, Cain R, Prentice T, Collins E, Mill J, Barlow K. Depression among Aboriginal people living with HIV/AIDS. Canadian Aboriginal AIDS Network; 2008.

(74) Tharao E, Massaquoi N, Teclom S. The silent voices of the HIV/AIDS epidemic in Canada: African and Caribbean women in Toronto. Canadian Women's Health Network 2005;8(1/2):13-4.

(75) Barlow K, Loppie C, Jackson R, Akan M, MacLean L, Reimer G. Culturally competent service provision issues experienced by Aboriginal people living with HIV/AIDS. (Special Issue: Affirmative challenges in indigenous resilience research.). Pimatisiwin – A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health 2008;6(2):155-80.

(76) Andersson N, Ledogar RJ. The CIET Aboriginal youth resilience studies: 14 years of capacity building and methods development in Canada. (Special Issue: Affirmative challenges in indigenous resilience research.). Pimatisiwin – A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health 2008;6(2):65-88.

(77) World Health Organization. Integrating gender into HIV/AIDS programmes in the health sector. Geneva, Switzerland; 2009.

(78) van Esterik P. Risk, rights and regulations: Communicating about risk and infant feeding. National Network on Environments and Women's Health; 2006.

(79) Mensah MN, Waugh T, Lavoie R, Dumas J, Bernier M, Garneau MJ, *et al.* "The VIHsibilité Project": HIV-positive people in the Québec press and community responses. AIDS Care 2008;20(5):596-600.

(80) Bartholomew K, Regan KV, Oram D, White MA. Correlates of partner abuse in male same-sex relationships. Violence Vict 2008;23(3):344-60.

(81) McKeown I, Reid S, Orr P, Turner S. Sexual violence and dislocation in women's acquisition of HIV in Manitoba. Centres of Excellence for Women's Health Research Bulletin 2006;5(2):8-9.

(82) Clow B. HIV/AIDS on rise for Canadian women: prevention, treatment, care and support programs and policies do not address needs of girls and women. Canadian Women's Health Network 2005;8(1/2):8-9.

(83) Guenter D, Gillett J, Cain R, Pawluch D, Travers R. What do people living with HIV/AIDS expect from their physicians? Professional expertise and the doctor-patient relationship. J Int Assoc Physicians AIDS Care 2010;9(6):341-5.

(84) Althoff KN, Gange SJ, Klein MB, Brooks JT, Hogg RS, Bosch RJ, *et al.* Late presentation for human immunodeficiency virus care in the United States and Canada. Clin Infect Dis 2010;50(11):1512-20.

(85) Leece P, Kendall C, Touchie C, Pottie K, Angel JB, Jaffey J. Cervical cancer screening among HIV-positive women: retrospective cohort study from a tertiary care HIV clinic. Canadian Family Physician 2010;56(12):e425-e431.

(86) Fast D, Small W, Wood E, Kerr T. The perspectives of injection drug users regarding safer injecting education delivered through a supervised injecting facility. Harm Reduct J 2008;5:32.

(87) Krusi A, Small W, Wood E, Kerr T. An integrated supervised injecting program within a care facility for HIV-positive individuals: a qualitative evaluation. AIDS Care 2009;21(5):638-44.

(88) Lima VD, Kretz P, Palepu A, Bonner S, Kerr T, Moore D, *et al*. Aboriginal status is a prognostic factor for mortality among antiretroviral naive HIV-positive individuals first initiating HAART. AIDS Res Ther 2006;3:14.

(89) Flicker S, Goldberg E, Read S, Veinot T, McClelland A, Saulnier P, *et al*. HIV-positive youth's perspectives on the Internet and e-health. J Med Internet Res 2004 Sep 29;6(3):e32.

(90) Fritsch T. HIV/AIDS and the older adult: an exploratory study of the age-related differences in access to medical and social services. Journal of Applied Gerontology 2005 Feb;24(1):35-54.

(91) Williams P, Narciso L, Browne G, Roberts J, Weir R, Gafni A. Characteristics of people living with HIV who use community-based services in Ontario, Canada: implications for service providers. J Assoc Nurses AIDS Care 2005 Jul;16(4):50-63.

(92) Cain R, Todd S. Managing funding constraints in frontline HIV/AIDS social services in Canada. Journal of HIV/AIDS & Social Services 2008;7(3):265-87.

(93) Harris GE, Larsen D. HIV peer counseling and the development of hope: perspectives from peer counselors and peer counseling recipients. AIDS Patient Care and STDs 2007;21(11):843-60.

(94) Deering KN, Shannon K, Sinclair H, Parsad D, Gilbert E, Tyndall MW. Piloting a peer-driven intervention model to increase access and adherence to antiretroviral therapy and HIV care among street-entrenched HIV-positive women in Vancouver. AIDS Patient Care STDS 2009;23(8):603-9.

(95) Worthington C, Myers T, O'Brien K, Nixon S, Cockerill R. Rehabilitation in HIV/AIDS: development of an expanded conceptual framework. AIDS Patient Care STDS 2005 Apr;19(4):258-71.

(96) Worthington C, Myers T, O'Brien K, Nixon S, Cockerill R, Bereket T. Rehabilitation professionals and human immunodeficiency virus care: results of a national Canadian survey. Arch Phys Med Rehabil 2008;89(1):105-13.

(97) Kowal J, Overduin LY, Balfour L, Tasca GA, Corace K, Cameron DW. The role of psychological and behavioral variables in quality of life and the experience of bodily pain among persons living with HIV. J Pain Symptom Manage 2008;36(3):247-58.

(98) Williams P, Narciso L, Browne G, Roberts J, Weir R, Gafni A. The prevalence, correlates, and costs of depression in people living with HIV/AIDS in Ontario: implications for service directions. AIDS Educ Prev 2005 Apr;17(2):119-30.

(99) Smith JG. Creating a "Circle of Song" within Canada's poorest postal code. Canadian Journal of Music Therapy 2007;13(2):103-14.

(100) Cui Q, Carruthers S, McIvor A, Smaill F, Thabane L, Smieja M. Effect of smoking on lung function, respiratory symptoms and respiratory diseases amongst HIV-positive subjects: a cross-sectional study. AIDS Research and Therapy 2010;7(6):19.

(101) Kerr T, Palepu A, Barness G, Walsh J, Hogg R, Montaner J, *et al*. Psychosocial determinants of adherence to highly active antiretroviral therapy among injection drug users in Vancouver. Antivir Ther 2004 Jun;9(3):407-14.

(102) Cadell S. The sun always comes out after it rains: understanding posttraumatic growth in HIV caregivers. Health Soc Work 2007;32(3):169-76.

(103) Brazier A, Mulkins A, Verhoef M. Evaluating a Yogic breathing and meditation intervention for individuals living with HIV/AIDS. American Journal of Health Promotion 2006 Jan;20(3):192-195.

(104) Harris GE, Larsen D. Understanding hope in the face of an HIV diagnosis and high-risk behaviors. J Health Psychol 2008;13(3):401-15.

(105) Brett-Maclean P. Body mapping: Embodying the self living with HIV/AIDS. CMAJ 2009;180(7):740-1.

(106) Youth Action Network. Empower: Youth, Arts and Activism. An HIV/AIDS Arts Activism Manual for Youth by Youth. Switzer S (Eds). The Centre for Urban Health Initiatives; 2009.

CHAPITRE 5 – RECHERCHE ACTUELLE SUR LE VIH/SIDA

Les recherches sur le VIH et le sida au Canada sont multidisciplinaires. Ce chapitre présente un aperçu des projets de recherche sur les personnes vivant avec le VIH/sida (PVVHI) financés entre 2008 et 2010, axés sur la recherche dans les domaines suivants : comportement, économie, épidémiologie, droit et psychosociologie. Des caractéristiques sélectionnées sont relevées dans l'analyse des projets, y compris l'emplacement géographique et la population concernée. Les caractéristiques de projet analysées comprennent la capacité de la recherche communautaire, la diffusion des résultats, les recherches sur les politiques de santé, et le transfert des connaissances. D'autres thèmes de recherche analysés comprennent les déterminants de la santé, le traitement, la santé mentale, et la résilience. Une liste complète des 148 projets relevés se trouve à l'annexe B, avec leurs résumés initiaux (le cas échéant).

5.1 MÉTHODOLOGIE

L'information communiquée dans ce chapitre a été recueillie auprès d'organismes nationaux et provinciaux sélectionnés qui financent la recherche sur le VIH/sida au Canada, ou qui fournissent des endroits où présenter la recherche sur le VIH. À l'échelle nationale, ils comprenaient les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), l'Association canadienne de recherche sur le VIH (ACRV), la Fondation canadienne de recherche sur le sida (CANFAR) et le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH). Les organismes de financement provinciaux auprès desquels de l'information a été recueillie comprennent le Centre d'excellence sur le VIH/sida de la Colombie-Britannique, la Fondation Michael Smith pour la recherche en santé, le Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FQRSC) et le Réseau ontarien de traitement du VIH (ROTV).

Les projets de recherche inclus dans ce chapitre répondaient à tous les critères de sélection suivants :

(1) Le projet a été financé par un des organismes ci-dessus entre 2008 et 2010. Pour les projets des Instituts de recherche en santé du Canada et la plupart des projets du Réseau ontarien de traitement du VIH, qui indiquaient les dates de début des projets, on a utilisé la période de deux ans entre octobre 2008 et octobre 2010.

(2) Le projet portait précisément sur le VIH/sida et se rapportait aux PVVIH.

(3) Le projet de recherche était basé au Canada, ou était directement pertinent aux Canadiens vivant avec le VIH/sida.

Les critères d'exclusion comprenaient :

(1) Le projet de recherche portait exclusivement sur la vulnérabilité à l'infection au VIH ou sur les travaux de prévention.

(2) Le projet de recherche était lié à la science fondamentale, à la microbiologie ou à la médecine clinique.

(3) Le projet de recherche était une étude internationale menée à l'étranger par des chercheurs canadiens, sauf si la nature de l'étude offrait des renseignements supplémentaires sur l'expérience vécue de PVVIH au Canada.

Il est présumé que la recherche terminée avant 2008 aurait été publiée et relevée dans l'examen de la littérature didactique et de la littérature grise effectué pour les chapitres précédents de ce rapport d'état. Elle est donc exclue de ce chapitre. Par conséquent, en raison du décalage parfois long entre la réalisation de la recherche et la publication de celle-ci, il se peut que certains documents ne soient pas compris dans l'une ou l'autre des sections. Les projets inclus dans l'annexe B devaient être terminés en 2008 ou plus tard, ou sont en cours d'élaboration. De plus, la recherche financée par le secteur privé ne fait pas partie de la portée du présent rapport.

Il est à noter que la recherche financée par l'entremise des volets de financement de la science fondamentale, de la microbiologie ou de la médecine clinique est très pertinente aux PVVIH. Cette recherche a toutefois été exclue, comme ce rapport porte sur l'expérience vécue des PVVIH et sur l'incidence des déterminants de la santé sur ces personnes.

Il convient également de noter que toutes les populations touchées par le VIH et le sida au Canada ont été incluses dans les critères de recherche, y compris les hommes gais et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH), les utilisateurs de drogues injectables, les personnes provenant de pays où le VIH est endémique, les Autochtones, les personnes incarcérées, les jeunes à risque et les femmes.

5.1.1 LIMITES DE LA MÉTHODOLOGIE

Une des limites de la stratégie de sélection est que certains projets sont subventionnés par plus d'un organisme ou reçoivent plus d'une subvention du même organisme dans une différente année. Par conséquent, certains projets peuvent être consignés dans l'annexe B plus d'une fois. Réciproquement, des fonds ont été offerts pour financer le salaire des chercheurs, les bourses aux étudiants, l'application des connaissances ou les coûts d'exploitation; par conséquent, la même source de financement peut être utilisée pour subventionner plus d'un projet sur plusieurs années successives, où un seul projet est indiqué dans la demande présentée à la source de financement.

Une deuxième limite de la méthodologie est qu'il n'y avait pas de résumés et de descriptions entières pour tous les projets. Dans certains cas, les PVVIH peuvent ne pas avoir été définies dans les données sommaires des projets comme une population étudiée. Afin de neutraliser cette limite, les projets pour lesquels il n'y avait pas de résumé ont été inclus seulement si des termes de recherche ont été utilisés dans le titre ou notés en tant que mots clés du projet. Certaines descriptions de projet ont dû être examinées davantage, et on a communiqué avec les chercheurs principaux lorsque cela était possible afin de déterminer si leurs projets portaient précisément sur les PVVIH au Canada. Bref, il se peut que certains projets ayant trait aux PVVIH n'aient pas été consignés dans le cadre du processus de recherche en raison des limites des stratégies de recherche, des critères d'exclusion et de la portée du présent rapport.

5.2 APERÇU DE LA RECHERCHE SUR LE VIH/SIDA FINANCÉE ENTRE 2008 ET 2010

Cette section présente un aperçu des 148 projets de recherche qui ont été relevés comme étant financés entre 2008 et 2010 sur des enjeux liés à la vie avec le VIH ou le sida au Canada. Les renseignements présentés à l'annexe B comprennent : le titre du projet de recherche, le nom des chercheurs, le résumé du projet, ainsi que les dates et les sources de financement. Chaque projet de recherche est désigné par un numéro d'identification du projet (p. ex. R1) qui correspond à la description de projet à l'annexe B. Il est à noter que certains projets sont mentionnés plus d'une fois dans l'analyse, car plus d'un thème peut être indiqué dans la description de projet.

5.2.1 RÉPARTITION DES PROJETS DE RECHERCHE SELON L'EMPLACEMENT GÉOGRAPHIQUE

L'emplacement géographique de chaque projet de recherche a été évalué en déterminant la province ou le territoire où la recherche est menée. La majorité des 148 projets de recherche n'indiquent pas un endroit principal pour la recherche. Parmi les 71 projets qui indiquent un endroit pour la recherche, 18 projets ont été effectués en Colombie-Britannique. Dix sont effectués en

TABLEAU 1 : Répartition des projets de recherche selon l'emplacement géographique

PROVINCE OU TERRITOIRE	NOMBRE DE PROJETS	NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU PROJET
Colombie-Britannique	18	R3, R19, R22, R27, R35, R41, R45, R50, R51, R60, R64, R69, R70, R79, R109, R118, R132, R135
Alberta	4	R14, R39, R76, R82
Saskatchewan	3	R5, R78, R86
Manitoba	3	R72, R86, R133
Ontario	15	R13, R18, R43, R47, R49, R56, R62, R92, R108, R114, R122, R124, R129, R140, R141
Québec	10	R43, R47, R52, R53, R54, R58, R61, R112, R113, R148
Provinces de l'Atlantique (Nouveau-Brunswick, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve-et-Labrador)	3	R24, R98, R102
Échelle nationale	15	R26, R30, R32, R33, R34, R37, R40, R56, R65, R85, R95, R105, R106, R147, R122

Remarque : Aucun emplacement n'a été déterminé pour les 77 autres projets.

Alberta, en Saskatchewan, et au Manitoba, avec une moyenne de trois projets par province. Quinze projets sont basés en Ontario, et 10 au Québec. Trois projets sont situés dans la région de l'Atlantique. De plus, 15 projets étaient désignés comme ayant une portée nationale. Aucun des projets actuellement relevés n'est mené dans les territoires.

5.2.2 RÉPARTITION DES PROJETS DE RECHERCHE SELON LA POPULATION

Parmi les 148 projets relevés, 79 (53 %) visent des populations précises, y compris les personnes autochtones, les personnes originaires de pays où le VIH est endémique, les personnes qui utilisent des drogues injectables, les jeunes, les femmes, les hommes gais ou les HARSAH, les personnes incarcérées, les transgenres et d'autres populations. Les autres 47 % des projets visent d'autres populations, ou portent sur les PVVIH en général. Plusieurs de ces projets visent plus d'une population, et, par conséquent, apparaissent plus d'une fois dans la description et l'analyse ci-après.

a) Autochtones vivant avec le VIH/sida

Comme il a été mentionné au chapitre 2, les Autochtones au Canada, y compris ceux des Premières nations, ainsi que les Inuits et les Métis, représentent environ 3,8 % de la population canadienne; toutefois, ils représentent un nombre disproportionnellement élevé des infections au VIH. En effet, on estime que les Autochtones représentent 8,9 % de toutes les infections prévalentes en 2011. (1) Parmi les 148 projets dans le présent examen, 13 projets portant sur les Autochtones vivant avec le VIH/sida ont été financés entre 2008 et 2010. Dans le *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Autochtones* (2010), qui examinait les projets financés entre 2006 et 2008, 16 des 149 (total) projets ont été désignés comme portant sur les Autochtones vivant avec le VIH/sida. (2)

Trois projets étudient des enjeux liés à l'accès à des services de santé. Le projet R3 examine les difficultés liées à l'accès aux services de santé dans les communautés éloignées. Le projet R17 traite de l'incidence de l'alcoolisme sur la capacité des Autochtones vivant avec le VIH/sida d'accéder aux services, alors que le projet R66 explore l'expérience de personnes incarcérées autochtones récemment remis en liberté en ce qui concerne l'accès aux services de santé communautaires. Deux projets portent sur l'établissement de réseaux de recherche autochtones et sur le renforcement des capacités. [R5, R136].

Quatre projets sont axés sur les femmes autochtones. Les domaines de recherche comprennent la culture et le genre en tant que déterminants de la santé pour les femmes autochtones vivant avec le VIH [R67], la santé maternelle [R78], les répercussions de la violence subie par les femmes autochtones [R123] et les femmes bispirituelles [R142]. Une étude compare la résilience des personnes indigènes vivant avec le VIH/sida au Canada, en Nouvelle-Zélande et en Australie [R119]. Deux projets [R70, R136] examinent

TABLEAU 2 : Répartition des projets de recherche par population

POPULATION	NOMBRE DE PROJETS	NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU PROJET
Autochtones	13	R3, R5, R17, R58, R66, R67, R70, R78, R119, R123, R132, R136, R142
Utilisateurs de drogues injectables	10	R6, R24, R31, R45, R60, R70, R89, R97, R109, R132
Jeunes	11	R9, R12, R13, R14, R20, R32, R37, R61, R117, R122, R132
Femmes	34	R3, R9, R13, R18, R21, R32, R37, R53, R54, R57, R58, R62, R67, R73, R74, R76, R78, R81, R92, R94, R99, R105, R108, R109, R112, R113, R115, R118, R121, R123, R125, R126, R142, R146
Hommes gais et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes	8	R7, R35, R38, R43, R75, R120, R124, R137
Personnes originaires de pays où le VIH est endémique	14	R14, R26, R39, R40, R47, R58, R62, R65, R76, R77, R110, R113, R130, R134
Personnes incarcérées	2	R66, R133
Transgenre	2	R140, R141
Autres populations	6	R50, R59, R72, R91, R109, R138

Remarque : Le total ne correspond pas à 79, comme certains projets visent une ou plusieurs populations.

l'intersection de la culture et l'expérience en matière de santé des Autochtones lorsqu'ils sont atteints du VIH ou du sida. Un projet étudie la co-infection parmi les Autochtones qui utilisent des drogues injectables dans le contexte de familles vivant avec le VIH [R70]. Bien qu'un tiers des personnes autochtones au Canada diagnostiquées avec une infection au VIH soient âgées de moins de 30 ans, seul un projet se penche sur les jeunes Autochtones. Le projet R132 est axé sur les vulnérabilités au VIH et au VHC chez les jeunes utilisateurs de drogues autochtones. Il comprendra une intervention de prise en charge visant les Autochtones vivant avec le VIH/sida.

Certaines études financées entre 2006 et 2008, relevées dans le *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Autochtones* (2010), examinent comment l'itinérance et l'accès à la nourriture touchent les Autochtones vivant avec le VIH/sida; toutefois, aucune des études désignées dans ce rapport ne porte sur ces enjeux parmi les Autochtones vivant avec le VIH/sida au Canada. Les difficultés et les besoins uniques de populations autochtones précises, comme les Autochtones des Premières nations, les Inuits ou les Métis vivant avec le VIH/sida, ne sont abordés dans aucune des études relevées.

b) PVVIH qui utilisent des drogues injectables

Comme il est indiqué dans le chapitre 2, on estime que l'incidence et la prévalence du VIH parmi les personnes qui utilisent des drogues injectables au Canada représentaient 16,9 % des infections prévalentes à la fin de 2011. (3) Dix projets sont axés sur les Autochtones vivant avec le VIH/sida qui utilisent des drogues injectables, dont six qui portent sur l'accès aux régimes thérapeutiques antirétroviraux et sur l'observance de ces régimes [R6, R45, R60, R89, R97 et R109]. Le projet R109 examine les problèmes auxquels sont confrontées les travailleuses du sexe qui utilisent des drogues injectables. Les projets R31 et R70 concernent la co-infection avec le VHC, et le projet R89 traite de l'observance du traitement parmi les individus co-infectés par le VHC. Le projet R132 étudie les vulnérabilités au VIH et au VHC chez les jeunes Autochtones qui consomment des drogues. Le projet R31 se penche sur les liens entre l'abus de plusieurs substances toxiques, la santé mentale, et la co-infection. Finalement, le projet R24 examine les façons de faire participer les personnes qui utilisent des drogues injectables à l'évaluation des moyens d'améliorer leur accès aux services.

c) Jeunes vivant avec le VIH/sida

Onze projets portent sur les jeunes vivant avec le VIH. Les projets étudient principalement les systèmes de soutien offerts aux jeunes séropositifs et leurs relations intimes. Le projet R122 traite des problèmes auxquels font face les jeunes sexuellement actifs. Le projet R37 concerne les problèmes en matière de besoins de soutien et de services des jeunes femmes vivant avec le VIH avec une attention particulière accordée à la santé sexuelle, et le projet R61 porte sur les systèmes de soutien familial. Le projet R12 se penche sur la gestion de la santé et la réponse au traitement, les relations sociales et la santé sexuelle chez les adolescents vivant avec le VIH. Le projet R32 explore les problèmes auxquels se heurtent les jeunes nés avec le VIH ainsi que les effets des antirétroviraux. Le projet R117 est un partenariat de recherche et une réunion de renforcement des capacités qui sont axés sur les projets liés aux jeunes. Le projet R9, étudie l'efficacité du vaccin contre le virus du papillome humain chez les jeunes vivant avec le VIH. Les projets R13 et R14 traitent des façons d'améliorer les services de santé pour les jeunes dans la rue. Le projet R132 suit une cohorte de jeunes Autochtones qui utilisent des drogues injectables et examine les soins liés au VIH pour ceux qui sont séropositifs.

d) Femmes vivant avec le VIH/sida

On estime qu'à la fin de 2011, les femmes représentaient 23,3 % de toutes les infections prévalentes au Canada, et que leurs deux principales catégories d'exposition étaient les relations hétérosexuelles et l'utilisation de drogues injectables. (4) Trente-quatre projets ont été relevés qui portent précisément sur les femmes séropositives. Parmi ceux-ci, 12 projets examinaient les enjeux liés à la grossesse et au traitement périnatal, et s'intéressaient tout particulièrement aux répercussions des médicaments antirétroviraux sur la grossesse et le traitement périnatal [R18, R21, R32, R58, R73, R74, R99, R105, R108, R118, R121 et R126]. Six projets examinent l'intention de procréer des femmes séropositives et la planification de grossesse [R73, R74, R105, R108, R118, R121].

D'autres projets de recherche sélectionnés qui sont axés sur les femmes séropositives couvrent différents sujets. Trois projets examinent les obstacles et l'accès aux services de santé [R3, R13, R37]. Cinq projets décrivent l'expérience de femmes qui sont originaires de pays où le VIH est endémique, et leur expérience de stigmatisation et de soutiens sociaux, y compris les relations familiales [R58, R62, R76, R78, R113]. Cinq projets étudient en particulier

l'expérience des femmes autochtones vivant avec le VIH [R3, R13, R58, R67, R123]. Les projets R123 et R142 sont centrés sur la violence sexuelle et sur l'homophobie auxquelles sont confrontées les femmes séropositives, et les projets R50 et R109 explorent l'expérience des travailleuses du sexe (y compris les travailleuses du sexe de survie).

Un projet explore en quoi les exigences et les réponses au traitement antirétroviral diffèrent entre les femmes et les hommes, y compris les effets indésirables, [R115], un autre aborde les déficiences cognitives et les problèmes de mémoire [R81], et un troisième projet étudie les effets du vaccin contre le virus du papillome humain [R9]. Le projet R94 se penche sur la lipodystrophie chez les femmes vivant avec le VIH/sida. Les projets R53, R54, R57 et R112 évaluent les programmes et les services offerts aux femmes séropositives.

e) Hommes gais et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes vivant avec le VIH/sida

Comme il été discuté au chapitre 2, la catégorie d'exposition des HARSAH continue de représenter la plus grande proportion des résultats positifs au test du VIH; en effet, on estime que cette catégorie représentait 46,7 % des infections prévalentes à la fin de 2011. (1) Parmi les 148 projets relevés dans ce rapport, 10 portent sur les hommes gais et autres HARSAH; parmi ces projets, cinq examinent les problèmes liés aux comportements à risque des hommes séropositifs qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, y compris les stratégies de prévention positive pour réduire le risque de retransmission dans les relations sérodiscordantes [R7, R35, R43, R120 et R124]. Un de ces projets examine les comportements des HARSAH vivant avec le VIH/sida qui utilisent des sites Internet de séduction visant une population gaie pour rencontrer des partenaires [R43]. Ce projet étudie également les perceptions sociales et personnelles par rapport à la stigmatisation (comme le projet R38). L'utilisation des services de santé [R75] ainsi que la citoyenneté et l'origine raciale [R137] sont également des sujets traités.

f) Personnes originaires de pays où le VIH est endémique vivant avec le VIH/sida

Comme il a été discuté au chapitre 2, les PVVIH originaires de pays où le VIH est endémique représentaient 14,9 % des infections prévalentes à la fin de 2011, selon les estimations, même si ce groupe représente seulement environ 2,2 % de la population canadienne. (1)

Quatorze projets portent sur les PVVIH qui sont originaires de pays où le VIH est endémique. Trois projets [R40, R65, R134] étudient la relation entre l'état sérologique et les politiques sur l'immigration. Deux autres examinent les problèmes d'hébergement [R26, R62], et trois projets explorent les relations sociales, y compris les relations familiales [R110] et la relation entre le soutien social et la qualité de vie des femmes vivant avec le VIH [R76, R113]. Le projet R39 porte sur les facteurs contextuels qui ont une incidence sur le traitement, y compris l'expérience par rapport à la stigmatisation. Le projet R77 examine la violence sexiste et l'expérience des immigrants d'origine subsaharienne au Canada. Seulement un projet étudie l'accès aux services [R14]. Le projet R130 finance un groupe de réflexion sur la recherche.

Un grand nombre de ces thèmes ont également été relevés dans 19 projets de recherche financés en 2007 et en 2008, et ont été discutés dans le *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Personnes provenant de pays où le VIH est endémique – Population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada* (2009). (5)

g) Personnes incarcérées vivant avec le VIH/sida

Comme il a été mentionné dans le chapitre 2, la prévalence de VIH dans la population carcérale sous responsabilité fédérale correspondait à 1,6 % en 2006. (6) Deux projets concernent les PVVIH en prison au Canada [R66, R133]. Le projet R66 examine l'expérience des Autochtones vivant avec le VIH/sida qui ont récemment été mis en liberté en ce qui concerne l'accès aux services de santé. Le projet R133 étudie des manières de réduire la transmission du VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang.

h) Personnes transgenres vivant avec le VIH/sida

Deux projets connexes sont axés sur la communauté transgenre. Le projet R140 étudie les problèmes auxquels font face les personnes transgenres vivant avec le VIH/sida, comme la marginalisation sociale. La même étude examine également comment les facteurs sociaux – tels que l'accès aux soins de santé, et la source et la stabilité du revenu – peuvent avoir une incidence sur la qualité de vie des personnes transgenres qui vivent avec le VIH/sida. Le projet R141 est un symposium financé pour présenter les résultats de recherche du projet R140.

i) Autres populations vivant avec le VIH/sida

Parmi les recherches financées, six projets sont centrés sur des populations autres que les huit populations désignées dans *l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada*. Un projet étudie la population concernant les hommes hétérosexuels vivant avec le VIH [R91]. Deux projets étudient l'expérience de personnes âgées canadiennes vivant avec le VIH [R59, R138]. Un projet se concentre sur les personnes vivant avec le VIH dans les endroits ruraux et isolés [R72], et un autre se concentre sur les travailleurs du sexe [R50]. Deux projets examinent l'amélioration de la prise de médicaments antirétroviraux et des soins liés au VIH chez les travailleurs du sexe [R50, R109].

5.2.3 RECHERCHE AU NIVEAU DE LA COMMUNAUTÉ, RECHERCHES SUR LES POLITIQUES DE SANTÉ, DIFFUSION DES RÉSULTATS ET RENFORCEMENT DES CAPACITÉS

La recherche au niveau de la communauté est une approche collaborative à la recherche qui fait appel à tous les partenaires dans le processus de recherche. Ce type de recherche tente de combiner les connaissances et les actions en vue d'un changement social avec la santé communautaire, afin d'éliminer les disparités en matière de santé. La recherche au niveau de la communauté réunit les chercheurs et les membres de la communauté pour accomplir ce qui suit : relever les problèmes; recueillir, analyser et interpréter les données, et ensuite décider de la façon d'utiliser les résultats pour orienter l'élaboration des politiques, pour changer les pratiques, et pour améliorer les conditions dans la communauté. Vingt-cinq des projets financés appuient la recherche au niveau de la communauté [R5, R7, R17, R24, R26, R49, R51, R53, R57, R62, R66, R78, R82, R84, R86, R88, R91, R92, R98, R108, R112, R114, R136, R140, R142]. La plupart des projets relevés ont été financés par les volets de financement de la recherche au niveau de la communauté des Instituts de recherche en santé du Canada.

Onze projets portent sur les recherches concernant les politiques de santé [R18, R30, R33, R40, R41, R50, R106, R108, R109, R116, R139]. Trois projets portent sur les politiques de santé liées à la grossesse et au VIH [R18, R105, R108] et sept projets sont liés à l'application des connaissances qui appuient l'élaboration de politiques en matière de santé [R29, R64, R72, R80, R88, R105, R147]. Six projets sont axés sur les politiques en matière de santé par rapport aux traitements [R33, R41, R50, R109, R116, R127]. Un projet [R40] porte sur les politiques en matière d'immigration en ce qui concerne les PVVIH.

Vingt-deux projets qui sont axés sur la diffusion des résultats de recherche et sur le transfert des connaissances ont été relevés. [R1, R2, R15, R19, R25, R30, R36, R42, R64, R77, R79, R80, R82, R88, R102, R104, R106, R112, R129, R139, R141, R148] De ceux-ci, deux sont des symposiums qui abordent les enjeux liés à la divulgation [R1, R2]. Le projet R42 est une réunion pour discuter les enjeux liés au traitement des patients ayant des sous-types non B du VIH. Le projet R79 est une conférence organisée par le Centre d'excellence sur le VIH/sida de la Colombie-Britannique en vue de présenter les mises à jour annuelles en matière de VIH et de médicaments antirétroviraux aux cliniciens, aux pharmaciens, et aux fournisseurs de soins de santé. Le projet R104, le National Aboriginal Centre for HIV/AIDS Research, encourage les partenariats entre les chercheurs et les membres de la communauté, et favorise la mobilisation de l'application des connaissances de recherche parmi les intervenants. Le projet R129 est la conférence de recherche du Réseau ontarien de traitement du VIH, qui offre aux chercheurs canadiens sur le VIH une occasion de présenter les progrès de la recherche scientifique, clinique, socio-comportementale, épidémiologique et communautaire. Le projet R141 est un symposium qui rassemble des transgenres, des chercheurs, des fournisseurs de services, et des responsables des politiques, afin de discuter des données quantitatives tirées de l'enquête Trans PULSE, et de planifier des stratégies de « mise en action de la recherche ». Le projet R148 est un atelier axé sur les sujets infectés par le VIH-1 présentant une progression lente de la maladie.

Huit projets portent sur le renforcement des capacités [R5, R24, R25, R29, R88, R91, R92 et R108]. Quatre de ces projets sont axés sur des populations précises, y compris les Autochtones [R5], les utilisateurs de drogues injectables [R24], les hommes hétérosexuels [R91] et les femmes vivant avec le VIH [R92]. Les autres projets sont financés pour élaborer des réseaux de recherche pour le renforcement des capacités qui examinent les influences réciproques entre la séropositivité et d'autres déterminants de la santé.

5.2.4 DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Cinquante-trois des 148 projets se penchent sur des déterminants précis de la santé. Six des projets adoptent une approche générale sur les déterminants de la santé (où plus de trois déterminants de la santé sont examinés dans le cadre du projet de recherche).

Dix-neuf projets abordent explicitement les problèmes liés à l'accès aux soins de santé et à d'autres services. Parmi ces projets, trois étudient les services de santé pour les Autochtones vivant avec le VIH/sida [R3, R17, R66]. Cinq projets sont axés sur les perceptions de la stigmatisation et de la discrimination ressentie par les PVVIH lorsqu'elles font appel aux services de soins de santé [R3, R47, R56, R128, R142].

Huit projets comprennent de la recherche sur le rôle du soutien social pour les PVVIH et 14 projets examinent les environnements sociaux et la stigmatisation. Le projet R59 explore la participation sociale chez les personnes vieillissant avec le VIH. Cinq projets [R26, R62, R82, R106, R114] abordent les enjeux en matière d'environnement physique liés à l'habitation et les PVVIH. Deux projets se penchent sur l'emploi et la participation à la vie active [R44, R49].

Dix-neuf projets étudient les habitudes de vie et les compétences d'adaptation personnelles. Les sujets de recherche comprennent la consommation d'alcool [R17], le tabagisme [R8, R51], les comportements sexuels [R7, R12, R35, R45, R98, R122, R124, R133], le dépistage du VIH [R35], et la divulgation de sa séropositivité [R12, R53, 112, R122]. Les populations de PVVIH visées incluent les hommes gais, les jeunes sans-abri, les jeunes nés avec le VIH, les personnes incarcérées et les Autochtones.

Six projets étudient le rôle de la culture [R66, R67, R70, R121, R123, R136] dont certains ont été discutés dans la section sur les populations clés. Les projets R67, R123 et R136 examinent les intersections entre la culture autochtone et le genre, et le projet R66 se penche sur les relations entre la culture autochtone, la sous-culture des délinquants et les pratiques en matière de soins de santé afin d'améliorer les soins de santé pour les Autochtones vivant avec le VIH/sida récemment mis en liberté. Le projet R70 étudie les besoins en matière de soins de santé propres à la culture des familles autochtones vivant avec le VIH/sida. Le genre est examiné dans huit projets concernant : le vieillissement [R59], les femmes [R126], l'incidence des médicaments antirétroviraux [R63], les femmes autochtones vivant avec le VIH/sida [R67, R123], les Autochtones vivant avec le VIH/sida [R136] et la violence [R77, R123].

TABLEAU 3 : Répartition des déterminants de la santé parmi les projets de recherche

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ	NOMBRE DE PROJETS	NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU PROJET
Accès aux services de santé	19	R3, R13, R14, R17, R23, R39, R47, R50, R56, R62, R66, R71, R72, R75,R89, R91, R128, R139, R142
Réseaux de soutien sociaux	8	R12, R39, R57, R73, R76, R86, R91, R113
Environnements sociaux, y compris la stigmatisation	14	R12, R38, R39, R43, R47, R52, R59, R73, R85, R91, R94, R112, R128, R142
Environnements physiques, y compris l'habitation	5	R26, R62, R82, R106, R114
Emploi et conditions de travail	2	R44, R49
Habitudes de vie et compétences d'adaptation personnelles	19	R7, R8, R12, R13, R14, R17, R33, R35, R43, R51, R53, R54, R57, R98, R112, R113, R119, R122, R124
Culture	6	R66, R67, R70, R121, R123, R136
Genre	8	R59, R63, R67, R77, R123, R126, R136, R137
Revenu, statut socioéconomique, y compris l'insécurité alimentaire	2	R22, R84
Éducation et alphabétisation	0	s. o.
Développement sain de l'enfant	0	s. o.
Projets se penchant sur plusieurs déterminants de la santé	7	R6, R29, R37, R60, R88, R104, R140

Remarque : Le total ne correspond pas à 53, comme certains projets abordent deux ou plusieurs déterminants de la santé.

Aucun projet n'a été relevé en ce qui concerne le revenu et le statut socioéconomique, l'éducation, l'alphabétisation ou le développement sain de l'enfant. L'insécurité alimentaire, un marqueur d'un faible statut socioéconomique, a été étudiée dans les projets R22 et R84, avec une attention particulière accordée aux résultats du traitement.

AUTRES THÈMES

Trois projets étudient la violence chez les PVVIH [R10, R77, R123]. Cinq projets explorent les enjeux des PVVIH dans des situations familiales [R61, R62, R70, R86, R143]. Un projet examine l'invalidité dans le contexte du VIH [R46]. Deux projets sont axés sur la qualité de vie de la population vieillissante vivant avec le VIH [R59, R138].

5.2.5 APERÇU DES PROJETS DE RECHERCHE RELATIFS AU TRAITEMENT

Cinquante-sept des 148 projets portent sur le traitement, les co-infections et les comorbidités examinant les enjeux de l'observance du traitement, les résultats du traitement et les effets indésirables (tableau 4). Les projets financés par l'entremise des volets de financement de la science fondamentale, de la microbiologie ou de la médecine clinique ont été exclus de la portée du présent rapport; toutefois, il peut y avoir des projets sur ces sujets financés par l'entremise de ces volets qui sont pertinents à l'expérience vécue des PVVIH.

Treize projets abordent l'observance du traitement de médicaments antirétroviraux. Quatre projets portent sur la résistance aux médicaments antirétroviraux, et neuf projets étudient les effets indésirables associés au traitement avec des médicaments antirétroviraux.

Huit projets étudient les co-infections du VIH et du VHC [R28, R34, R83, R100, R101, R102, R107, R111], un projet se penche sur la co-infection avec l'herpès [R28], cinq projets examinent les comorbidités et le VIH, avec une attention particulière accordée aux maladies comme le cancer et les maladies cardiovasculaires.

Neuf projets traitent de l'intervention du traitement [R8, R45, R50, R55, R57, R88, R96, R109, R116], dont trois abordent l'optimisation des stratégies pour atteindre les populations clés [R45, R55, R109]. Quatorze projets examinent les résultats du traitement, les réactions à celui-ci, et la progression de la maladie; dont deux projets qui se penchent sur l'impact de l'insécurité alimentaire sur les résultats du traitement [R22, R84], et deux qui étudient la progression lente de la maladie [R144, R148].

5.2.6 SANTÉ MENTALE

Deux projets étudient les enjeux liés à la santé mentale et à la maladie mentale [R31, R57]. Un projet traite de l'usage concomitant abusif de plusieurs substances toxiques, de la psychose et des infections virales [R31], et l'autre examine une intervention de prise en charge pour améliorer le bien-être des femmes vivant avec le VIH/sida [R57].

5.2.7 RÉSILIENCE

Deux projets de recherche sont axés explicitement sur la résilience, la santé, et le bien-être en ce qui concerne le VIH/sida [R61, R119]. Ces projets portent sur les dimensions de la santé et du bien-être des PVVIH. Un des projets se penche sur l'expérience des Autochtones vivant avec le VIH/sida [R119], et un autre sur la vie de famille [R61].

TABLEAU 4 : Aperçu des projets de recherche relatifs au traitement

DOMAINE DU SUJET	NOMBRE DE PROJETS	NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU PROJET
Observance du traitement	13	R6, R11, R27, R31, R45, R48, R50, R55, R56, R96, R97, R118, R135
Résistance aux médicaments antirétroviraux	4	R42, R48, R69, T97
Interventions liées au traitement	9	R8, R45, R50, R55, R57, R88, R96, R109, R116
Résultats du traitement et réactions, et progression de la maladie	14	R22, R33, R41, R58, R69, R84, R90, R96, R118, R125, R131, R135, R144, R148
Effets indésirables, y compris la toxicité	9	R21, R28, R32, R81, R90, R94, R99, R100, R115
Co-infections	8	R28, R34, R83, R100, R101, R102, R107, R111
Comorbidités	5	R4, R28, R31, R131, R147

5.3 DOMAINES DE RECHERCHES FUTURES

Une sélection des domaines nécessitant des recherches supplémentaires a été établie en analysant les données qui se trouvent dans le présent chapitre et dans les synthèses de recherche des chapitres 3 et 4, ainsi que les données présentées par le groupe de travail du rapport d'étape.

GÉOGRAPHIE

- L'expérience des PVVIH dans les Prairies, les provinces de l'Atlantique et les régions nordiques.
- L'expérience des PVVIH dans les communautés rurales et éloignées, y compris les communautés des Premières nations, des Métis et des Inuits.

POPULATIONS PRÉCISES

- L'expérience des gais, des bisexuels, des bispirituels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes vivant avec le VIH est sous-représentée dans les recherches actuelles (compte tenu du fait qu'ils représentent 48 % des infections prévalentes).
- Les hommes qui se déclarent comme étant hétérosexuels, y compris les hommes originaires de pays où le VIH est endémique.
- L'expérience des femmes vivant avec le VIH, en dehors du contexte de la fertilité et de la grossesse.
- Vivre avec le VIH en prison, et la vie après la remise en liberté.

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

- L'incidence des déterminants suivants sur la qualité de vie des PVVIH : revenu et statut social, niveaux d'éducation et d'alphabétisation et développement sain de l'enfant.
- L'emploi est essentiel au bien-être, mais ce sujet est sous-représenté dans les recherches actuelles.
- Les croyances et les pratiques culturelles, et leur incidence sur les PVVIH.

ACCÈS AUX SOINS ET AUX TRAITEMENTS

- Prévalence des comorbidités et des co-infections chez les PVVIH, et leur incidence sur leur qualité et leur espérance de vie.
- Évaluations de l'efficacité des thérapies complémentaires pour les PVVIH, soit en tant que traitement autonome, soit en combinaison avec des médicaments antirétroviraux.

VIVRE AVEC LE VIH

- L'incidence de la séropositivité sur la sexualité, l'intimité, et le fonctionnement sexuel.
- L'expérience des PVVIH en ce qui concerne la divulgation à leurs partenaires sexuels et aux gens avec qui elles ont partagé du matériel de consommation de drogue, et leurs perspectives sur cette expérience.
- Les limites en matière d'activité physique et les restrictions de participation dans le contexte de l'activité physique.
- Les avantages de l'activité physique pour les PVVIH.
- Augmentation de la participation des PVVIH.

RÉSILIENCE

- Facteurs personnels et sociétaux qui contribuent à la résilience des PVVIH.
- Approches fondées sur les atouts qui appuient les PVVIH à établir des capacités et des atouts positifs qui peuvent être conservés, utilisés et améliorés.

5.4 RÉFÉRENCES

(1) Agence de la santé publique du Canada. Résumé : Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2011. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2012.

(2) Agence de la santé publique du Canada. Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Autochtones. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2010.

(3) Agence de la santé publique du Canada. Le VIH et le sida au Canada : rapport de surveillance en date du 31 décembre 2009. Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2010.

(4) Agence de la santé publique du Canada. Actualités en épidémiologie du VIH/sida – Juillet 2010. Chapitre 1 : Estimations de la prévalence et de l'incidence de l'infection à VIH au Canada pour 2008. Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; mai 2010.

(5) Agence de la santé publique du Canada. Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : personnes provenant de pays où le VIH est endémique – population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2009.

(6) Service correctionnel du Canada. Infectious disease surveillance penitentiaries, 2005 – 2006. Ottawa. Service Correctionnel du Canada; 2011.

CHAPITRE 6 – STRATÉGIE ACTUELLE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

Ce chapitre offre un aperçu des stratégies, coalitions, réseaux et organismes dont le mandat consiste à servir les personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH) et à offrir des programmes de lutte contre cette maladie. Les projets à l'échelle nationale, régionale et locale sont subventionnés par des programmes de financement fédéraux, provinciaux et territoriaux. La plupart des organisations actives sur le continuum de l'éducation, des soins, du traitement et du soutien offerts aux PVVIH participent également aux efforts de prévention. Cependant, pour limiter la portée du présent rapport, ce chapitre ne donne un aperçu que des stratégies, coalitions, réseaux, organismes et projets canadiens qui mettent l'accent sur les PVVIH. Ce chapitre n'examine ni les interventions pancanadiennes portant sur les divers déterminants de la santé, ni leurs répercussions sur la vulnérabilité et la résilience des PVVIH.

6.1 MÉTHODOLOGIE

Pour recueillir des renseignements sur les projets, coalitions, comités, plans et initiatives stratégiques concernant les PVVIH en place de 2009 à 2011, des modèles de collecte de renseignements ont été distribués aux représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux par l'entremise du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le sida et des consultants des programmes d'action communautaire nationaux et régionaux sur le VIH/sida de l'Agence de la santé publique du Canada. En outre, des modèles ont été distribués dans les régions de la santé des Premières nations et des Inuits par l'intermédiaire de Santé Canada et au groupe de travail des responsables des services correctionnels par l'entremise du Service correctionnel du Canada.

Il est important de noter que cette méthodologie comporte certaines limites pour ce chapitre. Premièrement, la méthodologie de collecte de renseignements utilisée dans ce rapport pourrait ne pas avoir pris en compte certains projets, certains programmes ou certaines initiatives mis en œuvre par les provinces et les territoires. Deuxièmement, les réseaux, coalitions et programmes mentionnés dans le présent chapitre étaient actifs à un moment donné entre 2009 et 2011, mais ne l'étaient peut-être plus au moment de la publication.

Seuls les projets, coalitions et réseaux, qui mentionnent expressément des travaux liés aux PVVIH sont inclus dans ce chapitre. Les projets qui faisaient appel à des solutions de prévention intégrée, de soins, de traitement et de soutien étaient inclus, mais ceux qui ne mettaient l'accent que sur les services de prévention et d'éducation liés au VIH étaient exclus de l'analyse.

6.2 VUE D'ENSEMBLE

Au Canada, la portée et la complexité de la stratégie de lutte contre le VIH/sida se sont accrues depuis le début des années 1980. Les organismes gouvernementaux, les organisations non gouvernementales et communautaires, les chercheurs, les professionnels de la santé, les autorités sanitaires régionales, les organisations de première ligne et les PVVIH ou vulnérables à l'épidémie cherchent à enrayer la maladie et à s'attaquer aux conditions qui la favorisent.

Dans le cadre de *l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada*, le gouvernement du Canada fait la promotion de la santé publique et de la prévention du VIH. (1) Le gouvernement fédéral fournit également des services de santé, notamment le traitement du VIH, aux Premières nations habitant les réserves et à certaines collectivités inuites, ainsi qu'aux personnes incarcérées du système correctionnel fédéral. Dans le cadre de son Programme fédéral de santé intérimaire, Citoyenneté et Immigration Canada fournit également des services de santé, notamment le traitement du VIH, aux demandeurs d'asile, aux réfugiés réétablis, aux personnes détenues en vertu de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* et aux victimes de la traite de personnes qui ne sont pas admissibles à l'assurance-maladie provinciale ou territoriale ou aux programmes de prestations supplémentaires de soins de santé et qui manquent de moyens financiers.

Les provinces et les territoires sont les principaux responsables de la prestation de soins de santé et de services sociaux aux PVVIH ou vulnérables au VIH. Les provinces et les territoires mènent également des activités de surveillance, de recherche en santé et de transfert des connaissances; ils gèrent également certains projets et programmes de financement exécutés par le secteur bénévole.

Les organismes bénévoles et les organismes du secteur public sont actifs dans toutes les provinces et dans tous les territoires pour réduire la vulnérabilité au VIH et au sida et les répercussions de cette maladie, ainsi que pour offrir des services de diagnostic, de prévention, de soins, de traitement et de soutien aux personnes les plus vulnérables. Selon la province ou le territoire, les autorités régionales ou locales en matière de santé publique jouent un rôle considérable dans la lutte contre l'épidémie. Les organismes du secteur bénévole, aussi bien à l'échelle nationale qu'à l'échelle communautaire, ont joué un rôle essentiel dans les activités de lutte contre la maladie, de prestation de soins, de traitement, de prévention et de soutien menées en faveur des populations qu'ils desservent. Les organismes mènent ces activités à l'aide de subventions gouvernementales et de fonds privés. En outre, le secteur privé – notamment les sociétés, les entreprises pharmaceutiques et les organisations confessionnelles – participe également à la lutte contre le VIH/sida au Canada.

6.3 STRATÉGIES SUR LE VIH/SIDA

Cette section offre un aperçu des stratégies existantes sur le VIH/sida qui abordent de façon spécifique les PVVIH, à l'échelle nationale comme à l'échelle provinciale ou territoriale. Les stratégies sur le VIH/sida axées sur toutes les populations vivant avec le VIH/sida sont également répertoriées dans le présent document, mais seront abordées plus en détail dans d'autres rapports d'étape sur les populations distinctes. Comme on l'a déjà mentionné, ces stratégies étaient en place entre 2009 et 2011, bien que certaines aient pu être renouvelées avant la publication.

6.3.1 STRATÉGIE PANCANADIENNE

Le document *Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida (2005-2010)* trace les grandes lignes d'un plan national coordonné de lutte contre le VIH/sida au Canada; il se penche sur les stratégies de lutte des gouvernements à tous les niveaux, ainsi que de la collectivité, des chercheurs et des PVVIH et vulnérables à l'épidémie. *Au premier plan* souligne l'importance de la participation de la collectivité à la stratégie de lutte ainsi que la nécessité de services qui respectent les réalités culturelles des membres des divers groupes ethnoculturels.

6.3.2 STRATÉGIE DU GOUVERNEMENT DU CANADA

La stratégie de lutte contre le VIH/sida du gouvernement du Canada figure dans le document *l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada.* Grâce à cette initiative, l'Agence de la santé publique du Canada, Santé Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada et le Service correctionnel du Canada s'efforcent de prévenir la propagation de la maladie, d'en ralentir l'évolution et d'améliorer la qualité de vie des PVVIH. Le gouvernement du Canada collabore avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les organisations non gouvernementales, les chercheurs, les professionnels de la santé, les PVVIH et les personnes vulnérables au VIH. (1)

L'Initiative fédérale fait la promotion de la santé publique et de la prévention de la maladie grâce à des programmes nationaux et régionaux de financement communautaire et des activités de recherche en santé, de transfert des connaissances, de surveillance, de sciences de laboratoire, de sensibilisation du public, de marketing social et de collaboration à l'échelle mondiale. Elle met l'accent sur les populations les plus touchées par le VIH et le sida et vivant avec le VIH, à savoir les PVVIH, les hommes gais et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les Autochtones, les utilisateurs de drogues injectables, les personnes incarcérées, les femmes, les jeunes à risque et les personnes originaires de pays où le VIH est endémique.

6.3.3 STRATÉGIES PROVINCIALES ET TERRITORIALES

La plupart des provinces et des territoires ont mis en place des stratégies qui portent sur le VIH/sida, notamment sur les soins, le traitement et le soutien aux PVVIH. De nombreuses provinces et de nombreux territoires passent de plus en plus à une vision intégrée de la lutte contre le VIH/sida et incorporent cette dernière à une stratégie plus générale visant les infections transmissibles sexuellement et par le sang.

La stratégie de la Colombie-Britannique, intitulée *Priorities in Action in Managing the Epidemics. HIV/AIDS in BC: 2003-2007* (mesures prioritaires dans la gestion des épidémies : VIH/sida), a orienté le système de santé vers des améliorations durables des activités de prévention du VIH/sida, de réduction des méfaits, de soins, de renforcement des capacités, de traitement et de soutien, de coordination et

de coopération. Chaque autorité sanitaire régionale de la province élabore ses propres plans de services régionaux, qui complètent les orientations provinciales. Au début des années 2000, le Centre d'excellence sur le VIH/sida de la Colombie-Britannique a lancé l'accès universel au traitement antirétroviral, qui a évolué au fil du temps pour devenir le protocole de traitement comme mesure de prévention que nous connaissons aujourd'hui. Le protocole encourage l'augmentation du nombre de tests de dépistage et la facilitation de l'accès aux traitements antirétroviraux pour toutes les personnes séropositives pouvant médicalement prétendre à ces soins afin d'enrayer la progression de l'infection au VIH vers le sida ou le décès et de contrer simultanément la propagation du VIH et du sida. Dans le cadre de cette stratégie, le projet « Seek and Treat for Optimal Prevention of HIV/AIDS (STOP HIV/AIDS) » (prévention optimale du VIH/sida par le dépistage et le traitement) a été lancé en 2010 pour rejoindre plus facilement les populations vulnérables et difficilement accessibles du centre-est de Vancouver et de Prince George et augmenter la participation de ces populations en ce qui a trait à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement et aux soins de santé liés au VIH.

La stratégie de l'Alberta, intitulée *Sexually Transmitted Infections and Blood Borne Pathogens Strategy and Action Plan* (2011–2016) (stratégie et plan d'action pour lutter contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang), offre une orientation provinciale permettant de concentrer et de coordonner les efforts de tous les partenaires qui participent à la prévention, au contrôle et à la prise en charge des infections transmissibles sexuellement et par le sang. La stratégie propose les cinq buts stratégiques suivants : augmenter la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang; améliorer la détection et le diagnostic précoces; renforcer la prise en charge et le contrôle; renforcer les services de soutien et de counseling offerts aux personnes infectées et touchées par le VIH; renforcer l'infrastructure qui soutient la stratégie et le plan d'action pour lutter contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang de l'Alberta.

L'un des objectifs du document *HIV Strategy for Saskatchewan, 2010-2014* (stratégie de la Saskatchewan liée au VIH) consiste à améliorer la qualité de vie des personnes infectées par le VIH. La stratégie repose sur les quatre piliers suivants : participation et éducation de la collectivité; prévention et réduction des méfaits; prise en charge clinique; surveillance et recherche. Les volets de ces piliers sont les suivants : établissement de réseaux de pairs séropositifs qui offrent un soutien compétent et acceptable aux personnes séropositives et vulnérables; réduction de l'itinérance des personnes vivant avec le VIH ou vulnérables à l'épidémie; amélioration de l'accès au dépistage, au traitement, aux soins, aux médicaments ou aux préparations pour les personnes séropositives (y compris les personnes incarcérées); incorporation de programmes de santé mentale et de toxicomanie. Le pilier de la prise en charge clinique met notamment l'accent sur la création d'équipes interdisciplinaires qui offrent un soutien continu aux personnes séropositives et sur le renforcement des services de soutien et d'approche dans les régions de la province (notamment les collectivités des Premières nations) où ces services n'existent pas.

Santé Manitoba et le ministère de la Vie saine, des Aînés et de la Consommation codirigent l'élaboration d'une nouvelle stratégie provinciale, intitulée *Sexually Transmitted Blood Borne Infections Strategy 2012-2017* (stratégie et plan d'action pour lutter contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang). La province adopte une large vision des choses et intègre le VIH dans la stratégie globale de prévention, de traitement et de surveillance des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Le processus d'élaboration de la stratégie est le résultat de collaborations importantes entre différents partenaires et intervenants à l'échelle communautaire, régionale, provinciale et fédérale. La stratégie portera sur la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis, l'hépatite B, le VHC, le virus du papillome humain et le VIH. Cette stratégie mise à jour vise à créer une stratégie d'intervention provinciale plus coordonnée en matière de prévention et de contrôle des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Manitoba.

En Ontario, le Comité consultatif ontarien de lutte contre le VIH et le sida a élaboré le document *A Proposed HIV/AIDS Strategy for Ontario to 2008* (stratégie proposée de lutte contre le VIH/sida en Ontario jusqu'en 2008). Les buts de la stratégie comprennent la prévention de la propagation du VIH et l'amélioration de la santé et du bien-être des PVVIH et de leurs collectivités. La stratégie adopte le point de vue des déterminants sociaux de la santé en matière de traitement et de prévention et vise à aborder les questions de justice sociale.

Au Québec, la *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement, 2003-2009*

inclut le mandat de répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH en offrant les services nécessaires aux personnes infectées par le VHC et d'autres maladies transmissibles sexuellement. Son mandat comprend également des activités de promotion, de prévention, de surveillance, de recherche et d'évaluation. En outre, la stratégie définit les populations vulnérables au VIH, au VHC et aux autres infections transmissibles sexuellement, et propose des interventions propres à chaque population. Le Programme national de santé publique (2003-2012) inclut le but de réduire l'incidence de l'infection au VIH, au VHC et aux autres infections transmissibles sexuellement d'ici à 2012 et donne une vue d'ensemble de l'épidémiologie de ces infections dans la province.

La coordination en vue de la mise en œuvre, de la surveillance et de l'évaluation de la stratégie de la Nouvelle-Écosse, intitulée *Strategy on HIV/AIDS*, est assurée par la commission Nova Scotia Advisory Commission on AIDS. La stratégie fait ressortir le besoin de travailler avec les PVVIH, notamment les populations autochtones, les Néo-écossais d'origine africaine, les nouveaux venus en Nouvelle-Écosse et les collectivités francophones et acadiennes. Les buts de la stratégie pertinents pour les PVVIH sont notamment les suivants : intégrer l'élaboration des politiques et la prestation des services liés au VIH/sida et offrir aux Néo-écossais vivant avec le VIH et le sida et vulnérables à l'épidémie les meilleurs services de soins, de traitement et de soutien disponibles. Les principes directeurs comprennent la participation des PVVIH à la planification et à la mise en œuvre des services qui les touchent, ainsi que des efforts permettant de s'assurer que les services de soins, de traitement et de soutien répondent aux besoins des PVVIH afin que ces dernières se sentent soutenues dans les choix à faire au sujet de leurs soins.

À l'heure actuelle, le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest sont en train d'élaborer de nouvelles stratégies liées à la santé en matière de sexualité et aux infections transmissibles sexuellement et par le sang. Le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard, le Nunavut, les Territoires du Nord-Ouest et Terre-Neuve-et-Labrador n'ont aucune stratégie qui aborde de façon spécifique les questions liées au VIH et au sida, même s'il se peut que ces provinces et territoires incluent un plan de gestion du VIH/sida dans la stratégie visant les infections transmissibles sexuellement et par le sang.

6.3.4 STRATÉGIES AXÉES SUR DES POPULATIONS DISTINCTES

Outre les stratégies provinciales et territoriales mentionnées, certaines provinces et certains territoires ont élaboré des stratégies axées sur les populations vulnérables de leur région. Bon nombre de ces stratégies seront analysées de façon plus approfondie dans chaque rapport d'étape sur les populations distinctes. Quelques aspects de ces stratégies pertinents pour les PVVIH au sein d'une population vulnérable particulière sont mentionnés ci-dessous.

6.3.5 STRATÉGIES CONCERNANT LES AUTOCHTONES

Le Réseau canadien autochtone du sida a récemment renouvelé sa *Stratégie autochtone sur le VIH/sida au Canada pour les Premières nations, les Inuits et les Métis de 2009 à 2014*, qui s'appuie sur la stratégie précédente, intitulée *Renforcement des liens – Renforcement des communautés* et publiée en 2003. La stratégie renouvelée détermine les sept domaines suivants, dans lesquels des mesures doivent être prises pour répondre aux besoins des Autochtones qui vivent avec le VIH/sida et en sont touchées : soins, traitement et soutien holistiques; participation des Autochtones à la recherche sur le VIH/sida; plans de réduction des méfaits à grande échelle; renforcement des capacités; questions d'ordre juridique, éthique et liées aux droits de la personne; partenariats, collaboration et durabilité; prévention et sensibilisation.

L'association Pauktuutit Inuit Women of Canada, dirigée par le Comité directeur du Canadian Inuit HIV/AIDS Network, a lancé le plan *Inuit Plan of Action for HIV/AIDS* (plan d'action inuit pour lutter contre le VIH/sida) en 2002. Destiné aux associations régionales inuit, le plan comprend des buts tels que la promotion de partenariats qui permettent aux Inuits vivant avec le VIH/sida d'avoir accès à des soins, à un traitement et à un soutien appropriés.

À l'heure actuelle, des stratégies de lutte contre le VIH/sida propres aux Autochtones existent en Colombie-Britannique, en Alberta, au Manitoba, en Ontario et au Québec. En 2006, la Colombie-Britannique et le First Nations Leadership Council ont signé le *Transformative Change Accord: First Nations Health Plan* (accord sur un changement transformateur : plan pour la santé des Premières nations), accord sur 10 ans qui propose 29 mesures, dont une liée au VIH/sida, visant à combler les écarts en matière de santé entre les membres des

Premières nations et les autres habitants de la Colombie-Britannique. Sur la lancée de ce plan, la province a signé le 13 octobre 2011 l'*Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières nations*. L'accord-cadre ouvre la voie au transfert de la planification, de la conception, de la gestion et de l'exécution des programmes de santé des Premières nations du gouvernement fédéral à une nouvelle autorité sanitaire des Premières nations au cours des deux années à venir. Les efforts régionaux, tels que le Northern Aboriginal HIV/AIDS taskforce, seront maintenus même avec l'entrée en vigueur de ces initiatives provinciales tripartites. Le groupe de travail avait été créé en 2005 à l'issue d'une réunion entre les chefs des collectivités du Nord, les représentants gouvernementaux et les représentants des organismes de services. Ce groupe de travail réunit tous les niveaux du gouvernement et des organisations non gouvernementales pour aborder la question du VIH/sida au nord de la Colombie-Britannique.

En Alberta, les stratégies et les mesures à l'égard des Autochtones sont intégrées dans le document *Sexually Transmitted and Blood Borne Pathogens Strategy and Action Plan 2011 – 2016* (stratégie et plan d'action pour lutter contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang). La stratégie du Manitoba, *As Long as the Waters Flow : An Aboriginal Strategy on HIV/AIDS*, est une composante de la stratégie provinciale sur le sida et comprend une stratégie de traitement et de soutien aux Autochtones vivant avec le VIH/sida, de coordination des services et de recherche et évaluation.

L'Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy (OAHAS), un organisme de services liés au sida, offre des programmes et des stratégies qui respectent les réalités culturelles pour lutter contre l'épidémie de VIH/sida en pleine croissance parmi les Autochtones en Ontario grâce à des initiatives de promotion, de prévention, de soins de longue durée, de traitement et de soutien en harmonie avec la réduction des méfaits. L'Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy a élaboré une stratégie pour les années 2010 à 2015 qui met l'accent sur la prestation de services de soins, de traitement et de soutien aux Autochtones vivant avec le VIH/sida, notamment : l'établissement de soins de longue durée et de soins palliatifs; la facilitation du développement et de l'échange de connaissances parmi les personnes touchées par le VIH/sida; la gestion des déterminants de la santé, notamment ceux qui ont des répercussions sur la qualité de vie des Autochtones vivant avec le VIH/sida; l'accent sur les populations importantes au sein de la population autochtone, notamment les femmes, les enfants, les jeunes, les personnes bispirituelles, les personnes incarcérées et les utilisateurs de drogues; l'exercice du leadership; l'établissement de rapports sur les indicateurs énumérés dans le plan stratégique.

La stratégie sur le VIH/sida de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador, intitulée *Cercle de l'espoir – Stratégie des Premières nations et des Inuits du Québec contre le VIH et le sida*, a été créée en 2000 à la demande de l'Assemblée des Premières nations du Québec et du Labrador. La stratégie porte notamment sur les soins et le traitement, les collectivités en bonne santé et la coordination.

6.3.6 STRATÉGIES CONCERNANT LES PERSONNES ORIGINAIRES DE PAYS OÙ LE VIH EST ENDÉMIQUE

Bien que de nombreuses stratégies provinciales ou comités consultatifs sur le VIH/sida reconnaissent que les personnes originaires de pays où le VIH est endémique ou les collectivités ethnoculturelles sont des populations importantes, l'Ontario est la seule province à avoir élaboré une stratégie axée sur une population précise, à savoir la population noire d'origine africaine et caribéenne. Le document *Strategy to Address Issues Related to HIV Faced by People in Ontario from Countries Where HIV is Endemic* (stratégies visant à traiter des questions liées au VIH auxquelles font face les personnes ontariennes originaires de pays où le VIH est endémique) a été élaboré par le Conseil africain et caraïbe sur le VIH en Ontario, une coalition de prestataires de services, de chercheurs, de responsables des politiques et de membres individuels de la collectivité qui s'efforcent de prévenir la propagation du VIH parmi les collectivités africaines et caribéennes de l'Ontario. Sa création a été appuyée par le Bureau de lutte contre le sida du ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée. Ce document est considéré comme une composante clé de la stratégie de l'Ontario sur le VIH/sida. Lancée en 2005, cette stratégie coordonne et oriente les mesures à prendre pour aborder les questions liées au VIH auxquelles font face les personnes originaires de pays où le VIH est endémique qui vivent en Ontario, pour réduire l'incidence du VIH parmi les personnes d'origine africaine et caribéenne et pour améliorer la qualité de vie des personnes infectées ou touchées par le VIH/sida.

En Alberta, les stratégies et les mesures axées sur les populations originaires de pays où le VIH est endémique sont intégrées dans le document *Alberta Sexually Transmitted and Blood Borne Pathogens Strategy and Action Plan 2011 – 2016* (stratégie et plan d'action de l'Alberta pour lutter contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang).

6.3.7 STRATÉGIES CONCERNANT LES FEMMES

Certaines provinces et certains territoires ont élaboré des stratégies axées sur la santé des femmes. Par exemple, la Colombie-Britannique a élaboré une stratégie intitulée *Advancing the Health of Girls and Women* (faire progresser la santé des jeunes filles et des femmes), qui offre un plan de gestion des états prioritaires, y compris le VIH/sida en prenant compte du genre. Le Manitoba et la Saskatchewan appuient un plan d'action en faveur de la santé des femmes, élaboré par le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies, qui met l'accent sur des projets destinés aux femmes et comprend l'éducation sexuelle liée au VIH/sida.

Ces dernières années, des progrès ont été réalisés en ce qui concerne l'élaboration d'un cadre pour un plan d'action stratégique en faveur des femmes autochtones qui aborde les questions liées au VIH/sida auxquelles sont confrontées les femmes autochtones au Canada. Le cadre, résultat de plusieurs mois de consultations avec des femmes autochtones dans tout le pays, produira un plan d'action stratégique axé sur les femmes autochtones concernant le VIH/sida pour les cinq années à venir.

Du point de vue multisectoriel, le *Plan intégral d'action sur le VIH et les femmes* est une coalition de femmes séropositives, d'organismes canadiens et internationaux de lutte contre le VIH/sida et de divers groupes de défense des droits de la femme et des droits liés à la procréation qui demandent que de meilleurs services de prévention et de soutien soient fournis aux femmes et aux jeunes filles infectées et touchées par le VIH/sida.

En Alberta, les stratégies et les mesures à l'égard des femmes sont intégrées dans le document *Sexually Transmitted and Blood Borne Pathogens Strategy and Action Plan 2011 – 2016* (stratégie et plan d'action pour lutter contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang).

6.4 RÉSEAUX, COALITIONS ET ORGANISMES CONSULTATIFS

Cette section donne une vue d'ensemble des réseaux, coalitions et organismes consultatifs nationaux et provinciaux ou territoriaux qui étaient en place entre 2009 et 2011. Il convient de noter qu'il se peut que certains ne soient plus actifs au moment de la publication. Ces organismes organisent diverses activités (par exemple, services de consultation, d'assistance juridique et de recherche). Certains des réseaux et coalitions indiqués ci-dessous mettent également des projets en œuvre. L'existence de ces organismes indique combien la collaboration en partenariat est importante entre les secteurs communautaires, organisationnels et gouvernementaux pour aborder la question du VIH/sida parmi les personnes vivant avec cette maladie. La plupart des organismes suivants ont également un mandat plus large, notamment en matière de prévention et d'éducation; cependant, seuls les aspects de leur travail liés aux PVVIH sont examinés dans ce rapport.

Aux fins du présent rapport, on entend par réseau ou coalition un organisme composé d'organisations membres ou de membres individuels, formé pour représenter les intérêts, les buts ou les objectifs de ces organisations membres dans le cadre de forums provinciaux, nationaux ou internationaux. On entend par organisme consultatif une organisation qui offre des services de consultation en matière d'élaboration ou de mise en œuvre de stratégies, de politiques et de programmes. (Voir l'annexe C, à laquelle figure une liste de ces réseaux, coalitions et organismes consultatifs.)

Les réseaux, coalitions et organismes consultatifs canadiens liés au VIH/sida dont le mandat spécifique (mais non exclusif) consiste à offrir un soutien aux PVVIH comprennent les organismes consultatifs fédéraux et les organismes de services liés au VIH. Ils ont été définis selon les informations obtenues par l'intermédiaire des modèles de collecte de renseignements et de l'Agence de la santé publique du Canada.

6.4.1 RÉSEAUX ET ORGANISMES QUI OFFRENT UN SOUTIEN AUX PVVIH

À l'échelle nationale, la Société canadienne du sida et le Réseau canadien autochtone du sida organisent des forums à l'intention des PVVIH, auxquels seules ces personnes sont invitées. Ces dernières années, le nombre d'organismes

axés sur les PVVIH a diminué. De plus, de nombreux organismes axés sur les PVVIH ont envisagé de changer le nom de leur organisme pour une appellation qui met davantage l'accent sur le « mode de vie positif ». Il se peut que ces changements soient liés à l'intégration toujours plus importante de la prévention, des soins, du traitement et du soutien au sein des organismes.

Le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida – Amérique du Nord (RMP+AN) est le membre affilié nord-américain du Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (RMP+). Le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida – Amérique du Nord est un organisme régional indépendant qui vise à lutter contre la pandémie mondiale de sida en créant et maintenant un réseau nord-américain actif de PVVIH. Il souscrit à la vision du Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH, qui consiste à améliorer la qualité de vie des PVVIH.

L'Amérique du Nord est représentée dans la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida, tout comme dans le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH.

En Colombie-Britannique, l'organisme Positive Living BC se consacre à renforcer l'autonomie des PVVIH grâce à un soutien mutuel et à une action collective. L'organisme offre un large éventail de services, de programmes et d'activités et produit diverses ressources et publications. Le réseau Positive Women's Network offre des services d'éducation et de soutien ainsi que des ressources aux femmes qui vivent avec le VIH en Colombie-Britannique et aux prestataires de services de santé et de services sociaux dans tout le pays.

En Saskatchewan, le réseau Persons Living with AIDS Network of Saskatchewan Inc. est une organisation communautaire à but non lucratif qui fournit des services de soins et de soutien aux PVVIH. Ces services sont également mis à la disposition des fournisseurs de soins de santé, de la famille et des amis.

La mission du caucus des personnes du Manitoba qui vivent avec le VIH/sida consiste à aider les PVVIH à s'aider en offrant à ses membres des activités de renforcement des compétences, des occasions de rencontre et d'échange d'informations et un soutien informel.

Le réseau Ontario AIDS Network, en collaboration avec le gouvernement de la Colombie-Britannique, a créé l'organisme Positive Leadership Development Institute, qui aide les PVVIH à réaliser leur potentiel en matière de leadership et à renforcer leurs capacités à participer de façon significative à la vie communautaire. La raison d'être de l'organisme Toronto People With AIDS Foundation consiste à promouvoir la santé et le bien-être de toutes les PVVIH en leur offrant des services de soutien accessibles, directs et pratiques. Avant qu'il ne mette fin à ses activités en 2010, l'organisme Voices of Positive Women était une organisation communautaire dirigée par des femmes vivant avec le VIH/sida et consacrée à ces dernières, qui offrait des services confidentiels de soutien, d'approche, d'information et de défense des droits en Ontario.

AIDS Action Now! est un organisme activiste qui lutte contre le VIH, situé à Toronto. Il maintient une présence sur Internet, tient régulièrement des réunions ouvertes au public et organise des forums et des activités communautaires. L'organisme n'est pas subventionné par le gouvernement. Son mandat consiste à améliorer la disponibilité des médicaments pour les PVVIH, à améliorer la norme de soins pour les PVVIH, à appuyer des initiatives progressistes liées au sida lancées par d'autres organismes et d'autres personnes et à entreprendre toute autre activité qu'il juge opportune pour améliorer la qualité de vie des PVVIH.

Dans la région de l'Atlantique, AtlanticPoz est un groupe de discussion en ligne pour les PVVIH dans le Canada atlantique.

6.4.2 ORGANISMES NATIONAUX

Le Réseau pancanadien de santé publique, créé en 2005 par les ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux (FPT) de la Santé, constitue un mécanisme intergouvernemental clé servant : à renforcer et à améliorer la capacité du Canada en matière de santé publique; à permettre aux gouvernements FPT de mieux travailler ensemble dans le cadre des activités quotidiennes en matière de santé publique; à prévoir les événements et les menaces relatives à la santé publique, à s'y préparer et à intervenir.

Jusqu'en 2011, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le VIH/sida a fournit des conseils stratégiques en ce qui concerne les questions et les initiatives hautement prioritaires liées au VIH/sida au Canada. Le Comité a également favorisé une collaboration intergouvernementale opportune et efficace sur les questions liées au VIH/sida au Canada.

En 2011, le Comité directeur sur les maladies transmissibles et infectieuses, formé des représentants des ministères de la Santé, aux niveaux fédéral, provincial et territorial, a été fondé pour fournir des recommandations sur les priorités et les enjeux liés à la pertinence pour le Réseau de santé publique. Ces enjeux comprennent les infections transmissibles sexuellement et par le sang, y compris le VIH.

Le Comité champion Au premier plan fait la promotion de l'utilisation généralisée de la stratégie *Au premier plan* dans tout le Canada. Ce plan d'action intégral oriente tous les secteurs de la stratégie d'intervention canadienne visant à enrayer l'épidémie de VIH/sida et à améliorer la vie des PVVIH et vulnérables au VIH. Ses membres comprennent des organisations non gouvernementales, des chercheurs, des PVVIH et des représentants du gouvernement.

6.4.3 ORGANISMES CONSULTATIFS FÉDÉRAUX

Le Comité consultatif de la recherche sur le VIH/sida (CCRVS) a reçu pour mandat de faire des recommandations à l'Institut des maladies infectieuses et immunitaires et au Comité des priorités et de la planification de la recherche (CPPR) des Instituts de recherche en santé du Canada concernant les priorités de recherche en ce qui a trait au VIH/sida. Plus particulièrement, le Comité consultatif de recherche sur le VIH/sida fournit des services de consultation au conseil consultatif de l'Institut des maladies infectieuses et immunitaires des Instituts de recherche en santé du Canada concernant les initiatives stratégiques en matière de recherche sur le VIH/sida afin de contribuer au développement de futures possibilités de financement stratégique ciblé.

Le Conseil consultatif ministériel sur l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada offre à la ministre de la Santé des services de consultation stratégique fondée sur des preuves au sujet des aspects pancanadiens du VIH/sida. Son travail consiste principalement à exercer un suivi des questions courantes ou qui se manifestent et à proposer une vision à long terme de la lutte contre le VIH/sida au Canada. Les membres du conseil totalisent une vaste expérience et des connaissances très diverses, et comptent plusieurs Canadiens vivant avec le VIH/sida.

Le Conseil national autochtone sur le VIH/sida (CNAVS) agit en tant qu'organisme consultatif national et fournit des services de consultation stratégique à Santé Canada, à l'Agence de la santé publique du Canada au sujet du VIH/sida et des questions connexes au sein des Autochtones (Premières nations, Inuits et Métis) au Canada.

6.4.4 ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES ET RÉSEAUX NATIONAUX

Ces organismes sont financés par l'Agence de la santé publique du Canada et par d'autres sources en vue de soutenir les efforts de renforcement des capacités, d'apporter un soutien aux PVVIH, d'entreprendre des activités de transfert et d'échange de connaissances et d'exécuter d'autres projets, énumérés et brièvement décrits à l'annexe C.

Le Réseau canadien autochtone du sida est une coalition de particuliers et d'organismes qui fournissent des services de leadership, de soutien et de défense des droits aux Autochtones vivant avec le VIH/sida, où que soit le lieu de résidence.

La Société canadienne du sida dirige une coalition nationale de plus de 120 organismes communautaires de services liés au sida dans tout le Canada. Elle se consacre à renforcer la lutte contre le VIH/sida dans tous les secteurs de la société et à apporter un soutien aux personnes et aux collectivités vivant avec le VIH/sida.

Le Réseau canadien d'info-traitements sida est un courtier national d'échange de connaissances au sujet du VIH et du VHC. Le Réseau met en contact les personnes vivant avec le VIH ou le VHC, les collectivités vulnérables, les fournisseurs de soins de santé et les organismes communautaires avec les connaissances, les ressources et l'expertise nécessaires pour réduire la transmission de l'infection et améliorer la qualité de vie.

L'Association canadienne de recherche sur le VIH est un organisme pancanadien qui représente les personnes qui mènent des recherches dans le domaine du VIH/sida. La mission de l'Association canadienne de recherche sur le VIH est composée des éléments suivants : encourager la collaboration et la coopération entre les milieux de recherche sur le VIH, notamment la science fondamentale, la science clinique, l'épidémiologie et la santé publique, ainsi que les sciences sociales; promouvoir l'éducation et le perfectionnement de nouveaux chercheurs; et donner une voix unifiée aux chercheurs canadiens sur le VIH afin de faire participer divers intervenants à un dialogue ininterrompu et à un échange de connaissances visant à assurer que la recherche sur le VIH continue de répondre à leurs besoins.

Le Réseau national sur le VIH/sida et les communautés noires, africaines et des Caraïbes est un réseau national de prestataires de services qui offrent un soutien et des programmes à la diaspora africaine et caribéenne et aux collectivités noires dans l'ensemble du pays. Le mandat du Réseau comprend le renforcement des capacités des prestataires de services de santé et de services sociaux de première ligne.

Le Réseau canadien juridique VIH/sida fait la promotion des droits des PVVIH et vulnérables à l'épidémie au Canada et dans le monde grâce à la recherche, à l'analyse juridique et stratégique, à l'éducation et à l'activisme communautaire. Le Réseau fournit aux organismes de services liés au sida les outils nécessaires pour améliorer leurs connaissances au sujet des aspects juridiques liés à la non-divulgation du VIH afin d'apporter un soutien plus efficace à leurs clients et d'encourager les PVVIH à adopter des comportements plus sains.

Le Réseau canadien pour les essais VIH des Instituts de recherche en santé du Canada est un partenariat de chercheurs cliniques, de médecins, de membres du personnel infirmier, de PVVIH, de fabricants de produits pharmaceutiques et d'autres intervenants qui facilitent les essais cliniques de médicaments contre le VIH/sida.

L'Association canadienne de santé publique est une association nationale, indépendante et bénévole qui représente la santé publique au Canada. Grâce aux liens qu'elle entretient avec le milieu international de la santé publique, l'Association conseille les décisionnaires au sujet de la réforme du système de santé publique et coordonne des initiatives visant à protéger la santé personnelle et collective des Canadiens et des populations du monde entier.

Le Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements fait la promotion de politiques publiques éclairées et sensibilise le public au sujet des obstacles à l'accès aux traitements et aux soins de santé que doivent surmonter les PVVIH. Le Conseil considère les traitements sous l'angle d'un concept très large, qui comprend les médecines occidentale, traditionnelle, complémentaire et alternative. Le Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements est géré par et pour des PVVIH.

Le Groupe de travail canadien sur le VIH et la réinsertion sociale rassemble les domaines habituellement séparés du VIH, de l'invalidité et de la réinsertion grâce à des partenariats multisectoriels. Grâce à ces partenariats, le Groupe de travail s'efforce de renforcer les capacités en matière de recherche, d'éducation et de partenariats intersectoriels et de répondre aux besoins des PVVIH en matière de réinsertion.

La Coalition interagence sida et développement (CISD) est une coalition d'organismes de services liés au sida, d'organisations non gouvernementales, d'organisations confessionnelles, d'établissements d'enseignement et de syndicats. Son énoncé de mission comprend l'exercice d'un leadership dans la lutte contre le VIH/sida menée par les organismes canadiens de développement international et les organismes canadiens de services liés au VIH visant à atténuer les répercussions de l'épidémie mondiale de VIH et de sida. La Coalition interagence sida et développement s'acquitte de son mandat en améliorant les politiques publiques, en offrant des renseignements et des services d'analyse et en faisant part des leçons qu'elle a apprises.

6.4.5 RÉSEAUX, COALITIONS ET ORGANISMES CONSULTATIFS PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX

En Colombie-Britannique, le réseau Pacific AIDS Network (PAN) coordonne les stratégies communautaires de lutte contre le VIH/sida en convoquant des forums dans le cadre desquels les PVVIH peuvent discuter des questions qui les concernent et formuler des recommandations en matière de programmation et de politiques à l'intention de l'organisme, du gouvernement et des autorités sanitaires régionales.

L'Alberta a mis en place un réseau régional du VIH/sida, appelé Alberta Community Council on HIV. Il s'agit d'un réseau provincial à but non lucratif composé de 11 organisations régionales de réduction des méfaits et de services liés au sida, dont le principal mandat vise la prévention du VIH, les soins, le traitement, le soutien et les besoins en matière de prévention et d'éducation des PVVIH. L'organisme Alberta Community Council on HIV est financé par Alberta Health and Wellness et par l'Agence de la santé publique du Canada par l'intermédiaire du fonds Alberta Community HIV Fund. Ses membres comptent des organismes communautaires de services liés au sida, tels que l'association AIDS Calgary Awareness Association (ACAA), qui offrent un soutien aux PVVIH et réalisent des activités d'approche communautaire.

Le Manitoba et la Saskatchewan ont quelques réseaux de collaboration. Le réseau MAN/SASK Network répond aux besoins régionaux des organismes actifs dans les domaines de la prévention, des soins et du traitement du VIH et du VHC, et les représente. Dans le nord du Manitoba et de la Saskatchewan, le réseau Play it Safer Network a pour objectif de mettre en œuvre une stratégie communautaire permettant de lutter contre le VIH/sida, les infections transmissibles sexuellement et le VHC et de faire des choix plus sains liés au mode de vie grâce à l'éducation, à la prévention, au traitement et au soutien médical et social.

Le réseau Ontario AIDS Network a notamment pour objectifs de maintenir et d'améliorer le réseau existant des PVVIH au sein du Réseau et des partenariats communautaires qui apportent un soutien à ces personnes, d'accroître les connaissances et les compétences des PVVIH en ce qui concerne les soins, les traitements et le soutien, d'augmenter le nombre de PVVIH qui participent aux organismes communautaires (y compris les groupes membres du réseau Ontario AIDS Network), et de maintenir et d'accroître l'intégration efficace des PVVIH et leur participation significative au réseau Ontario AIDS Network. Le Réseau ontarien de traitement du VIH est un réseau de collaboration formé de chercheurs, de fournisseurs de soins de santé, de responsables des politiques, de membres de la collectivité et de PVVIH qui collaborent à promouvoir l'excellence et l'innovation dans les domaines du traitement, de la recherche et de l'éducation sur le VIH en Ontario. Le Comité consultatif ontarien de lutte contre le VIH et le sida fournit des services de consultation stratégique à la ministre de la Santé de la province concernant tous les aspects des politiques liées au VIH/sida. Un tiers des membres du comité vivent avec le VIH/sida, un tiers provient d'organismes communautaires de services liés au sida et le dernier tiers est composé de fournisseurs de soins de santé qui participent à la lutte contre le VIH/sida.

En Ontario, l'Alliance pour la santé sexuelle des hommes gais est un réseau provincial composé de membres du personnel de première ligne, de chercheurs, de responsables de la santé publique, de responsables des politiques et de membres de la collectivité. L'objectif de l'Alliance consiste à répondre aux besoins en matière de santé sexuelle des diverses collectivités ontariennes d'hommes gais, bisexuels, bispirituels et d'autres HARSAH, et comprend le développement de ressources, l'organisation de campagnes et la création de groupes de travail.

Au Québec, les buts de la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-SIDA) comprennent notamment le soutien et la consolidation de l'action communautaire au Québec, le rassemblement d'organismes concernés par le VIH/sida et l'unification des activités et des ressources de ces organismes tout en respectant leur autonomie.

Les provinces de l'Atlantique ont le Réseau de recherche interdisciplinaire de l'Atlantique, un groupe de chercheurs universitaires (provenant de l'Université Dalhousie, de l'Université Memorial et de l'Université du Nouveau-Brunswick) qui travaillent en collaboration avec d'autres intervenants du gouvernement et des collectivités dans les domaines du VIH et du VHC.

Dans les provinces de l'Atlantique, le Réseau régional du sida de l'Atlantique élabore des stratégies de collaboration afin d'apporter un soutien aux PVVIH dans la région. La commission consultative Nova Scotia Advisory Commission on AIDS est un organisme autonome du gouvernement de la Nouvelle-Écosse. Son mandat consiste à fournir des services de consultation stratégique concernant le VIH/sida au gouvernement provincial et à faire office de lien entre le gouvernement et la collectivité. La Commission consultative est responsable de la mise en œuvre, de la surveillance et de l'évaluation de la *Strategy on HIV/AIDS* (stratégie sur le VIH/sida) de la Nouvelle-Écosse, et collabore étroitement avec les trois organismes de services liés au VIH/sida de la Nouvelle-Écosse.

La région du Nord reçoit le soutien du réseau Northwest Territories HIV & Hepatitis C Support Network, qui fournit des ressources pédagogiques, des réseaux de soutien et des services de renforcement des capacités.

6.5 ANALYSE DES PROGRAMMES

Cette section décrit la répartition des programmes et des projets visant à lutter contre le VIH/sida parmi les PVVIH au Canada. Ces projets ont été définis d'après les données recueillies au cours du processus de collecte de renseignements décrit à la section 6.1. Cette section analyse également à quel degré la stratégie de lutte actuelle correspond aux réalités et aux besoins de la population, selon les données probantes disponibles.

6.5.1 RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES PROJETS

Le tableau 5 indique la répartition des projets au Canada. Entre 2009 et 2011, 155 projets ont été financés grâce à des initiatives fédérales et provinciales ou territoriales. Il convient de noter que les projets des provinces dont la population est plus nombreuse peuvent avoir reçu un financement plus important.

La répartition géographique des projets dans les provinces et les territoires est la suivante. Huit projets financés par l'Agence de la santé publique du Canada sont exécutés par des organisations non gouvernementales nationales.

TABLEAU 5 : Répartition des projets au Canada

LIEU	NOMBRE DE PROJETS	PROJETS
Échelle nationale	8	P1 à P8
Colombie-Britannique	29	P9 à P37
Alberta	11	P38 à P48
Saskatchewan	6	P49 à P54
Manitoba	5	P55 à P59
Ontario	54	P60 à P113
Québec	21	P114 à P134
Nouveau-Brunswick	5	P135 à P139
Terre-Neuve-et-Labrador	6	P140 à P145
Nouvelle-Écosse	5	P146 à P150
Île-du-Prince-Édouard	1	P151
Territoires du Nord-Ouest	1	P152
Nunavut	1	P153
Yukon	2	P154 à P155

Deux projets nationaux sont axés sur des populations précises. Le Réseau canadien autochtone du sida [P1] apporte un soutien aux organismes de services liés au VIH/sida offerts aux Autochtones et répond aux besoins de ces derniers, et la Coalition interagence sida et développement [P8] offre un soutien à l'échelle nationale aux nouveaux immigrants et fait participer les collectivités canadiennes noires, africaines et caribéennes. Deux projets sont axés sur l'offre de renseignements au sujet des traitements disponibles. Le Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements [P4] s'efforce de favoriser l'élaboration de politiques nationales sur le VIH/sida relatives aux questions liées à l'accès aux traitements. Le Réseau canadien d'info-traitements sida [P6] offre des renseignements au sujet des options de traitement. Le Groupe de travail canadien sur la réinsertion sociale [P5] s'efforce d'élaborer des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en matière de VIH à l'intention des professionnels de la réadaptation. Le Réseau canadien juridique VIH/sida [P3] permet d'améliorer à l'échelle nationale la coordination et la planification des efforts de lutte contre le VIH/sida, l'élaboration de politiques, le renforcement des capacités et les communications relatives aux droits éthiques et juridiques des personnes, des organismes de services liés au sida et des membres du public qui sont touchés par le VIH/sida. Le Réseau canadien d'info-traitements sida [P7] comprend également un projet subventionné visant à lui permettre de jouer un rôle de courtier national d'échange de connaissances, à savoir un point d'accès unique aux renseignements sur la prévention, les soins, les traitements et les connaissances de soutien pour les organismes de première ligne qui luttent contre le VIH/sida. Enfin, la Société canadienne du sida fournit un soutien national aux organismes de services liés au sida et agit comme porte-parole dans le développement et la mise en œuvre de politiques nationales et de stratégies de communication et de renforcement des capacités dans l'ensemble du secteur bénévole.

En Colombie-Britannique, 29 projets sont actuellement financés par l'Agence de la santé publique du Canada ou par la province. Les thèmes communs au développement de programmes dans la quasi-totalité des projets comprennent la facilitation de l'accès aux soins et au soutien pour les PVVIH. Les autres thèmes prédominants comprennent l'accès à la nourriture [P9, P10, P21], le logement [P12, P21, P22, P23, P37], le revenu [P16, P18], les programmes culturels [P28], la défense des droits [P12, P16, P21, P31, P34] et les programmes destinés aux régions rurales [P13]. Un projet favorise l'accès aux thérapies complémentaires [P19]; un autre projet offre des services de counseling spirituel aux PVVIH [P14]. Ces projets sont principalement exécutés par des organismes de services liés au VIH/sida.

L'Alberta finance 11 projets exécutés par des organismes de services liés au VIH/sida. Tous les projets subventionnés comprennent la facilitation de l'accès aux soins et au soutien pour les PVVIH. Deux projets offrent des services de défense des droits aux PVVIH [P38, P42]; un projet offre un soutien

spirituel à ces personnes [P39], en plus de promouvoir la recherche communautaire [P39, P43]. Un autre projet assiste les PVVIH en matière de logement [P43].

En Saskatchewan, six organismes de services liés au VIH/sida exécutent des projets subventionnés qui font tous la promotion de l'accès aux soins et au soutien pour les PVVIH. Un projet a pour but d'élaborer des initiatives régionales de renforcement des capacités visant les programmes communautaires destinés aux Autochtones hors réserve [P51].

Cinq projets subventionnés au Manitoba sont exécutés par des organismes de services liés au VIH/sida. Quatre projets appuient l'accès aux soins, au traitement et au soutien pour les PVVIH, y compris le soutien par les paires, [P55, P56, P58, P59]. Un projet a pour but d'élaborer des initiatives nationales et régionales de renforcement des capacités visant les programmes communautaires destinés aux Autochtones hors réserve [P57]. Un projet subventionné apporte un soutien financier au caucus des personnes du Manitoba qui vivent avec le VIH/sida, bien que ce réseau ait depuis été dissous [P55].

De toutes les provinces, l'Ontario a le plus grand nombre de projets subventionnés, soit 54 au total. La plupart de ces projets offrent un accès aux soins et au soutien pour les PVVIH. Sept projets font la promotion de l'accès dans les collectivités rurales [P61, P63, P64, P66, P72, P73, P109]. Un projet offre des services axés sur la population asiatique [P78], alors qu'un autre projet offre des services à la population hispanophone [P83]. Un projet dessert la population des personnes sourdes en Ontario [P97]. Un projet apporte un soutien aux personnes qui ont contracté le VIH par transfusion sanguine [P88]. Cinq projets sont subventionnés en vue de renforcer les capacités dans le contexte de la Participation accrue des personnes vivant avec le VIH, offrant aux PVVIH des possibilités de contribuer à l'élaboration des programmes ou aux efforts de prévention. Au total, six projets sont financés afin de renforcer les capacités au sein des organismes de services liés au VIH/sida. Deux projets ont été subventionnés pour lutter contre la stigmatisation subie par les PVVIH [P63, P100]. Un projet fait la promotion de l'accès à la nourriture pour les PVVIH [P106], tandis que trois projets abordent la question du logement des PVVIH [P79, P82, P91]. Le projet P91 offre un choix de centres de soins palliatifs spécialement axés sur les PVVIH. Un projet offre des services juridiques gratuits aux personnes touchées par le VIH [P89].

Le Québec a subventionné 21 projets exécutés par des organismes de services liés au VIH/sida. Ces projets offrent aux PVVIH un accès aux soins et au soutien. Un projet en particulier offre un soutien à la population des personnes sourdes vivant avec le VIH/sida [P120]. Deux projets luttent contre la stigmatisation [P124, P125] et un projet reçoit un financement visant à augmenter la participation des PVVIH à l'exécution des programmes [P121].

Dans la région de l'Atlantique, cinq projets sont subventionnés au Nouveau-Brunswick, six à Terre-Neuve-et-Labrador, cinq en Nouvelle-Écosse et un à l'Île-du-Prince-Édouard. Tous les projets sont exécutés par des organismes de services liés au VIH/sida qui offrent un accès aux soins et au soutien aux PVVIH. À Terre-Neuve-et-Labrador, deux projets sont subventionnés afin d'offrir un logement provisoire [P145] et un logement à long terme [P144] aux PVVIH.

Dans la région du Nord, deux projets sont subventionnés par le Yukon [P154, P155] et un projet par les Territoires du Nord-Ouest [P152]; ces trois projets offrent des services de soutien et d'accès aux soins aux PVVIH et touchées par le VHC. Le Nunavut a financé un projet avec une attention particulière accordée à la santé sexuelle [P153].

Quatre projets desservent tout spécialement les régions rurales. En Colombie-Britannique, la société AIDS Network Kootenay Outreach and Support Society [P13] offre des programmes et des services spécialement conçus pour examiner les enjeux de la région auxquels les collectivités rurales font face. En Ontario, le programme Wellington and Grey Bruce Rural Prevention Outreach Program [P63] s'efforce de diminuer la stigmatisation et la discrimination subies par les Autochtones vivant en milieu rural, par les membres de la collectivité gaie, lesbienne, bisexuelle et transgenre, par le milieu de la santé mentale et par les PVVIH. Ce programme travaille également à accroître les connaissances, les compétences et les capacités des médecins en milieu rural qui soignent et traitent les PVVIH, et offre des renseignements au sujet des traitements disponibles dans les collectivités rurales. Jusqu'à son abandon, l'organisme Voices of Positive Women [P109] apportait son soutien à un projet qui a créé une liste de renvoi à l'intention des collectivités rurales et urbaines. Enfin, le Conseil des Premières nations du Yukon comprend un mandat visant à faciliter l'accès aux services de diagnostic, de soins et de traitements et à créer des possibilités de soutien social à l'intention des personnes infectées par le VIH et par d'autres maladies et conditions connexes et d'offrir des services de sensibilisation du public au VIH/sida dans les régions rurales isolées du Nord [P155].

6.5.2 POPULATIONS AU SEIN DE LA POPULATION VIVANT AVEC LE VIH/SIDA

Bien que tous les projets subventionnés répondent aux besoins des PVVIH, certains organismes dirigent des projets qui répondent aux besoins d'une population précise. Le mandat de tous les projets mentionnés ci-dessous comprend le soutien aux PVVIH.

a) Hommes gais, bisexuels, bispirituels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

Cinq projets bien définis répondent aux besoins des hommes gais et des HARSAH vivant avec le VIH. L'association AIDS Calgary Awareness Association dirige un projet d'approche communautaire pour les HARSAH [P39]. En Ontario, trois des projets subventionnés offrent un soutien aux hommes gais et aux HARSAH. Le programme Wellington and Grey Bruce Rural Prevention-Outreach Program s'efforce de réduire la stigmatisation et la discrimination subies par les hommes gais et les HARSAH [P63], ainsi que par d'autres populations. La fondation Toronto People with AIDS exécute un projet appelé PHA Engagement in POZ Prevention for Gay Men, dont le mandat consiste à offrir des services de prévention positive parmi les HARSAH [R107]. L'Ontario a également un groupe de travail, le Groupe de travail pour hommes gais, bisexuels, et HARSAH francophones, qui offre un soutien à l'élaboration de stratégies visant à améliorer les services aux francophones vivant avec le VIH [P88]. Au Québec, le Mouvement d'information, d'éducation et d'entraide dans la lutte contre le sida (LE M.I.E.N.S.) dirige un projet visant à servir les HARSAH [P127].

b) Utilisateurs de drogues injectables

Cinq organismes indiquent clairement qu'ils servent la population des utilisateurs de drogues injectables. La société Vancouver Native Health Society offre des programmes aux utilisateurs de drogues injectables, bien qu'ils ne soient pas destinés exclusivement à ces personnes [P33]. À Calgary, l'association AIDS Calgary Awareness Association définit des programmes d'approche à l'intention des utilisateurs de drogues injectables [P39], tout comme la société HIV North Society [P43]. L'organisme AIDS St.John dessert la population des utilisateurs de drogues injectables, ainsi que d'autres populations [P138].

c) Autochtones

Comme nous l'avons vu plus haut, un projet national répond aux besoins des Autochtones [P1], le Réseau canadien autochtone du sida. En Colombie-Britannique, le réseau Positive Women's Network offre des programmes qui respectent les réalités culturelles aux femmes autochtones qui doivent surmonter de multiples obstacles [P28]. La société Vancouver Native Health Society répond aux besoins particuliers des Autochtones, offrant des services médicaux, des services de counseling et des services sociaux [P33]. En Alberta, l'association AIDS Calgary Awareness Association définit des programmes d'approche à l'intention des Autochtones [P39]. En Saskatchewan, le réseau All Nations Hope AIDS Network s'efforce d'échanger des connaissances et des ressources afin de soutenir les Autochtones vivant avec le VIH/sida [P51]. Le centre Nine Circles Community Health Centre du Manitoba offre des programmes respectant les réalités culturelles aux jeunes autochtones [P58]. En Ontario, le projet Wellington and Grey Bruce Rural Prevention-Outreach s'efforce de diminuer l'isolement des Autochtones vivant avec le VIH/sida [P63]. En outre, le réseau Ontario AIDS Network offre des programmes destinés tout particulièrement aux jeunes autochtones [P96], et l'organisme Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy [P93] fournit des services d'approche hors de la réserve. Two-Spirited People of the First Nations [P108] offre un soutien aux personnes bispirituelles vivant avec le VIH/sida. Au Québec, la Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador a établi un projet de cercle de partage pour les Autochtones vivant avec le VIH/sida [P122]. La région de l'Atlantique ne comprend aucun projet qui offre des services spécialement destinés aux Autochtones vivant avec le VIH/sida.

d) Personnes originaires de pays où le VIH est endémique

Comme nous l'avons vu plus haut, un projet national répond aux besoins des organismes de services liés au sida qui soutiennent les personnes originaires de pays où le VIH est endémique [P8]; ce projet est géré par la Coalition interagence sida et développement. En Colombie-Britannique, la société Vancouver Native Health Society, étant située au centre-est de la ville, dessert également les immigrants, ainsi que les Autochtones [P33]. Le centre Sexuality Education Resource Centre du Manitoba offre des programmes destinés aux personnes originaires de pays où le VIH est endémique. Il met l'accent sur l'amélioration de

l'accès aux services pour les nouveaux immigrants à Winnipeg [P59]. En Ontario, le comité AIDS Committee of Cambridge, Kitchener, Waterloo & Surrounding Area offre des programmes aux interprètes, ce qui améliore la communication avec les personnes originaires de pays où le VIH est endémique [P60]. Le comité AIDS Committee of Toronto dirige deux projets destinés aux collectivités ethnoculturelles, notamment la collectivité lusophone [P70, P71]. L'Alliance for South Asian AIDS Prevention exécute un projet destiné aux personnes de l'Asie du Sud vivant avec le VIH/sida qui vise à éliminer les obstacles à l'accès aux services [P77]. Le Conseil africain et caraïbe sur le VIH en Ontario dirige des programmes visant à réduire l'isolement social et la discrimination subis par les personnes originaires de pays où le VIH est endémique [P76]. L'organisme Black Coalition for AIDS Prevention exécute également des projets, notamment des gestions de cas, à l'intention des PVVIH [P80]. Enfin, le centre Women's Health in Women's Hands Community Health Centre en Ontario finance un projet visant à soutenir la négociation de la divulgation [P111]. Au Québec, le Centre d'action sida Montréal offre des services aux femmes de diverses cultures et finance un projet qui apporte un soutien aux réfugiés vivant avec le VIH/sida [P117, P118].

e) Femmes

En Colombie-Britannique, le réseau Positive Women's Network dirige un programme de soutien à l'intention des femmes séropositives, dont le mandat consiste à fournir des programmes et des ressources efficaces aux femmes, à leurs familles et aux prestataires de services, notamment des services qui respectent les réalités culturelles des femmes autochtones [P28]. Les services de l'association AIDS Calgary Awareness Association de l'Alberta offrent un soutien aux femmes impliquées dans le commerce du sexe et aux jeunes [P39]. Les services Kali Shiva AIDS Services, au Manitoba, offrent un programme intitulé Positive Women's Program qui offre un soutien et des services non médicaux aux femmes vivant avec le VIH/sida et à leurs enfants [P56]. Le projet Voices of Positive Women s'efforce de réduire l'isolement, d'augmenter l'estime de soi et d'améliorer la qualité de vie des femmes vivant avec le VIH/sida [P109]. Le projet Negotiating Disclosure du centre Women's Health in Women's Hands Community Health Centre offre un modèle de divulgation de l'état sérologique à l'égard du VIH pour les femmes africaines et caribéennes [P111]. Également en Ontario, le groupe Women's HIV/AIDS Working Group soutient les activités de recherche sur les femmes vivant avec le VIH [P113]. Au Québec, le Centre d'action sida Montréal (femmes) offre des services aux femmes séropositives provenant de divers milieux multiculturels [P117]. *Par elles, pour elles, pour la vie* répond aux besoins des femmes vivant avec le VIH/sida et crée un réseau de solidarité et de soutien [P125].

f) Jeunes

En Colombie-Britannique, la société Vancouver Native Health Society offre également des programmes aux jeunes du quartier centre-est de Vancouver [P33]. YouthCo AIDS Services offre des services de soutien aux jeunes vivant avec le VIH/sida [P35]. En Alberta, l'association AIDS Calgary Awareness Association exécute des programmes destinés aux jeunes, l'une des populations cibles auxquelles l'association offre des services de soutien [P39]. Au Manitoba, le centre Nine Circles Community Health Centre finance un programme de lutte destiné aux jeunes [P58]. En Ontario, l'organisme AIDS Committee of Toronto dirige un projet appelé Positive Youth Outreach afin d'améliorer l'accès aux services pour les jeunes vivant avec le VIH/sida [P69]; YOUTHlink Inner City [P112] offre un soutien en matière de traitement aux jeunes de Toronto. Le projet Aboriginal Youth Peer Prevention Project finance des programmes visant à améliorer sa capacité à servir les jeunes autochtones [P96]. L'organisme Planned Parenthood of Toronto finance un projet visant à élaborer des stratégies exécutées par des jeunes qui soutiennent un plan de prévention commun du VIH, du VHC et des infections transmissibles sexuellement, axé sur l'enrichissement des connaissances des jeunes vivant avec le VIH/sida à l'égard de leur santé sexuelle [P100].

g) Enfants et familles

Trois des projets subventionnés répondent spécialement aux besoins des enfants. Au Manitoba, l'organisme Kali Shiva AIDS Services offre un réseau de soutien aux femmes vivant avec le VIH et à leurs enfants [P56]. En Ontario, The Teresa Group finance deux projets qui apportent un soutien aux enfants [P104, P105]. Le programme Infant Formula Program vise à réduire le risque de transmission du VIH par le lait maternel en offrant gratuitement des préparations pour nourrissons pendant un an aux nouvelles mamans séropositives en Ontario. Un autre programme offre une formation aux bénévoles afin d'augmenter leurs connaissances et de les sensibiliser au sujet des questions liées aux VIH concernant les enfants et les familles touchés par la maladie.

Dix projets offrent un soutien particulier aux familles touchées par le VIH. En Colombie-Britannique, la société AIDS Society of Kamloops [P12] offre des services de counseling individuel aux familles touchées par le VIH. L'organisme McLaren Housing Society of British Columbia [P22] offre des logements sécuritaires et abordables aux familles vivant avec le VIH/sida ayant besoin d'un soutien financier, mais pouvant vivre de façon autonome. Le réseau Positive Women's Network [P28] offre des programmes respectant les réalités culturelles aux femmes et à leurs familles. En Alberta, le réseau Central Alberta AIDS Network (CAANS) [P41] s'efforce de réduire les conséquences négatives de la consommation de drogues et du commerce du sexe sur les particuliers, les familles et les collectivités, grâce à une démarche de réduction des méfaits. En Ontario, l'organisme AIDS Thunder Bay [P75] travaille à augmenter les contacts sociaux des PVVIH et de leurs partenaires ou familles. À Ottawa, l'organisme Bruce House fournit des logements et des appartements à loyer indexé sur le revenu aux PVVIH, ainsi qu'un soutien, tels que des services de counseling, d'encadrement et de soutien familial [P81]. The Teresa Group fournit également un soutien aux familles des PVVIH. Au Nouveau-Brunswick, l'organisme AIDS St. John sert les PVVIH et leurs familles.

h) Personnes incarcérées

En Colombie-Britannique, Prisoner POSITIVE travaille avec les personnes incarcérées grâce à des activités d'approche [P17]. Le mandat de l'association AIDS Calgary Awareness Association comprend des programmes destinés aux personnes incarcérées [P39]. En Ontario, le réseau Peel HIV/AIDS Network comprend des projets de promotion de la santé en faveur des personnes incarcérées [P98] et le réseau Prisoners with HIV/AIDS Support Action Network (PASAN) travaille à fournir des services de soutien, d'approche et d'éducation aux personnes incarcérées vivant avec le VIH/sida [P101]. Au Québec, le projet Sentinelle Bleue [P116] s'efforce de consolider tous les renseignements concernant les programmes disponibles à l'intention des personnes incarcérées qui vont être remis en liberté, afin de faciliter leur accès aux programmes. La *Commission de la santé et des services sociaux des premières nations du Québec et du Labrador* dirige un projet de cercle de partage à l'intention des Autochtones incarcérés vivant avec le VIH/sida [P122]. Au Nouveau-Brunswick, la société John Howard Society [P135] exécute des programmes liés au VIH/sida qui mettent les jeunes en relation avec les services appropriés. La société a plusieurs succursales au Canada, chaque région offrant des programmes spécialisés.

6.6 RÉFÉRENCE

(1) Gouvernement du Canada. Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada : renforcer l'intervention fédérale dans la réponse du Canada au VIH/sida. 2004.

CHAPITRE 7 – CONCLUSION

Au moyen du présent rapport, l'Agence de santé publique du Canada tente pour la première fois de regrouper des données probantes de diverses sources dans un seul document afin de mieux comprendre les vies des personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH) au Canada. Il est espéré que les données présentées dans ce rapport permettront de guider les gouvernements, les organisations non gouvernementales, les responsables de la santé publique, les chercheurs, les communautés et autres intervenants dans l'élaboration de politiques et de programmes destinés aux PVVIH au Canada.

Les données de surveillance présentées dans ce rapport indiquent que le fardeau du VIH au Canada évolue. Au début de l'épidémie du VIH, la plupart des PVVIH au Canada étaient des hommes gais. Aujourd'hui, les voies de transmission de la maladie sont variées. En 2011, on estimait que 46,6 % des nouvelles infections étaient constatées parmi la population d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH); mais la transmission par l'entremise de relations hétérosexuelles et l'usage de drogues injectables représente aussi une importante proportion des nouvelles infections, soit 37,2 % et 13,7 % respectivement. Au Canada, les Autochtones et les personnes originaires de pays où le VIH est endémique sont affectés par le VIH de manière disproportionnée. (1)

Au cours de la rédaction du présent rapport, la diversité des PVVIH est le thème clé qui s'est principalement détaché – les expériences vécues avant l'infection d'un jeune gai, d'une personne sans-abri utilisant des drogues injectables et d'une femme réfugiée d'Afrique de l'Ouest sont radicalement différentes. Ces différentes expériences et chemins de vie continuent après l'infection. La majorité des études portant sur les PVVIH sont axées sur l'une des sous-populations affectées; il est donc parfois difficile de comparer les études et les résultats d'une population avec ceux d'une autre.

Malgré cette diversité, la plupart des PVVIH viennent de populations marginalisées. La santé et la qualité de vie des PVVIH sont influencées par plusieurs déterminants de la santé, notamment les expériences de la petite enfance, la pauvreté, les environnements sociaux et physiques, la culture, le genre et le soutien social. Ces nombreux déterminants contribuent à la vulnérabilité à l'infection au VIH et continuent de nuire à la santé et à la qualité de vie une fois que les personnes sont infectées.

La stigmatisation et la discrimination sont des expériences partagées par la plupart des PVVIH; elles influencent la vie des personnes, de leurs relations intimes, familiales et amicales à leurs relations avec la communauté, dans le milieu de travail et dans la société d'une manière générale. Pour nombre d'entre elles, cette stigmatisation est composée d'autres formes de discrimination ciblant le groupe auquel elles s'identifient – c'est-à-dire le racisme, le sexisme et l'homophobie.

Grâce aux progrès réalisés par rapport au traitement, les personnes séropositives vivent plus longtemps et avec moins de contraintes. Elles deviennent parents et les enfants et adolescents grandissent avec le VIH. À l'autre bout du continuum, les PVVIH vivent suffisamment longtemps pour faire face aux difficultés du vieillissement. Malgré ce progrès en termes de traitement, le VIH reste un fardeau considérable pour la santé. Les PVVIH présentent des taux plus élevés de maladies autres que celles définissant le sida; et certaines d'entre elles doivent gérer des co-infections et comorbidités complexes. Pour certaines PVVIH, le VIH est une invalidité épisodique, c'est-à-dire que des périodes de bonne santé peuvent être interrompues par des périodes imprévisibles de mauvaise santé et d'invalidité. Nombre de personnes meurent du fait de complications liées au sida, certaines n'ayant jamais eu accès à un traitement. Bien que le traitement soit largement disponible à travers le Canada, l'accès au traitement et l'observance du traitement restent des problèmes considérables, notamment pour certaines populations marginalisées.

La participation communautaire reste un élément clé, à la fois en termes de prévention, de soin, de traitement et de soutien aux PVVIH. La participation communautaire et les réseaux de soutien social aident à développer des qualités d'adaptation positives, apportent des informations nécessaires et du soutien affectif aux PVVIH et constituent des sources clés pour renforcer la résilience.

La lutte du gouvernement du Canada contre le VIH/sida implique de nombreux organismes et communautés dans lesquels les personnes vulnérables et vivant avec le VIH/sida sont considérablement engagées. Le présent rapport identifie les nombreux réseaux, stratégies et organismes, à la fois nationaux, provinciaux et territoriaux, à travers le Canada, et plus de 150 projets communautaires traitant spécifiquement les besoins des PVVIH. Des chercheurs à travers le pays sont également actifs sur de nombreux projets traitant des difficultés affectant les PVVIH, du traitement aux déterminants de la santé.

Des partenariats ont été mis en place à tous les niveaux – entre les prestataires de services et les PVVIH, les organismes communautaires, les organismes non gouvernementaux nationaux, les gouvernements à tous les niveaux, les chercheurs et les fournisseurs de soins de santé. Il est largement reconnu que les PVVIH doivent participer au développement et à la mise en place des politiques, programmes et recherches qui les concernent, de manière à ce que ces approches soient efficaces et traitent les réalités auxquelles font face les PVVIH.

Le présent rapport reconnaît le rôle capital que jouent les PVVIH en termes de leadership, recherche, politiques et programmes, prévention et soutien dans la prise en charge du VIH/sida. Tous les intervenants, avec la participation centrale des PVVIH, doivent continuer d'avancer en se basant sur les réussites passées pour empêcher de nouvelles infections et pour améliorer la qualité de vie des PVVIH.

7.1 RÉFÉRENCE

(1) Agence de la santé publique du Canada. Résumé : Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2011. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2012.

ANNEXE A

1) TERMES DE RECHERCHE

Prière de noter que les mots suivis d'un astérisque sont des termes de recherche qui peuvent avoir plusieurs terminaisons.

Accès aux soins/obstacles
Observance
Effets indésirables
Vieillissement
Obstacles
Co-infection
Comorbidités
Dépression
Divulgation
Discrimination
Invalidité
Invalidité épisodique
Famille
Disparités en matière de santé
Services de santé
Habitation
Vivre avec le VIH
Santé mentale
Personnes vivant avec le VIH
Personnes vivant avec le VIH/sida
Soins palliatifs
Rôle parental
Habitudes de vie
Effets secondaires
Réseaux sociaux
Soutien social
Stigmatisation
Résistance
Toxicité*
Traitement

2) BASES DE DONNÉES CONSULTÉES

- CINAHL 2002-2009
- Current Contents 2002-2009
- Global Health 2002-2009
- PsycINFO 2002-2009
- Social Policy and Practice 2002-2009
- MEDLINE 2002-2009
- Scopus 2002-2008
- Social Services Abstracts 2002-2009
- Sociological Abstracts 2002-2009

ANNEXE B

PROJETS DE RECHERCHE PORTANT SUR LES PVVIH

PROJET R1 :

Titre : *1er symposium annuel sur le VIH, le droit et les droits de la personne : « Des données et principes aux politiques et pratiques »*

Chercheur principal : Richard Elliot

Résumé : Le Réseau juridique canadien VIH/sida propose d'organiser un symposium pédagogique sur le VIH/sida, le droit et les droits de la personne qui sera ouvert à divers publics. Ce symposium a pour but de stimuler de nouvelles possibilités d'apprentissage et d'échange de connaissances entre les chercheurs, les responsables des politiques, les fournisseurs de services, les PVVIH, les professionnels du droit, les organismes de services liés au sida et les organisations communautaires. Le symposium débutera le vendredi 12 juin 2009 au soir par un discours principal du juge Edwin Cameron, juge à la Cour constitutionnelle d'Afrique du Sud et défenseur des droits de la personne de renommée internationale vivant ouvertement avec le VIH. Au cours de la journée suivante, quatre discussions en groupe et trois ateliers de renforcement des compétences réuniront des avocats, des juges, des chercheurs en santé, des organismes de services liés au sida et des organisations communautaires, ainsi que des PVVIH, pour discuter et débattre, de différents points de vue, des principaux développements juridiques relatifs au VIH et aux recherches pertinentes et de leurs implications pour les politiques et les pratiques dans quatre domaines différents : l'accès mondial aux médicaments de traitement du sida et le Régime canadien d'accès aux médicaments; l'évolution des politiques sur les drogues et leurs répercussions sur la prévention du VIH et les soins aux personnes qui consomment des drogues; les droits des personnes incarcérées à l'information et aux services de prévention et de soin du VIH; la criminalisation de la transmission ou de l'exposition au VIH. Toutes ces questions sont des points sur lesquels il est nécessaire d'améliorer l'échange entre les chercheurs, les avocats et les responsables des politiques afin de proposer des politiques fondées sur des données probantes et respectueuses des droits de la personne.

Dates : De mai 2009 à avril 2010

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention pour réunions, planification et dissémination : Application des connaissances

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R2 :

Titre : *2e symposium annuel sur le VIH, le droit et les droits de la personne : « Des données et principes aux politiques et pratiques »*

Chercheur principal : Richard Elliot

Résumé : Le symposium débutera le jeudi 10 juin 2010 par un atelier de renforcement des compétences d'une journée sur la formation en média axée sur le problème de la criminalisation de la transmission du VIH et de l'exposition au VIH. Le lendemain, le vendredi 11 juin, le programme du symposium sera constitué de trois présentations plénières qui rassembleront des avocats, des juges, des chercheurs en santé, des étudiants, des organismes de services liés au sida et des organisations communautaires, ainsi que des PVVIH, pour discuter et débattre, de différents points de vue, des principaux développements juridiques relatifs au VIH et aux recherches pertinentes. Les sujets possibles actuellement à l'étude comprennent notamment : la criminalisation et la non-divulgation du VIH; les restrictions concernant les voyages et les politiques d'immigration relatives au VIH; les droits au logement et la vulnérabilité liée au VIH; les droits des femmes : une évaluation comparative internationale des problèmes juridiques; et l'évolution des lois canadiennes sur la prostitution. La journée s'achèvera le soir par une conférence, ouverte au public, présentée par un orateur principal renommé qui s'adressera au public sur une question relative aux droits juridiques ou de la personne en lien avec le VIH. Nous sommes actuellement en train de prendre contact avec des conférenciers possibles, notamment Dr Michael Kazatchkine (directeur exécutif du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme), Dre Mary Robinson (ancienne présidente de l'Irlande et ancienne Haut Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme), Dre Louise Arbour (ancienne Juge de la Cour suprême du Canada et ancienne Haut Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme), et Rosalie Abella (Juge de la Cour suprême du Canada). À l'occasion de la soirée seront également annoncés les récipiendaires canadiens et internationaux des Prix 2010 de l'Action contre le VIH/sida et pour les droits humains, décernés conjointement par le Réseau juridique canadien VIH/sida et Human Rights Watch. La soirée se terminera par une réception. La matinée du samedi 12 juin 2010 viendra clore le symposium. Elle comprendra une dernière séance en groupe, suivie de l'assemblée générale annuelle 2010 du Réseau juridique et d'un discours de clôture prononcé par un orateur principal.

Dates : De janvier 2010 à décembre 2010

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention pour réunions, planification et dissémination : Application des connaissances

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R3 :

Titre : *A collaborative approach to understanding and improving Aboriginal people's access to HIV services in Northern BC*

Chercheuse principale : Dre Lesley Cerny

Résumé : Les chercheurs attribuent l'épidémie chez les Autochtones à l'héritage du colonialisme et à leur passé marqué par la marginalisation sociale. Une récente étude a révélé que les femmes autochtones se sentent diminuées quand elles vont voir des fournisseurs de services de santé, ce qui les décourage d'accéder à des services de santé. Si le colonialisme continue de façonner les relations entre les fournisseurs de soins de santé et les patients autochtones, nous savons peu de choses sur la façon dont cet héritage influe sur la prestation des services de lutte contre le VIH. Plus précisément, comment sont ressentis et négociés les rapports de pouvoir dans les relations patient-fournisseur? Comment les Autochtones vivant avec le VIH/sida et les fournisseurs de soins de santé vivent-ils la prestation de ces services, et comment la compréhension du vécu des Autochtones contribue-t-elle à améliorer les politiques et les pratiques de lutte contre le VIH? Cette étude utilise des méthodologies ethnographiques d'observation des participants, d'entrevues et de groupes de discussion afin d'examiner ces questions dans le cadre des relations entre les fournisseurs de services de santé et les Autochtones vivant avec le VIH/sida. Les relations entre les patients et les fournisseurs seront observées pendant la prestation des services de soins de santé relatifs au VIH. Les parties seront aussi interviewées séparément en mettant l'accent sur la perception des femmes autochtones, des jeunes et des utilisateurs de drogues injectables. Les participants seront invités à discuter des facteurs perçus comme des obstacles à l'accès aux services de soins liés au VIH afin d'améliorer la compréhension mutuelle des patients et des fournisseurs de soins de santé. L'élaboration d'une méthodologie axée sur la collaboration permettra de compléter les approches conventionnelles par une démarche de recherche participative dans le cadre de laquelle les parties se livreront à des activités d'analyse de données et d'échange de connaissances. S'appuyant sur les expériences vécues des personnes les plus vulnérables au VIH, et de celles qui fournissent des services de santé liés au VIH, cette recherche permettra de trouver de nouvelles stratégies novatrices pour améliorer les politiques et les pratiques relatives au VIH, et l'accès aux services de prévention, de traitement et de soutien liés au VIH.

Dates : De septembre 2007 à août 2012

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données de l'Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R4 :

Titre : *A feasibility study of chemotherapy and mandatory combination antiretroviral therapy (cART) for management of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)-related lymphoma*

Chercheurs principaux : Dre Kathleen I. Pritchard et Dr Matthew C. Cheung

Chercheurs associés : Dr Kevin R. Imrie, Dre Mona R. Loutfy et Dr Elizabeth J. Phillips

Résumé : Les personnes qui vivent avec une infection au virus de l'immunodéficience humaine présentent un risque accru de développer certains cancers, notamment le lymphome, un cancer du système immunitaire. Le traitement de cette complication du VIH comprend généralement plusieurs médicaments anticancéreux, appelés chimiothérapie; toutefois, la combinaison idéale de médicaments chimiothérapeutiques est inconnue. De plus, bien que les médicaments qui combattent le VIH lui-même (antirétroviraux) soient, à terme, administrés à tous les patients, on ne sait pas clairement si ces traitements devraient être administrés en même temps que la chimiothérapie ou immédiatement après le traitement anticancéreux. Certains experts prônent la non-administration des médicaments anti-VIH compte tenu de préoccupations quant à la capacité des patients à prendre régulièrement ces traitements tout en subissant les effets secondaires de la chimiothérapie. D'autres experts soutiennent que le lymphome et le VIH peuvent être contrôlés plus efficacement si le traitement antiviral est administré en même temps que la chimiothérapie. Cette étude vise à répondre à la controverse de savoir si les patients sont capables ou non de prendre régulièrement leurs médicaments antiviraux pendant la chimiothérapie. Les patients recevront une combinaison particulière de chimiothérapie (EPOCH-R) et un traitement antirétroviral obligatoire afin d'évaluer la faisabilité de la co-administration de ces médicaments, mesurée par la capacité d'un patient à prendre toutes les doses prescrites. Le bienfait global de la stratégie de traitement sera représenté par la réponse du lymphome au traitement. Enfin, les concentrations chimiothérapeutiques dans le sang seront mesurées afin de déterminer si la combinaison des classes de médicament influence la façon dont l'organisme gère ces traitements. Si les antiviraux peuvent être administrés sans danger pendant la chimiothérapie, cette étude redéfinira la pratique pour les médecins qui n'administrent pas ces traitements à l'heure actuelle en raison de préoccupations quant à la non-observance du traitement. Cette étude fournira également des renseignements importants sur les interactions entre les classes de médicaments pour les agents chimiothérapeutiques et les antirétroviraux actuellement utilisés. L'objectif, à terme, est de définir la meilleure combinaison de traitements pour les patients présentant une infection au VIH et un lymphome.

Dates : D'avril 2006 à mars 2010

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R5 :

Titre : *A gathering of support: Developing an Aboriginal grassroots research network on HIV/AIDS*

Chercheuses principales : Margaret L. Akan et Carrie A. Bourassa

Chercheurs associés : Roxanne Boekelder, Mary R. Hampton, Ron S. Horsefall, Randy Jackson et Kim McKay-McNabb

Résumé : Le réseau All Nations Hope AIDS Network est le seul organisme de services liés au sida autochtone en Saskatchewan, alors que cette province compte l'une des plus importantes populations autochtones en milieu urbain au Canada. Les taux de VIH/sida relevés au sein de cette population urbaine autochtone sont importants : 48,9 % des personnes chez lesquelles on a diagnostiqué une infection au VIH en 2004-2005 étaient d'ascendance autochtone (ministère de la Santé de la Saskatchewan, 2005). Des études ont été menées pour mesurer la taille de cette population et en cerner les caractéristiques démographiques, mais aucune recherche exhaustive à long terme n'a encore été entreprise. De plus, les données dont nous disposons ne fournissent pas d'indications en ce qui a trait aux programmes et aux efforts de sensibilisation, n'abordent pas les liens entre la consommation de drogue et d'alcool et le VIH/sida, et ne servent donc à l'appui d'aucune hypothèse en ce sens. Compte tenu de l'incidence et de la prévalence de la consommation de drogue et d'alcool dans cette province, un réseau non officiel s'est formé afin de parvenir à unir les efforts de chacun pour réagir aux problèmes locaux. Ce réseau souhaite suivre une approche de recherche communautaire pour examiner de plus près les expériences des Autochtones à l'égard de la consommation de drogue et d'alcool ainsi que du VIH/sida en Saskatchewan. Des membres d'établissements universitaires, des fournisseurs de services de santé, des représentants des organismes de services liés au sida et des Autochtones vivant avec le VIH/sida se réunissent déjà. Il paraît pertinent de les rassembler à l'intérieur d'un réseau plus officiel, après en avoir évalué la faisabilité, et de commencer à établir des orientations et une approche de recherche pour sonder et cerner de meilleurs moyens de s'attaquer à ces problèmes. Cependant, à l'heure actuelle, aucun engagement ou partenariat officiel n'a été conclu. Dans ce contexte, le but du présent projet de recherche est de faciliter la formation du partenariat officiel nécessaire à l'élaboration d'un projet de recherche communautaire, axé sur les besoins de la collectivité en lien avec les Autochtones, la consommation de drogue et d'alcool, et le VIH/sida.

Dates : D'avril 2008 à mars 2009

Programme de financement : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Volet autochtone – Subvention Catalyseur

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R6 :

Titre : *A qualitative investigation of the social, structural and environmental determinants of highly active antiretroviral therapy access, discontinuation and adherence among injection drug users*

Chercheuse principale : Andrea B. Krusi

Chercheur associé : Thomas H. Kerr

Résumé : Les progrès récents dans le traitement du VIH/sida ont donné lieu à une augmentation notable de l'espérance de vie et de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH. Malheureusement, les personnes ayant des antécédents de consommation de drogue n'ont pas autant bénéficié de ces progrès que les PVVIH. Des recherches antérieures ont permis de constater que moins d'utilisateurs de drogues séropositifs ont accès au traitement contre le VIH par rapport aux autres personnes séropositives. De plus, parmi les consommateurs de drogues qui commencent un traitement anti-VIH, la moitié ne va pas au bout du traitement et, parmi ceux qui continuent à le suivre, 60 % ne respectent pas les prescriptions de leur médecin. Jusqu'à présent, les recherches sur les facteurs influençant l'accès au traitement anti-VIH et l'observance thérapeutique chez les personnes ayant des antécédents de consommation de drogue ont principalement mis l'accent sur les facteurs de risque qui sont liés au comportement d'une personne ou à son état psychologique. Les exemples de facteurs de risque nuisant au succès thérapeutique du traitement anti-VIH qui ont déjà été identifiés sont la consommation continue de drogue, la dépression et l'anxiété. À ce jour, une compréhension plus complète des facteurs plus généraux influant sur l'accès au traitement contre le VIH/sida et l'observance thérapeutique chez les utilisateurs de drogues, tels que la stigmatisation et la discrimination, la stabilité du logement et la manière dont les services de soins de santé sont organisés, fait encore cruellement défaut. Afin de mieux comprendre ces influences sociales et structurelles plus larges sur le traitement du VIH chez les utilisateurs de drogues, nous analyserons de façon systématique les points de vue des utilisateurs de drogues séropositifs et des fournisseurs de services sur les difficultés liées à l'accès au traitement du VIH et à l'observance thérapeutique. L'objectif final est que les conclusions de l'étude proposée contribuent à la mise en œuvre de politiques et de programmes favorisant l'accès des utilisateurs de drogues au traitement anti-VIH et aux soins.

Dates : De septembre 2009 à août 2012

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse d'études supérieures du Canada Frederick Banting et Charles Best – Bourse au doctorat

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R7 :

Titre : *A Small-Group Intervention to Reduce HIV Sexual Transmission Risk Behaviour Among HIV-Positive Men Who Have Sex With Men*

Chercheurs principaux : Trevor A. Hart et Barry D. Adam

Chercheurs associés : Herbert Co, David E. Hoe, Robert C. Leahy, Mona R. Loutfy, Robert A. MacKay et Eleanor Maticka-Tyndale

Résumé : Le principal objectif de ce projet consiste à élaborer et à mettre en œuvre un programme de prévention du VIH s'adressant aux hommes gais et bisexuels séropositifs dans le cadre d'une recherche communautaire sur la santé sexuelle, puis d'en fournir l'évaluation. La collaboration entre le groupe de travail de prévention Poz et les chercheurs survient à un moment où le taux du VIH a commencé à grimper parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) et où celui des relations sexuelles non protégées augmente parmi les hommes séropositifs. Dans le cadre du projet, nous nous appuierons sur des programmes de prévention du VIH fondés sur des éléments probants publiés dans des comptes rendus de recherche, sur des consultations auprès des principaux praticiens et des chargés de développement de programmes de prévention s'adressant à des hommes séropositifs partout en Amérique du Nord, et nous prendrons contact avec des hommes de la communauté afin de trouver le genre de programme qu'ils considéreraient stimulant et efficace. Une série d'ateliers à petite échelle sera organisée pour quatre groupes d'une douzaine d'hommes ayant une expérience récente de relations sexuelles non protégées. Les participants seront par la suite suivis pour déterminer dans quelle mesure la démarche aura eu une incidence durable sur le comportement à risque. Les conclusions de cette étude fourniront la base d'une intervention ultérieure efficace, fondée sur des données probantes, à plus grande échelle.

Dates : D'avril 2009 à mars 2011

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Volet général – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R8 :

Titre : *A Smoking Cessation Program for PHAs: Pharmacologic, Immunologic,*

Cardiovascular and Socio-Behavioural Outcomes

Chercheurs principaux : Paul MacPherson et Louise Balfour

Chercheurs associés : Gary Garber, William Cameron, Jonathan Angel, Craig Lee, Curtis Cooper, Giorgio Tasca, Charles LaPorte, Kimberley Corace, Daniella Sandre, Andrew Pike et Robert Reid

Résumé : Les nouveaux traitements contre le VIH ont suscité à la fois de nouveaux espoirs et de nouvelles difficultés pour les personnes vivant avec le VIH. Les maladies cardiovasculaires ont désormais supplanté le sida comme principale cause de morbidité et de mortalité dans cette population. Même après avoir vérifié les antécédents de maladie préexistante, le tabagisme reste le facteur prédictif de maladie cardiovasculaire le plus important chez ces personnes. Ces résultats sont très préoccupants, car une proportion alarmante des personnes vivant avec le VIH (40 % à 70 %) fume des cigarettes, soit une proportion trois fois plus élevée que dans l'ensemble de la population canadienne (19 %). Malgré ces taux de tabagisme très élevés, il est rare que des programmes d'abandon du tabac soient offerts dans les soins cliniques de routine contre le VIH. Notre objectif consiste à élaborer, mettre en œuvre et évaluer le premier programme « Abandon du tabac et VIH », spécifiquement conçu pour répondre aux besoins uniques des personnes vivant avec le VIH. L'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa a mis au point un programme d'abandon du tabac largement reconnu en tant que norme d'excellence nationale (« modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac »; Reid, Pipe *et al.*, 2003). Notre programme Abandon du tabac et VIH s'appuie sur le succès du modèle d'Ottawa en l'adaptant aux besoins uniques des personnes vivant avec le VIH. En particulier, la dépression, qui survient chez 40 % à 60 % des personnes vivant avec le VIH, doit être prise en charge afin d'optimiser les efforts de lutte contre le tabagisme chez les personnes vivant avec le VIH. En outre, des points clés, tels que les changements dans le fonctionnement du système immunitaire et les effets secondaires des médicaments antirétroviraux, doivent également être évalués et surveillés chez les personnes vivant avec le VIH qui arrêtent de fumer. Le programme Abandon du tabac et VIH combine les stratégies d'abandon du tabac du modèle d'Ottawa

(thérapies de remplacement de la nicotine et stratégies comportementales pour la gestion des états de manque de nicotine) avec le traitement de la dépression, la surveillance du système immunitaire et l'évaluation des effets secondaires des antirétroviraux. La synergie entre les experts en abandon du tabac de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa et les spécialistes du comportement et des maladies infectieuses de la Clinique d'immunodéficience de l'Hôpital d'Ottawa fournit l'expertise combinée nécessaire pour garantir le succès de l'élaboration et de la mise en œuvre de ce programme Abandon du tabac et VIH, très nécessaire et novateur. Un manuel de traitement normalisé, décrivant le processus de mise en application du programme Abandon du tabac et VIH, est en cours d'élaboration en anglais et en français. L'objectif est de diffuser ce manuel aux cliniques du VIH pour patients externes et aux établissements de soins primaires dans tout le Canada, afin que le programme Abandon du tabac et VIH fasse partie du traitement de référence pour les personnes séropositives.

Dates : 2009 – 2010

Programme de financement : Fondation canadienne de recherche sur le sida – Bourses de recherche – Cycle 22 (2009-2010)

Source : Base de données de la Fondation canadienne de recherche sur le sida

PROJET R9 :

Titre : *A Study of an HPV VLP Vaccine in a Cohort of HIV-Positive Girls and Women*

Chercheuse principale : Deborah M. Money

Chercheurs associés : Sean A. Bitnun, Hélène Coté, François Coutlée, Simon R. Dobson, John C. Forbes, Marina B. Klein, Tobias R. Kollman, Mel Krajden, Mona R. Loutfy, Gina S. Ogilvie, Martin Petric, Neora Pick, Janet M. Raboud, Anita R. Rachlis, Fiona M. Smaill, Gavin C. Stuart, Julianne E. Van Schalkwyk, Sharon L. Walmsley et Wendy L. Wobeser

Résumé : En 2006, le premier vaccin contre le papillomavirus humain a été approuvé au Canada. Ce vaccin protège contre le papillomavirus qui est la cause connue du cancer du col de l'utérus et du condylome acuminé. Les femmes séropositives pour le VIH présentent des taux plus élevés d'infection par le papillomavirus, et le virus progresse plus vite chez elles vers le cancer du col de l'utérus. Même si le vaccin contre le papillomavirus a été bien étudié chez les jeunes femmes en bonne santé, on ne sait pas dans quelle mesure il sera efficace chez des filles ou des femmes présentant une infection au VIH. Cette étude évaluera la réponse au vaccin contre le papillomavirus chez des femmes séropositives pour le VIH provenant de tout le Canada et fournira des données importantes sur les réponses immunitaires, les effets secondaires et la protection à long terme contre le papillomavirus dans ce groupe de femmes. Ces données sont nécessaires pour guider la conception de programmes de vaccination appropriés au Canada pour ce groupe vulnérable. De plus, les renseignements de cette étude seront également précieux pour mettre en œuvre des programmes de vaccination contre le papillomavirus dans les pays en développement où l'infection au VIH est largement répandue. Bien que la plupart des cas de cancer du col de l'utérus au Canada soient évités grâce à la détection précoce par un test Pap, ce n'est pas le cas dans les pays en développement où l'accès au dépistage par test Pap est limité. Ce vaccin donne de grands espoirs de prévenir l'infection par le papillomavirus et ses conséquences graves au Canada et peut permettre de sauver des vies à beaucoup plus grande échelle dans les pays en développement où le cancer du col de l'utérus est l'une des principales causes de décès chez les femmes.

Dates : D'avril 2008 à mars 2013

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R10 :

Titre : *A systematic review of evidence linking sexual violence and HIV/AIDS*

Chercheuse principale : Beverley J. Shea

Chercheurs associés : Neil Andersson, Candyce Hamel, Ari Ho-Foster, Tara Horvath, Gail Kennedy, Jessie McGowan, Deb Milne, Steven P. Mitchell et George A. Wells

Résumé : Bien qu'on dispose d'un nombre grandissant de données probantes sur le VIH/sida, on sait très peu de choses sur la corrélation entre les interventions en faveur de la prévention de la violence sexuelle et le VIH/sida. Certaines personnes séropositives établissent un lien direct entre la violence dont elles ont fait l'objet et leur séropositivité. À ce jour, aucune étude systématique de qualité supérieure faisant la synthèse de ces connaissances n'a été publiée. Dans le cadre de notre projet, 1) nous ferons un examen systématique et une méta-analyse de toutes les études réalisées au sujet des interventions visant à prévenir la violence sexuelle et le VIH/sida; 2) nous traduirons les résultats et formulerons des recommandations quant à leur utilisation en intégrant les décideurs au processus d'examen; et 3) nous élaborerons du matériel fondé sur nos conclusions à l'intention des décideurs et des travailleurs de première ligne œuvrant pour la prévention du VIH/sida et de la violence sexuelle. Plan de recherche : nous avons déjà enregistré le titre de notre projet auprès du Cochrane Review Group on HIV/AIDS de la Cochrane Collaboration. Nous suivrons les méthodologies établies par ce groupe et celles publiées dans le *Cochrane Collaboration Handbook for Systematic Reviews of Interventions.* Nous soumettrons un protocole d'analyse définissant *a priori* la stratégie de recherche et les sources de données, les critères de sélection et les méthodologies d'analyse. Tout au long de la recherche, et ce, dès la formulation de la problématique de recherche, nous ferons appel à des décideurs de l'Agence de la santé publique du Canada et du Réseau canadien autochtone du sida qui : éclaireront notre recherche en nous donnant des conseils sur la pertinence des politiques, le contexte politique de l'analyse et les critères d'inclusion, et en classant par ordre de priorité les résultats pour analyse; nous aideront à interpréter les résultats en faisant ressortir les points forts et l'applicabilité des données probantes, en faisant valoir diverses considérations comme les coûts et les pratiques courantes, et en clarifiant tout compromis entre les avantages escomptés, les effets négatifs et le coût des interventions; et élaboreront et mettront en œuvre un plan d'application des connaissances en fin de subvention qui garantira l'accessibilité et l'utilité de nos conclusions.

Dates : D'octobre 2008 à septembre 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention sur la synthèse des connaissances

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R11 :

Titre : *Adherence to HAART in HIV populations: A meta analysis*

Chercheur principal : Dr Edward J. Mills

Chercheur associé : Dr Curtis L. Cooper

Résumé : Le traitement antirétroviral hautement actif a modifié de façon spectaculaire l'évolution de l'infection au VIH, en entraînant une baisse de la morbidité et de la mortalité liées au sida. Cependant, le traitement antirétroviral hautement actif a été décrit comme le traitement pharmacologique par voie orale le plus strict et le plus exigeant jamais offert. Dans le cadre de ce traitement, les patients sont souvent obligés de prendre beaucoup de comprimés plusieurs fois par jour, et les médicaments sont souvent pris à intervalles irréguliers conformément à un régime alimentaire strict. En outre, les effets secondaires sont fréquents et souvent graves. L'optimisme concernant le traitement antirétroviral hautement actif a été refroidi par la crainte que, comme la suppression du virus exige un niveau élevé d'observance thérapeutique, des souches pharmacorésistantes du VIH se développent et se transmettent lorsque l'observance est sous-optimale. Une évaluation précise de l'observance thérapeutique est donc essentielle pour évaluer l'efficacité clinique, les effets secondaires et les risques associés au traitement antirétroviral hautement actif. Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de norme de référence pour évaluer l'observance thérapeutique et, bien que plusieurs mesures soient utilisées, chacune ne mesure qu'un sous-ensemble de comportements d'observance. Nos travaux précédents comparant l'observance du traitement antirétroviral hautement actif en Afrique subsaharienne à un environnement relativement plus riche en Amérique du Nord ont montré que l'observance thérapeutique en Afrique subsaharienne était statistiquement supérieure à celle observée en Amérique du Nord, une conclusion qui venait contredire les croyances populaires et s'est avérée importante pour de nombreux organismes ayant pour mission de lutter contre le VIH. Nous proposons d'effectuer une série de méta-analyses examinant l'observance thérapeutique dans des populations particulières, notamment chez les hommes gais, chez les utilisateurs de drogues injectables par voie intraveineuse, dans les groupes autochtones dans les pays développés et dans les populations immigrantes. Cette analyse nécessitera des recherches systématiques approfondies et des techniques avancées de méta-analyse. Les résultats de cette méta-analyse seront communiqués aux responsables des politiques sur le VIH et auront des répercussions profondes sur l'administration et la prise en charge des antirétroviraux dans les pays en développement.

Dates : De février 2008 à janvier 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données de l'Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R12 :

Titre : *Adolescents infectés par transmission verticale : analyse de leur trajectoire développementale*

Chercheuse principale : Mylène Fernet

Résumé : Le portrait de l'épidémie pédiatrique a changé et se caractérise maintenant par l'émergence d'un nombre élevé de jeunes infectés par le VIH depuis la naissance; certains sont au seuil de l'adolescence et d'autres ont atteint l'âge de la majorité. Bien que de nombreuses études aient été réalisées auprès de la population adulte infectée par le VIH, très peu se sont intéressées à la réalité des pré-adolescents et des adolescents infectés à la naissance par transmission verticale (Battles et Wiener, 2002; Fielden, 2005; Mialky, Vagnoni et Rutsein, 2001). Au moment de l'adolescence, ces jeunes doivent faire face aux problèmes de divulgation de leur état séropositif (Fielden, 2005) et aux différents enjeux liés à la gestion du traitement ainsi qu'aux nombreux changements qui se produisent à la puberté (Fielden, 2005; Hoffman, Futterman et Myerson, 1999; Trocmé *et al.*, 2002). Résultats : Financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (2004-2006), une première étude a permis de recruter, dans la cohorte mère-enfant du Centre maternel et infantile sur le sida du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, 30 pré-adolescents et adolescents infectés depuis la naissance (taux de participation de plus de 88 %) et de dégager les principales sphères où le développement de l'enfant semble compromis. Objectifs : Cette demande de renouvellement vise à illustrer la trajectoire développementale des adolescents à l'intérieur des sphères suivantes : 1) la gestion de la santé et les modes d'appropriation des traitements (effets secondaires, respect du traitement, etc.); 2) les types de relations qu'ils établissent avec leur entourage, notamment en lien avec la divulgation de leur état séropositif; 3) le sentiment de solitude souvent associé à la lourdeur du secret difficile à partager; 4) les relations avec les autres et celles en matière de sexualité, ainsi que les enjeux préventifs avec lesquels ils doivent composer. Plan de recherche : Cette étude qualitative s'inscrit dans la perspective de l'interactionnisme symbolique (Blumer, 1969; Le Breton, 2004). Elle prévoit, 24 mois après la première série d'entrevues, une seconde collecte de données qualitatives auprès de ces mêmes 30 jeunes (15 filles et 15 garçons; âge moyen : 14,5 ans). Des entrevues individuelles à tendance non directive, d'une durée moyenne de deux heures, seront alors réalisées au Centre maternel et infantile sur le sida du Centre hospitalier universitaire Ste-Justine. Un canevas d'entrevue, inspiré du Children's & Women's Health Centre of British Columbia (2000) et fondé sur les données recueillies dans le cadre des entrevues de la première étude, sera utilisé. Après avoir été jumelées au cas par cas à la première série d'entrevues, les données recueillies dans le cadre de la présente étude seront analysées selon une analyse chronologique (Miles et Huberman, 2005), tout en privilégiant les procédures de la théorisation ancrée (Fernet, 2005). Avantages : Compte tenu de la rareté des études canadiennes sur ces questions et de la spécificité d'une étude qui porte sur la première génération d'adolescents infectés par le VIH depuis la naissance, cette étude répond clairement à un besoin immédiat et contribuera à l'avancement des connaissances dans ce domaine. Cette étude servira, en premier lieu, à établir les caractéristiques du développement d'adolescents atteints d'une maladie chronique qui affecte non seulement la santé, mais aussi les relations personnelles et sexuelles. De plus, au plan méthodologique, cette étude revêt un caractère des plus novateurs en proposant une analyse qualitative des trajectoires développementales de ces adolescents dans une perspective chronologique (longitudinale). À notre connaissance, une seule étude quantitative longitudinale a été réalisée auprès de cette population unique. Les résultats de l'étude serviront à établir un programme d'éducation et de prévention qui tient compte des enjeux développementaux vécus par ces adolescents. Ils pourront aussi servir de modèle pour des études et des programmes d'intervention dans d'autres lieux où la transmission verticale est encore présente, au Canada et en Europe.

Dates : De janvier 2007 à janvier 2009

Programme de financement : Fonds de recherche du Québec – Société et culture – Subvention de fonctionnement; Fonds de recherche du Québec – Santé – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données du Réseau ontarien de traitement du VIH

PROJET R13 :

Titre : *Advancing HIV services research: Expanding Andersen's health service utilization framework*

Chercheuse principale : Dre Catherine Anne Worthington

Résumé : Les travaux de recherche et d'évaluation sur les services de lutte contre le VIH ont montré que, pour être efficaces, ces services doivent s'insérer dans le cadre d'initiatives de recherche concertée et s'adapter aux contextes, aux cultures et aux conditions d'existence particuliers des populations à risque d'infection ou infectées par le VIH, d'autant plus que ces populations sont en grande partie vulnérables et marginalisées. Le but de ce programme de recherche quinquennal, financé par la Bourse de nouveau chercheur des Instituts de recherche en santé du Canada, est de mener une série de projets de recherche collaboratifs et pluridisciplinaires afin d'améliorer les services de lutte contre le VIH qui s'adressent à des groupes précis. Deux projets sont axés sur les services offerts à ceux qui vivent avec le VIH, et deux autres sont axés sur les services offerts aux populations vulnérables. Le premier projet (financé par les Instituts de recherche en santé du Canada de 2003 à 2005) fournira aux spécialistes de la réadaptation et du VIH de l'information sur les façons dont les services de réadaptation peuvent améliorer les soins de santé aux personnes vivant avec le VIH. Le deuxième projet (financé par le Conseil des recherches en sciences humaines du Canada de 2003 à 2006) fournit aux cliniciens spécialistes du VIH de l'information sur les moyens d'améliorer les pratiques de recherche clinique avec les patients séropositifs. Le troisième projet de recherche (présenté aux Instituts de recherche en santé du Canada) fournit aux Autochtones et aux fournisseurs de services de lutte contre le VIH de l'information sur les connaissances, les attitudes, les expériences et les croyances des femmes autochtones de l'Ontario relativement au VIH et aux risques liés au VIH pour faciliter la mise en œuvre de services destinés à cette population vulnérable. Le quatrième projet de recherche fournira à une équipe de lutte contre le VIH et à des organismes d'intervention auprès de jeunes sans-abri de l'information sur les jeunes sans-abri de Calgary, sur leur niveau de vulnérabilité au VIH et à d'autres problèmes de santé, sur les forces du milieu, les mécanismes d'adaptation et les besoins de services. Tous ces projets sont axés sur la collaboration et la participation directe des fournisseurs de services et des membres des populations à l'étude pour assurer l'échange de connaissances et l'adoption en temps opportun de mesures prises en fonction des résultats de recherche.

Dates : De juillet 2005 à juin 2010

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données de l'Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R14 :

Titre : *AHFMR Population Health Investigator: HIV Services Research*

Chercheuse principale : Dre Catherine Anne Worthington

Résumé : Le but de ce programme de recherche triennal, financé par une bourse salariale de chercheur en santé de la population de l'Alberta Heritage Foundation for Medical Research, est de mener une série de projets de recherche collaboratifs et pluridisciplinaires afin d'améliorer les services de lutte contre le VIH qui s'adressent à des groupes précis. Une étude fournira à une équipe de lutte contre le VIH et à des organismes d'intervention auprès de jeunes sans-abri de l'information sur les jeunes sans-abri de Calgary, sur leur niveau de vulnérabilité au VIH et à d'autres problèmes de santé, sur les forces du milieu, les mécanismes d'adaptation et les besoins de services. La seconde étudiera les besoins en matière de prévention et de soins du VIH des nouveaux arrivants à Calgary en provenance de pays d'Afrique subsaharienne où le VIH est endémique. Ces deux études sont axées sur la collaboration et la participation directe des fournisseurs de services et des membres des populations à l'étude pour assurer l'échange de connaissances et l'adoption en temps opportun de mesures prises en fonction des résultats de recherche.

Dates : De juillet 2005 à juin 2017

Programme de financement : Alberta Heritage Foundation for Medical Research – Bourse de carrière en recherche

Source : Base de données de l'Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R15 :

Titre : *AIDS Committee of Durham Region KTE Day*

Chercheur principal : Peter Richtig

Résumé : Non disponible

Date : 2009

Programme de financement : s. o.

Source : Base de données du Réseau ontarien de traitement du VIH

PROJET R16 :

Titre : *AIDS in the 21st century or efforts at decoding a pandemic*

Chercheur principal : Jason T. Szabo

Chercheurs associés : Didier Fassin et Norbert J. Gilmore

Résumé : De mémoire d'homme, peu de maladies ont fait autant parler d'elles que le sida. Alors même que les scientifiques et les cliniciens se sont acharnés pour comprendre cette maladie, les spécialistes en sciences sociales ont exploré ses répercussions personnelles, sociales, économiques et politiques sur différentes communautés et sociétés. Pourtant – et c'est probablement à cause de la complexité et de l'ampleur du phénomène du sida – il n'existe pas d'étude complète récente sur son histoire. Mon expérience clinique et ma formation d'historien m'ont poussé à vouloir écrire une série d'articles étudiant les relations entre la pandémie du sida et les structures sociales et scientifiques de la fin du XXe siècle. J'y aborderai notamment les sujets suivants : l'histoire de la mise au point, de la commercialisation et de la distribution des médicaments antirétroviraux; les réponses des différentes collectivités aux patients mourant du sida; la relation complexe et changeante entre les initiatives de santé publique et le sida; et enfin, le rôle décisif qu'a joué le sida dans la création d'un discours moderne sur le droit à la santé et dans le développement de communautés activistes transnationales. Examiner les épreuves que nous avons déjà traversées nous permettra de mieux comprendre la médecine tout en nous aidant à déterminer quelles stratégies ont été les plus efficaces pour faire face à ce problème dévastateur.

Dates : D'avril 2006 à mars 2009

Programme de financement : Bourses de recherche des Instituts de recherche en santé du Canada – Annonce de priorité : Recherche sur le VIH/sida – Volet services de santé/santé des populations

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R17 :

Titre : *Alcohol Use by Aboriginal Persons Living with HIV/AIDS and its Association with Access to Care and Treatment*

Chercheuses principales : Renée Masching et Colleen A. Dell

Cochercheurs principaux : John Egan, Nancy Gros-Louis, David L. Lee, Tracey Prentice et Lyanna Storm

Résumé : Cette proposition a été élaborée pour appuyer le programme de recherche exhaustif du Réseau canadien autochtone du sida, qui évalue la prestation des services de santé et étudie les problèmes des Autochtones qui vivent avec le VIH/sida et consomment de l'alcool ou semblent en consommer. Depuis 1997, le Réseau canadien autochtone du sida a mené plusieurs projets de recherche, dont beaucoup ont été financés par les Instituts de recherche en santé du Canada. L'étude intitulée *Canadian Aboriginal People Living with HIV/AIDS: Care, Treatment and Support Issues* (Jackson et Reimer, 2005) a établi que les fournisseurs de soins de santé primaires ont des préjugés envers les Autochtones vivant avec le VIH/sida. Les recommandations des participants autochtones vivant avec le VIH/sida se rapportent directement aux moyens d'améliorer l'accès aux services et leur mode de prestation. Par conséquent, l'objectif du projet faisant l'objet d'une demande de subvention est d'entreprendre des recherches pour évaluer la relation entre la consommation d'alcool et l'accès aux services du point de vue des personnes autochtones vivant avec le VIH/sida et des fournisseurs de service en utilisant une approche méthodologique mixte. Ces résultats, l'analyse et les conclusions de ces travaux de recherche serviront à orienter la prestation des services de santé et à élaborer des services de formation pour améliorer la compétence culturelle des fournisseurs de soins de santé.

Dates : D'avril 2008 à mars 2011

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Volet autochtone – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R18 :

Titre : *An IHPREG Pilot Study: Feasibility of the Ontario HIV Pre-conception Cohort Study*

Chercheuse principale : Mona R. Loutfy

Chercheurs associés : Jonathan B. Angel, Ahmed M. Bayoumi, Sean A. Bitnun, Jason C. Brophy, Adriana Carvalhal, Saara Greene, Shari L Margolese, Khatundi I. Masinde, Kellie E. Murphy, Trent S. Newmeyer, Janet M. Raboud, Kenneth L. Rosenthal, Lena Serghides, Fiona M Smaill et Mark H. Yudin

Résumé : La baisse des taux de décès grâce au traitement anti-VIH a entraîné une diminution de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. De plus, étant donné qu'une proportion croissante des Canadiennes séropositives sont des femmes en âge de procréer, beaucoup de femmes séropositives ont envisagé de planifier une grossesse. Par conséquent, le nombre croissant de grossesses chez les femmes séropositives constitue une formidable occasion de recherche dans plusieurs domaines à tous les stades de la grossesse, y compris pendant le travail et l'accouchement et après la naissance de l'enfant, pour compléter les recherches effectuées avant l'accouchement. L'un des principaux objectifs de cette subvention Catalyseur est d'élaborer un projet de recherche sur les personnes et les couples séropositifs qui prévoient une grossesse en Ontario et d'évaluer les documents de recherche et la faisabilité du projet. L'autre but principal de cette subvention Catalyseur est d'encourager et de former une équipe qui sera chargée de : 1) organiser des réunions régulières en groupe, finaliser les paramètres, préparer une synthèse des discussions des réunions, créer des bulletins d'information et aider les chercheurs de l'équipe à communiquer avec les sites d'étude et la communauté; et 2) constituer un comité consultatif communautaire qui donnera des conseils sur les différents projets de recherche de l'équipe. Le projet de recherche proposé correspond exactement à deux des priorités de l'Initiative de recherche sur le VIH/sida des Instituts de recherche en santé du Canada : 1) systèmes, services et politiques de santé, et 2) résilience, vulnérabilité et déterminants de la santé. Le projet est également conforme au volet de financement sur les services de santé et la santé des populations de l'Initiative, car il cherche à : 1) évaluer et optimiser les services de santé en matière de fécondité pour les

personnes séropositives vivant en Ontario, 2) contribuer à l'élaboration des politiques dans le domaine de la fécondité et du VIH, 3) évaluer la population des personnes séropositives intéressées par la planification d'une grossesse, et 4) renforcer les capacités dans le domaine de la recherche, des services et de la promotion de la santé en matière de fécondité, tous ces objectifs visant à améliorer la vie et les soins des Ontariens.

Dates : De mars 2010 à février 2011

Programme de financement : Subvention Catalyseur : Maladies infectieuses et immunitaires – Initiative de recherche sur le VIH/sida – Volet services de santé/santé des populations

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R19 :

Titre : *BC Centre for Excellence in HIV/AIDS*

Chercheur principal : Julio Montaner

Résumé : Non disponible

Dates : 2009 – 2010

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Prix de l'application des connaissances

Source : Base de données du Centre d'excellence sur le VIH/sida de la Colombie-Britannique

PROJET R20 :

Titre : *Chronological analysis of the affective/sexual trajectories of adolescents living with HIV/AIDS since birth*

Chercheuse principale : Kimberly H.Y. Wong

Résumé : Non disponible

Date : 2008

Programme de financement : Programme de bourses d'études supérieures du Canada – Bourses à la maîtrise

Source : Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH)

PROJET R21 :

Titre : *Angiogenesis and adverse pregnancy outcomes in women with HIV, a pilot study*

Chercheuse principale : Lena Serghides

Chercheurs associés : Mona R. Loutfy, Kellie E. Murphy et Mark H. Yudin

Résumé : À mesure que le VIH devient une maladie chronique de plus en plus gérable, fonder une famille est devenu une possibilité et une question extrêmement importante pour les femmes séropositives. Cependant, les femmes séropositives présentent un risque plus élevé de complications de la grossesse, notamment d'accouchement prématuré et de bébés ayant un poids insuffisant à la naissance, qui peuvent tous deux mettre en danger la santé du bébé. Très peu de recherches ont essayé de comprendre pourquoi. Dans le cadre de cette recherche, nous essaierons de déterminer si l'infection au VIH nuit au développement du placenta et du système d'approvisionnement en sang du bébé. Pour ce faire, nous surveillerons les niveaux de certains facteurs, appelés facteurs angiogéniques, qui participent au développement des vaisseaux sanguins. Notre travail sera utile pour mettre au point des tests diagnostiques visant à repérer les femmes présentant un risque de complications dès le début de leur grossesse, afin qu'elles puissent recevoir une attention appropriée pour garantir la meilleure issue pour le bébé.

Date : 2009 et de mars 2010 à février 2011

Programme de financement : Subvention Catalyseur : Maladies infectieuses et immunitaires – Subvention Catalyseur de nouveau chercheur

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R22 :

Titre : *Assessing the impact of food insecurity and malnutrition on HIV treatment outcomes*

Chercheuse principale : Aranka Anema

Chercheurs associés : Julio S. Montaner et Robert S. Hogg

Résumé : Le traitement actuel du VIH, connu sous le nom de traitement antirétroviral, a réussi, depuis plus d'une décennie, à faire reculer la maladie et la mortalité chez les personnes infectées par le VIH. Toutefois, de plus en plus de données probantes laissent à penser que l'insécurité alimentaire et la malnutrition peuvent avoir un effet négatif important sur les résultats du traitement chez les patients infectés par le VIH. Peu d'études ont été réalisées dans le monde entier à ce sujet. Afin de garantir les meilleurs résultats possibles pour les patients au Canada et à l'échelle internationale, il est nécessaire et urgent de comprendre l'effet de l'insécurité alimentaire et de la malnutrition sur la progression du VIH et la mortalité. Le Centre d'excellence sur le VIH/sida de la Colombie-Britannique est l'un des principaux centres de recherche clinique, en laboratoire et épidémiologique du Canada. Il gère l'approvisionnement et la distribution des médicaments anti-VIH pour toutes les personnes séropositives de la province. La recherche proposée vise à évaluer les répercussions de l'insécurité alimentaire et de la malnutrition sur la survie, le statut immunologique et le changement virologique chez les patients recevant un traitement anti-VIH en Colombie-Britannique. La recherche s'appuiera sur l'expertise du Centre d'excellence en biologie moléculaire, en soins cliniques, en statistique et en analyse épidémiologique. Elle sera menée en étroite collaboration avec des organisations communautaires liées au VIH. Les conclusions de cette étude seront largement diffusées aux publics universitaires par la publication dans des revues scientifiques à comité de lecture, aux publics cliniques et politiques par la publication dans le bulletin d'information mensuel du Centre d'excellence, et aux groupes communautaires par des réunions avec les intervenants. Les résultats d'étude du projet proposé seront utiles pour les gestionnaires en santé publique et les cliniciens partout au Canada. Ils contribueront au but du gouvernement du Canada de promouvoir la médecine fondée sur des preuves et d'offrir un traitement optimal et un soutien aux PVVIH.

Dates : De mai 2009 à août 2012

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourses d'études supérieures du Canada Vanier

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R23 :

Titre : *Assessment of pain, pain-related treatment needs and barriers to care among individuals living with HIV/AIDS*

Chercheuse principale : Dre Lorraine Overduin

Résumé : Non disponible

Dates : De mars 2008 à octobre 2008

Programme de financement : Réseau ontarien de traitement du VIH

Source : Base de données de l'Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R24 :

Titre : *Best Practices in the Meaningful Involvement of People with HIV/AIDS who are Users of Illicit Drugs*

Chercheuses principales : Barbara L Paterson, Julie A. Dingwell, Monique Y. Fong et Lois A. Jackson

Chercheurs associés : Richard Elliott, Leslie A. Jeffrey, Ralf Jurgens, Joannah M. Lang, Gayle M. MacDonald et Christine Porter

Résumé : La participation significative est l'inclusion des usagers d'un service dans l'élaboration, l'adoption ou l'évaluation des programmes et politiques des organisations communautaires à but non lucratif qui leur offrent des services. Les gouvernements et les organisations communautaires ont reconnu que les PVVIH qui consomment des drogues illégales (ci-après, « la population d'intérêt ») ont beaucoup à apporter à la planification, à l'adoption et à l'évaluation des programmes, des recherches et des politiques qui les concernent. Pourtant, dans une grande partie du Canada, cette rhétorique n'a pas été mise en application sur le plan pratique, principalement à cause du manque de données probantes pour guider une telle participation. La subvention de démarrage aidera l'équipe de chercheurs universitaires et communautaires à élaborer une proposition qui sera soumise aux Instituts de recherche en santé du Canada au titre de projet de recherche communautaire visant à répondre à la problématique de recherche suivante : Que pouvons-nous apprendre des pratiques communautaires récentes et émergentes dans une petite ville rurale du Canada atlantique, ainsi que des idées des usagers et des fournisseurs de services, sur les stratégies efficaces pour assurer la participation significative des PVVIH et consommant des drogues illégales dans les organisations communautaires à leur service? Le cadre de la recherche sera la « communauté » des organisations communautaires liées au VIH/sida au Canada atlantique.

Dates : De novembre 2008 à octobre 2011

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Volet général – Subvention Catalyseur

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R25 :

Titre : *Building International Research Partnerships in HIV & Rehabilitation: Bridging Practice and Research*

Chercheuses principales : Kelly K. O'Brien et Patricia E. Solomon

Chercheurs associés : William J. Chegwidden, Chloë M. Orkin, Catherine A. Worthington et Elisse Zack

Résumé : Notre objectif pour cette proposition de réunion est d'élaborer un programme de recherche international axé sur la collaboration qui traitera les priorités de recherche dans le domaine du VIH et de la réadaptation en établissant des partenariats durables avec des chercheurs, des cliniciens et des organisations communautaires au Canada et au Royaume-Uni. Les objectifs particuliers de cette rencontre de trois jours sont les suivants : 1) faciliter le transfert et l'échange de connaissances entre les chercheurs et les cliniciens sur la recherche, la pratique clinique et la prestation de services dans le domaine du VIH et de la réadaptation au Canada et au Royaume-Uni; 2) déterminer l'applicabilité croisée (p. ex. similitudes et différences) de la recherche et de la pratique clinique dans le domaine du VIH et de la réadaptation et formuler des recommandations pour faire avancer les programmes et les politiques visant à améliorer les soins, le traitement et le soutien aux personnes vivant avec le VIH au Royaume-Uni et au Canada; 3) élaborer un plan pour une proposition de recherche internationale axée sur la collaboration qui abordera au moins une des six priorités de recherche dans le domaine du VIH et de la réadaptation des adultes vivant avec le VIH récemment déterminées par une étude nationale de délimitation de l'étendue; et 4) constituer une équipe de recherche axée sur la collaboration composée de chercheurs, de cliniciens, de responsables de politiques et de personnes vivant avec le VIH, provenant du Royaume-Uni et du Canada, qui sera chargée d'élaborer un programme de recherche international sur le VIH et la réadaptation. Il s'agira d'une collaboration durable qui s'appuiera sur les domaines d'expertise existants et renforcera officiellement les liens entre les chercheurs britanniques et canadiens, sous le nom de Canada-UK HIV and Rehabilitation Research Collaborative.

Dates : De mai 2009 à avril 2010

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention pour réunions, planification et dissémination : Application des connaissances

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R26 :

Titre : *Building Partnerships and Increasing Community Capacity for Conducting HIV/AIDS, Health and Housing Instability*

Chercheurs principaux : Saara Greene et Clemon George

Chercheurs associés : Steve Byers, David C. Este, Josephine B. Etowa, Jacqueline C. Gahagan, Winston C. Husbands, Stephen W. Hwang, Randy Jackson, Jay Koornstra, Erica S. Lawson, Jessica F. Leech, Laverne E. Monette, Sean B. Rourke, Ruthann Tucker et Catherine A. Worthington

Résumé : Le partenariat proposé ici vise à bâtir des relations solides et durables entre les chercheurs universitaires et communautaires, les fournisseurs de services sociaux et de santé et les membres des collectivités ayant un intérêt commun envers la santé et le bien-être des PVVIH dans les communautés africaines et caribéennes au Canada. Ce partenariat parviendra à renforcer la capacité de recherche de nos partenaires communautaires, des chercheurs dans les comités consultatifs et des chercheurs pairs des collectivités africaines et caribéennes. Nous visons également à établir des partenariats qui reflètent un engagement commun envers la recherche appliquée et à augmenter la capacité de recherche des membres séropositifs des communautés africaine et caribéenne au Canada. À cette fin, le projet aboutira à l'élaboration d'un plan et d'une proposition de recherche dans le domaine du VIH/sida, de la santé et de l'instabilité du logement dans les communautés africaines et caribéennes au Canada. Le partenariat nous permettra de mettre en lumière l'expérience et les besoins en matière de logement de ces communautés, en plus de traiter de préoccupations précises, notamment : le taux élevé d'instabilité en matière de logement, le stigmate et la discrimination raciale ainsi que les obstacles auxquels font face les PVVIH dans les services de santé et sociaux et qui n'ont pas accès à un logement adapté à leur situation ou stable. De plus, le partenariat de recherche soutiendra un processus visant à repérer, dans l'ensemble des communautés africaines et caribéennes, les groupes (p. ex. femmes, familles, HARSAH) qui sont le plus à risque d'être sans abri ou dans une situation de logement instable.

Dates : D'avril 2008 à mars 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Volet général – Subvention Catalyseur

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R27 :

Titre : *Renforcement des capacités grâce à un rehaussement des subventions de fonctionnement relatives au VIH/sida*

Chercheur principal : Robert S. Hogg

Chercheurs associés : Thomas H. Kerr, Julio S. Montaner et Evan Wood

Résumé : Le principal objectif est d'établir une nouvelle cohorte basée sur la population de 500 hommes et femmes infectés par le VIH accédant au traitement antirétroviral par l'intermédiaire du Programme de traitement pharmaceutique du VIH/sida de la Colombie-Britannique, afin d'évaluer les répercussions d'un service de santé d'appoint (p. ex. traitement à la méthadone, traitement sous observation directe ou mutuelle, soins par un médecin, supervision en pharmacie et services de toxicomanie) et de services auxiliaires (analyse trimestrielle de la numération des lymphocytes T-CD4 et de la charge virale, et analyse de la pharmacorésistance au besoin) sur l'observance thérapeutique et la réponse au traitement antirétroviral.

Dates : De juillet 2006 à mars 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Renforcement des capacités grâce à un rehaussement des subventions de fonctionnement relatives au VIH/sida

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R28 :

Titre : *Care and Management of Persons Living with HIV*

Chercheuse principale : Dre Sharon Walmsley

Résumé : Mes recherches se concentrent sur :

1. l'utilisation optimale du traitement antirétroviral;
2. les co-infections par l'herpès et le VIH;
3. les effets indésirables du traitement antirétroviral, en particulier la lipodystrophie;
4. les maladies osseuses et le VIH;
5. le VIH et les femmes, notamment le papillomavirus humain, la fécondité, la grossesse et la réponse au traitement.

Dates : D'avril 2006 à mars 2011

Programme de financement : Réseau ontarien de traitement du VIH

Source : Base de données de l'Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R29 :

Titre : *CIHR Centre for REACH in HIV/AIDS (Research Evidence into Action for Community Health) / Centre d'action des IRSC sur le VIH/sida (Mise en pratique des résultats de la recherche en santé communautaire)*

Chercheurs principaux : Sean B. Rourke, Barry D. Adam, Ahmed M. Bayoumi, Jacqueline C Gahagan, Robert S. Hogg, Ana Johnson, Rosemary J. Jolly, Susan A. Kirkland, Marina B. Klein, Gerry J. Mugford, Eric Mykhalovskiy, Stephanie A. Nixon, Michael Orsini, Joanne Otis et Janice L. Ristock

Chercheurs associés : Chris P. Archibald, Jean Bacon, Louise C. Balfour, Greta R. Bauer, Martin Blais, David Brennan, Donna E. Bulman, Roy Cain, John Cairney, Peter C. Coyte, Natasha S. Crowcroft, Margaret C. Dykeman, Laurie Edmiston, Richard Elliott, Sarah Flicker, Sandra L. Gardner, Saara Greene, Gregory E. Harris, Trevor A Hart, Winston C Husbands, Lois A. Jackson, Randy Jackson, Michel R. Joffres, Barbara L Johnston, Jeff Karabanow, Rupert Kaul, Rick A. Kennedy, Jay Koornstra, Hartmut Krentz, Lynne E. Leonard, Alan T. Li, Mona R. Loutfy, Jo-Ann M. MacDonald, Victor J. Maddalena, Muhammad Mamdani, Frank McGee, Caroline Miller, Edward J. Mills, Margaret E. Millson, Nicole Mittman, Samuel Noh, Kelly K. O'Brien, Patricia O'Campo, John D. O'Neil, Cynthia K. Patton, Anita R. Rachlis, Kate Shannon, Paul A. Shuper, Ingrid S. Sketris, Michael Sobata, Carol J. Strike, Wangari E. Tharao, Robb Travers et Ruthann Tucker

Résumé : Le Centre d'action sur le VIH/sida (Mise en pratique des résultats de la recherche en santé communautaire) proposé est un partenariat national axé sur la collaboration entre les principaux chercheurs en santé au Canada dans un large éventail de disciplines, provenant de plus de 20 établissements universitaires, des personnes vivant avec le VIH, des spécialistes de l'application et de l'échange de connaissances et des responsables des politiques à l'échelle fédérale, provinciale et régionale. Notre vision est de rassembler la pratique clinique, la recherche et les compétences stratégiques ainsi que l'expérience vécue par les personnes atteintes du VIH dans le but d'améliorer la santé des personnes et des communautés touchées de façon disproportionnée par le VIH. Notre mission consiste à fournir l'infrastructure fondamentale de soutien nécessaire pour faire participer les communautés, les responsables des politiques et les chercheurs à des équipes pluridisciplinaires, pour abattre les obstacles géographiques, théoriques et conceptuels et pour résoudre les problèmes liés à l'utilisation, à l'application et à la mise en œuvre des résultats de recherche. Notre travail renforcera les politiques, les programmes et les pratiques et fera une différence mesurable dans la santé et le bien-être des personnes vivant avec le VIH et des communautés les plus vulnérables au VIH. Au moyen d'une approche pluridisciplinaire et d'un travail axé sur la collaboration au croisement de la recherche en sciences sociales, sur la santé des populations et sur les services de santé, le Centre utilisera une approche pluridisciplinaire pour se concentrer sur trois domaines thématiques : 1) comprendre les problèmes et les facteurs moteurs de l'épidémie en allant au-delà du comportement individuel pour étudier les répercussions des facteurs structurels et culturels plus larges ainsi que des déterminants sociaux de la santé (c.-à-d. la pauvreté, la stigmatisation, la discrimination, le racisme et l'inégalité entre hommes et femmes) sur le risque, la résilience, le comportement et l'accès aux services de santé au sein des communautés; 2) trouver des solutions novatrices et pratiques en adoptant une approche intégrée de la prévention et du traitement et en élaborant des interventions et des stratégies fondées sur la preuve; 3) mettre en pratique les résultats de recherche en élaborant des stratégies, des relations et des réseaux efficaces d'application et d'échange des connaissances ayant des répercussions mesurables sur les politiques et la pratique.

Dates : De juin 2009 à mai 2014

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Recherche sur le VIH/sida – Volet services de santé/santé des populations

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R30 :

Titre : *Réseau d'essais cliniques sur le VIH/sida des Instituts de recherche en santé du Canada*

Chercheurs principaux : Martin T. Schechter, Aslam H. Anis et Julio S. Montaner

Chercheurs associés : Jonathan B. Angel, D. W. Cameron, Curtis L. Cooper, Michael J. Gill, Marianne Harris, Marina B. Klein, Richard R. Lalonde, Mona R. Loutfy, Jean-Pierre Routy, Rafick-Pierre Sekaly, Mark A. Wainberg et Sharon L. Walmsley

Résumé : Depuis près de deux décennies, le Réseau canadien pour les essais VIH a joué un rôle central dans la réponse de la recherche au VIH/sida au Canada. Le Réseau canadien pour les essais VIH est fier d'avoir créé une organisation qui encourage et facilite des recherches de haute qualité à l'initiative des chercheurs, tout en liant ou en connectant les ressources et l'expertise provenant de tout le Canada. Et le besoin d'essais fiables et bien structurés n'a pas diminué dans le contexte actuel. Bien que la recherche seule soit extrêmement précieuse, elle prend toute sa valeur lorsqu'elle donne lieu à de nouvelles connaissances, à de meilleurs traitements et à des services et des politiques publiques améliorés. Le Réseau canadien pour les essais VIH a élaboré un plan pour son prochain cycle de financement (2008-2013) qui comprend cinq priorités stratégiques et les mesures nécessaires pour les atteindre. Les critiques reçues lors des derniers examens externes, les recommandations de l'examen opérationnel du Réseau effectué en 2006 et les idées recueillies lors de la séance de planification des demandes de réponses des Instituts de recherche en santé du Canada en mai à Ottawa ont toutes été prises en considération dans l'établissement du programme quinquennal du Réseau. Ces cinq priorités stratégiques créent un cadre d'action et d'amélioration continue : 1. Tenir ses promesses quant à la valeur d'un réseau canadien d'essais cliniques pour la recherche sur le VIH/sida. 2. S'assurer que le Réseau canadien pour les essais VIH est une organisation responsable, orientée sur le service et à rendement élevé qui soutient les chercheurs et prône l'excellence scientifique. 3. Permettre d'atteindre l'excellence scientifique en facilitant les essais cliniques sur le VIH/sida au Canada et au-delà. 4. Appliquer et mettre en action les connaissances scientifiques. 5. Positionner le Réseau canadien pour les essais VIH pour qu'il devienne un acteur à part entière dans *l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada*.

Dates : D'avril 2008 à mars 2013

Programme de financement : Réseau d'essais cliniques sur le VIH/sida des Instituts de recherche en santé du Canada

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R31 :

Titre : *CIHR Team Grant in Co-occurring polysubstance abuse, psychosis and viral infection*

Chercheur principal : William G. Honer

Chercheurs associés : Alasdair M. Barr, Reinhard M. Krausz, Julio S. Montaner et Allen E. Thornton

Résumé : L'abus de plusieurs substances toxiques et les maladies mentales graves telles que la psychose sont liés à des taux de prévalence élevés du virus de l'hépatite C et du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Cette proposition concerne la possibilité de modeler le futur de la recherche clinique sur des troubles simultanés en changeant le paradigme de recherche. Nous proposons une stratégie entièrement intégrée fondée sur les antécédents au cours de la vie afin d'étudier simultanément l'abus de plusieurs substances toxiques, la psychose et les infections virales. Cette approche insistera sur l'évaluation des facteurs de risque liés aux bons ou aux mauvais résultats de guérison des troubles présents en même temps par rapport à la persistance de la psychose, ainsi que sur le degré d'observance du traitement antirétroviral hautement actif pour la réduction de la charge du VIH. Les résultats du projet auront des répercussions importantes pour la prestation des services de santé aux personnes touchées par l'abus de plusieurs substances toxiques, la psychose et une infection virale.

Dates : De juillet 2008 à juin 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention d'équipe : Prévention et traitement des toxicomanies – Lettres d'intention

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R32 :

Titre : *CIHR Team in HIV therapy and aging*

Chercheurs principaux : Dre Hélène Côté, Dr David Burdge, Dr Peter Lansdorp et Dre Deborah Money

Chercheuses associées : Dre Ariane Alimenti, Dre Marianne Harris et Dre Patricia Janssen

Résumé : À l'échelle mondiale, il y a environ 18 millions de femmes vivant avec le VIH. L'immense majorité de ces femmes sont en âge de procréer, et environ 3 millions d'entre elles accouchent chaque année. Le traitement des femmes enceintes infectées par le VIH par des antirétroviraux réduit le taux de transmission périnatale de 25 % environ à moins de 1 % et est essentiel pour la santé des femmes qui risquent de contracter des infections opportunistes graves ou de mourir. Les lignes directrices actuelles sur le traitement recommandent une combinaison de traitements antirétroviraux pour toutes les femmes enceintes infectées par le VIH. La communauté internationale est en train d'élargir rapidement l'accessibilité des antirétroviraux dans les pays en développement et, bientôt, des millions de nourrissons naîtront après avoir été exposés aux antirétroviraux dans l'utérus. S'il est clair que les antirétroviraux sont très efficaces pour prévenir la transmission du VIH, on en sait très peu sur les effets néfastes possibles de l'exposition de fœtus et de nourrissons en développement à ces médicaments. Les antirétroviraux contre le VIH peuvent nuire au développement de l'embryon, du fœtus ou du nourrisson. Il est à prévoir que les effets potentiels des médicaments soient plus importants lorsque l'exposition a lieu pendant le développement ou la croissance rapide. Par conséquent, il est particulièrement important d'étudier les répercussions des antirétroviraux sur ces enfants. Chez les humains, nous savons déjà que les antirétroviraux utilisés contre le VIH peuvent provoquer des changements moléculaires qui présentent une ressemblance frappante avec ceux qui se produisent pendant le vieillissement et qui sont associés à des maladies ou à des affections génétiques dont la prévalence augmente avec l'âge, telles que les maladies dégénératives ou cardiaques. Cette proposition d'équipe émergente a pour but d'élaborer un programme de recherche axé sur l'effet potentiel des antirétroviraux contre le VIH sur la modulation de phénomènes biologiques liés au vieillissement dans la population pédiatrique, à savoir sur les nourrissons non infectés par le VIH qui ont reçu une exposition périnatale (avant et après la naissance) aux médicaments anti-VIH et sur les enfants infectés par le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral. À notre connaissance, nous sommes le seul groupe au Canada à travailler sur des questions liées à la toxicité de l'exposition périnatale et pédiatrique aux antirétroviraux contre le VIH et nous sommes donc en excellente position pour mettre en œuvre le programme de recherche financé par cette subvention d'équipe.

Dates : D'octobre 2007 à septembre 2012

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R33 :

Titre : *Équipe IRSC de recherche sur les effets des traitements contre le VIH : Collaboration pancanadienne des cohortes observationnelles (CANOC)*

Chercheurs principaux : Robert S. Hogg, Marina B. Klein, Nimâ N. Machouf, Sean B. Rourke et Christos M. Tsoukas

Chercheurs associés : Gloria R. Aykroyd, Louise C. Balfour, Ahmed M. Bayoumi, John Cairney, Liviana Calzavara, Curtis L. Cooper, Kevin A. Gough, Silvia A. Guillemi, Richard P. Harrigan, Marianne Harris, George E. Hatzakis, Donald L. Kilby, Viviane D. Lima, Mona R. Loutfy, Edward J. Mills, Margaret E. Millson, Julio S. Montaner, David M. Moore, Janet M. Raboud, Anita R. Rachlis, Stanley E. Read, Irving E. Salit, Marek J. Smieja, Benoit Trottier, Sharon L. Walmsley et Wendy L. Wobeser

Résumé : Nous proposons, dans notre demande de subvention d'équipe émergente, un programme intégré de recherche, de surveillance, de formation et d'application des connaissances pour effectuer des recherches pertinentes sur le plan politique concernant les pratiques de traitement et de prise en charge des personnes atteintes du VIH/sida au Canada. Dans le cadre de ce programme, nous évaluerons les répercussions des soins par des antirétroviraux sur la santé et le bien-être des personnes infectées par le VIH/sida dans plusieurs régions du Canada, nous contribuerons à la formation des nouveaux praticiens et chercheurs en santé et nous diffuserons les résultats de recherche de façon à améliorer les lignes directrices actuelles en matière de pratiques de traitement et de soin. Par ces trois objectifs, nous espérons favoriser les collaborations en matière de recherche entre les chercheurs canadiens intéressés, améliorer les possibilités de recherche et de formation actuellement offertes aux étudiants des cycles supérieurs, aux détenteurs d'une bourse de perfectionnement post-doctoral et aux cliniciens dans le pays, et informer les cliniciens et les PVVIH dans toutes les régions du pays de nos conclusions susceptibles d'avoir une incidence sur les pratiques actuelles de traitement et de prise en charge.

Dates : D'octobre 2007 à septembre 2012

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Programme de subventions d'équipe émergente – Volet sur le VIH/sida

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R34 :

Titre : *CIHR Team in HIV/HCV Co-infection*

Chercheurs principaux : Dr Babita Agrawal, Dr Rakesh Kumar et Dr Christopher Richardson

Chercheurs associés : Dr Christopher Powell et Dr D. Lorne J. Tyrrell

Résumé : Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) provoque une infection virale dévastatrice qui culmine avec le syndrome de l'immunodéficience acquise (sida). En dépit des progrès importants réalisés en matière d'initiatives de traitement et de prévention, l'incidence mondiale de l'infection au VIH continue à augmenter. Chez les personnes infectées par le VIH, le virus de l'hépatite C entraîne souvent une co-infection en raison des voies de transmission communes. La co-infection par le VIH et le virus de l'hépatite C a de graves répercussions sur la santé, la qualité de vie et les options de traitement, qui se traduisent par une mortalité élevée chez les patients touchés. Cette proposition de recherche décrit de nouvelles approches de l'étude de ce problème très important chez les personnes vivant avec le VIH/sida. Cette proposition a pour objectif de comprendre la complexité des mécanismes sous-jacents de la maladie, d'étudier les interactions immunologiques et neurologiques dans la co-infection par le VIH et le virus de l'hépatite C, de mettre au point de nouveaux modèles animaux pour étudier la pathogénèse des co-infections, et d'explorer de nouvelles stratégies préventives et thérapeutiques pour améliorer le traitement et la qualité de vie et augmenter l'espérance de vie des personnes infectées par le VIH au Canada et dans le monde entier. Les modèles animaux novateurs donneront aux scientifiques canadiens l'occasion d'apporter des contributions uniques à l'étude de ces maladies et de collaborer avec des scientifiques de renommée mondiale. Ce projet contribuera également de façon significative à la connaissance et à la mise au point de l'immunothérapie et de vaccins candidats pour le traitement de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C. Notre approche pluridisciplinaire combinant des expertises dans divers domaines augmentera le potentiel de réussite dans la lutte contre cette redoutable maladie.

Dates : D'octobre 2007 à septembre 2012

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données de l'Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R35 :

Titre : *CIHR Team in the Study of Acute HIV Infection in Gay Men*

Chercheurs principaux : Michael L. Rekart et Babak Pourbohloul

Chercheurs associés : Daniel Coombs, Benedikt Fischer, Mark P. Gilbert, Mel Krajden, Gina S. Ogilvie, Valencia Remple et Terrence A. Trussler

Résumé : Les personnes nouvellement infectées par le VIH se trouvent dans la phase la plus contagieuse, mais, pour la plupart, elles ignorent leur état sérologique à ce stade. Cette situation est due au fait que les tests de dépistage de routine ne permettent pas de détecter l'infection dans sa phase du début. Heureusement, de nouvelles méthodologies d'analyse en laboratoire peuvent maintenant détecter l'infection au VIH beaucoup plus tôt, ce qui permet d'offrir des programmes aux personnes nouvellement infectées, notamment du soutien pour prévenir la transmission du VIH à d'autres personnes. Une nouvelle équipe de chercheurs passionnés a été formée pour travailler avec la communauté gaie en Colombie-Britannique afin de renforcer les programmes de prévention s'adressant aux personnes nouvellement infectées par le VIH. Cette équipe est composée de chercheurs dans le domaine des sciences biomédicales, de la santé publique et des sciences sociales ainsi que de chercheurs de la communauté même. Dans le cadre de ce programme, nous étudierons la compréhension du dépistage du VIH par les hommes gais, leurs motivations et leurs difficultés à se soumettre à un test de dépistage du VIH, ainsi que les répercussions sur leurs pratiques de dépistage des nouvelles technologies permettant de déceler les personnes très contagieuses. Ces renseignements seront utilisés pour concevoir des messages visant à encourager les hommes gais de Colombie-Britannique à effectuer un test de dépistage du VIH. Les personnes recevant un diagnostic de nouvelle infection au VIH se verront offrir des programmes de prévention améliorés, conçus en collaboration avec des organisations de la communauté gaie et des experts en prévention. En outre, ils seront interviewés afin de mieux comprendre leurs besoins afin d'y adapter les programmes de prévention. L'un des aspects importants du projet consistera à trouver le moyen le plus efficace de joindre leurs partenaires sexuels afin d'offrir à ces derniers l'accès aux programmes de prévention et de suivi aussi rapidement que possible. Un élément clé de la recherche résidera dans l'évaluation de ces nouveaux programmes afin de continuer de les améliorer. Les résultats de ce programme de recherche seront également utilisés pour promouvoir des programmes similaires destinés aux personnes nouvellement infectées par le VIH dans d'autres communautés en Colombie-Britannique et au Canada.

Dates : D'octobre 2007 à septembre 2012

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Programme de subventions d'équipe émergente – Volet sur le VIH/sida

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R36 :

Titre : *Community-University Exposition*

Chercheur principal : Budd L. Hall

Résumé : CUexpo 2008 est un rassemblement de chercheurs communautaires et universitaires qui travaillent ensemble en partenariat. L'événement, qui se tiendra du 4 au 7 mai, sera le plus grand rassemblement de ce genre jamais organisé au Canada. La conférence réunit des équipes pluridisciplinaires et multisectorielles travaillant de concert sur des problèmes complexes en matière de santé, de société, de développement durable et d'économie. L'un des principaux commanditaires de CUexpo est l'organisation Community-Campus Partnerships for Health. Des équipes de recherche communautaire présenteront des exposés sur les thèmes du VIH/sida, de la santé, du logement et des sans-abris, des déterminants sociaux de la santé, de la santé des populations et dans des domaines connexes. L'accent est mis sur le processus de développement des partenariats, l'éthique, les méthodologies, la synthèse et la diffusion des connaissances.

Dates : De mai 2008 à avril 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention pour réunions, planification et dissémination : Partenariats et engagement des citoyens

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R37 :

Titre : *Comprehensive intervention strategies with young HIV-positive women in Canada: individual, social, and cultural factors that make sexual health promotion programs successful*

Chercheuse principale : Sarah J. Fielden

Chercheuses associées : Jean A. Shoveller et Joanne Otis

Résumé : Malgré les efforts considérables réalisés à l'échelle mondiale dans la lutte contre le VIH/sida par les services de prévention, de traitement et de soin, les taux d'infection au VIH continuent à augmenter et environ 25 % des nouvelles infections concernent des jeunes. Les jeunes femmes sont particulièrement vulnérables à l'infection en raison de facteurs développementaux, biologiques, sociaux et culturels qui contribuent à la féminisation de la pandémie. Il est urgent et nécessaire de mener des recherches allant au-delà des modèles comportementaux de promotion de la santé sexuelle pour contribuer à ralentir la propagation du VIH et offrir du soutien et des soins aux personnes vivant déjà avec le VIH/sida. Cette proposition de recherche concerne tout le Canada et vise à mettre au point et à évaluer des interventions innovantes en matière de santé sexuelle auprès des jeunes femmes séropositives. Au vu des données probantes sur la multiplicité des facteurs influant sur les résultats en matière de santé et de bien-être pour les femmes vivant avec le VIH, les objectifs de l'étude consistent à examiner les influences sociales et communautaires. Étant donné qu'il s'agit d'un programme de recherche qualitatif, ces travaux permettront de mieux comprendre comment élaborer des interventions réussies auprès de groupes de jeunes femmes marginalisées au moyen de méthodologies qualitatives et communautaires. Pour ce faire, nous combinerons diverses méthodologies qualitatives, notamment l'observation naturaliste et les entretiens approfondis avec des jeunes femmes et d'autres intervenants clés tels que les membres de la famille et les fournisseurs de services. Nous utiliserons la cartographie des interventions, une méthodologie systématique progressive pour déterminer les intervenants pertinents, les besoins communautaires, les orientations du programme et l'évaluation. La recherche proposée étudie et aborde les besoins de soutien et de services des jeunes femmes vivant avec le VIH dans diverses communautés géographiques et culturelles en ce qui concerne leur santé sexuelle. Outre l'élaboration d'interventions fondées sur la théorie et sur l'expérience, le projet servira à obtenir des connaissances culturelles, notamment à mieux comprendre les expériences vécues au quotidien par ces jeunes femmes dans le cadre de leurs établissements médicaux, des services communautaires et de leur milieu familial.

Dates : De juin 2009 à mai 2012

Programme de financement : Bourses de recherche des Instituts de recherche en santé du Canada – Annonce de priorité : Recherche sur le VIH/sida – Volet services de santé/santé des populations

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R38 :

Titre : *Conceptualizing HIV-related stigma within communities of gay and bisexual men*

Chercheuse principale : Dre Marney McDiarmid

Résumé : Non disponible

Dates : De juin 2008 à mai 2010

Programme de financement : Réseau ontarien de traitement du VIH – Bourse d'études

Source : Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R39 :

Titre : *Contextual factors affecting HIV/AIDS treatment and prevention amongst recent immigrants from endemic countries*

Chercheuse principale : Tam T. Donnelly

Chercheurs associés : Katharina A. Kovacs Burns, Daniel W. Lai, Paul Schnee et Catherine A. Worthington

Résumé : Au cours des dernières années, l'Alberta a vu s'accroître le nombre d'immigrants atteints du VIH ou du sida, qui provenaient de pays comptant un grand nombre de PVVIH. Nous devons trouver des moyens d'aider ces personnes à prendre soin de leur santé et à se faire traiter contre le VIH/sida, ainsi que d'endiguer la propagation du VIH. Cette étude vise à : a) déterminer la façon dont les nouveaux immigrants atteints de VIH/sida vivant dans de petites villes en Alberta s'y prennent pour traiter leur maladie, prévenir la propagation du VIH, et faire face à la stigmatisation sociale; et b) déterminer les mesures efficaces à prendre pour combler les besoins des nouveaux immigrants vivant avec le VIH/sida et promouvoir les activités de prévention du VIH. Cette étude pose cinq questions liées à l'objectif visé, et concernant les facteurs qui influent sur la façon dont les nouveaux immigrants atteints de VIH/sida obtiennent des services de santé et de soutien social, ainsi que les éléments ou les personnes qui les incitent à demander l'aide pertinente requise pour traiter leur maladie et en prévenir la propagation. Les questions de recherche seront abordées du point de vue des immigrants et du point de vue des fournisseurs de soins de santé dans le cadre d'entrevues. Nous souhaitons recommander des moyens de renforcer le système de soins de santé de l'Alberta et de créer des milieux favorables à l'intention des nouveaux immigrants afin qu'ils demandent des soins et préviennent le VIH/sida.

Dates : D'avril 2007 à mars 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R40 :

Titre : *Cordon sanitaire ou politique saine? : L'examen et l'évaluation des effets de la politique fédérale de dépistage obligatoire pour le VIH/sida des immigrants et réfugiés au Canada comme stratégie d'intervention en santé des populations*

Chercheuse principale : Laura M. Bisaillon

Chercheurs associés : Ronald Labonté et Dave Holmes

Résumé : Le caractère problématique du dépistage obligatoire du VIH imposé par le Canada aux personnes présentant une demande d'immigration et aux réfugiés du point de vue de l'éthique, de la morale, des droits de la personne, de l'équité en matière de santé et du droit de l'immigration est appuyé par une littérature foisonnante. Comme le Canada, le Royaume-Uni, l'Australie et la Nouvelle-Zélande ont introduit après l'année 2000 un dépistage obligatoire du VIH pour les nouveaux arrivants. L'examen préliminaire de la littérature montre qu'aucun de ces pays n'a évalué les répercussions du dépistage obligatoire du VIH du point de vue des personnes qui le subissent. La question centrale de recherche est la suivante : Quelles sont les répercussions de la politique de dépistage obligatoire du VIH qui s'applique à toutes les personnes présentant une demande d'immigration et à tous les réfugiés au Canada depuis 2002? Dans le cadre de ce projet, 1) nous générerons une nouvelle base de connaissances et documenterons systématiquement les répercussions du dépistage sur les immigrants et les réfugiés, ce qui n'a jamais été fait auparavant, afin de guider et d'améliorer la prise de décision sur les politiques canadiennes en matière de santé, et 2) nous évaluerons les répercussions du dépistage obligatoire du VIH comme condition préalable à l'admission au Canada, en les replaçant dans un discours plus large sur la justice sociale, l'économie politique de la santé, la mondialisation et la mobilité humaine, la sécurité humaine et la politique sociale et d'immigration. Nous avons déjà préparé le terrain pour cette recherche bilingue. Cette étude constitue la première documentation systématique et évaluation critique des conséquences du dépistage

obligatoire sur les immigrants au Canada et s'adresse à un public très varié, notamment aux communautés, aux responsables des politiques, aux chercheurs, aux éducateurs, aux groupes de défense des intérêts et aux immigrants et réfugiés.

Dates : De mai 2005 à avril 2011

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse de recherche au doctorat : Recherche sur le VIH/sida – Volet services de santé/santé des populations

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R41 :

Titre : *Current and future burden of illness for treating HIV/AIDS in British Columbia*

Chercheur principal : Dr Adrian Levy

Chercheurs associés : Dr Richard P. Harrigan, Dr Robert Hogg et Dr Douglas James

Résumé : Cette proposition de recherche vise à : a) estimer le coût annuel direct à l'heure actuelle du traitement des personnes infectées par le VIH en Colombie-Britannique, b) projeter ce fardeau de la maladie sur la durée de vie des patients, et c) élaborer un modèle de simulation permettant aux décisionnaires et aux responsables des politiques en matière de santé d'estimer les coûts de traitement annuels actuels et futurs et d'en évaluer les répercussions sur les coûts des autres stratégies de prévention et de traitement. L'apparition du traitement antirétroviral hautement actif pour le traitement du VIH en 1996 a entraîné un allongement de l'espérance de vie des personnes infectées par le VIH/sida. En outre, l'incidence de nouveaux cas de VIH en Colombie-Britannique et dans tout le Canada est stable ou en augmentation depuis un certain nombre d'années. L'allongement de l'espérance de vie et l'augmentation de l'incidence contribuent chacun indépendamment à une hausse de la prévalence du VIH/sida en Colombie-Britannique et au Canada. Compte tenu de la croissance de la population prévalente, les planificateurs en matière de santé ont besoin d'estimations plus précises des coûts médicaux directs associés au traitement des personnes infectées par le VIH/sida par année et pendant leur durée de vie. Nous proposons de mettre au point un outil de simulation par ordinateur qui calculera les estimations de ces coûts et prévoira leur évolution selon diverses hypothèses concernant le protocole de traitement, le nombre total de personnes infectées et la structure démographique de la population prévalente. Notre travail se concentrera sur Vancouver, en Colombie-Britannique, parce que nous avons accès à des données de bonne qualité sur la population de cette zone et qu'un nombre démesurément important de Canadiens infectés par le VIH/sida résident à Vancouver. Toutefois, notre outil de planification pourra également être appliqué dans les autres provinces et territoires ayant un système de soins de santé à payeur unique.

Dates : D'octobre 2007 à septembre 2010

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données de l'Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R42 :

Titre : *Current issues facing the treatment of patients with non-B subtypes of HIV*

Chercheur principal : Vinh-Kim Nguyen

Chercheuse associée : Cécile L. Tremblay

Résumé : Des millions de dollars sont injectés dans des programmes en faveur de l'élargissement rapide de l'accès au traitement antirétroviral en Afrique. Pourtant, l'augmentation spectaculaire du nombre de personnes recevant ce traitement salutaire grâce à ce financement indispensable suscite des préoccupations considérables quant à la viabilité de ces programmes à long terme. L'une des principales raisons de cette crainte est le développement d'une pharmacorésistance qui remet en cause les options de traitement pour les individus et pour les populations. Sur toute la durée de la pandémie de VIH/sida, le VIH a évolué en plusieurs sous-types. La communauté scientifique ignore comment la variabilité génétique du VIH peut influencer le développement et la transmission de souches pharmacorésistantes du virus, en particulier parmi les souches du VIH de sous-type non B, et c'est là l'une des plus grandes lacunes dans ses connaissances. Cette lacune s'explique par le fait que la plupart des recherches sur la résistance du VIH ont été effectuées en Amérique du Nord et en Europe, des régions où le sous-type B est la souche prédominante du virus, même si d'autres sous-types, en particulier le sous-type C, sont plus prévalents en Afrique. Les différents sous-types génétiques du VIH peuvent avoir des profils de pharmacorésistance distincts, de telle sorte que les patients présentant certains sous-types peuvent être plus susceptibles de développer une pharmacorésistance que les patients présentant un autre sous-type. Par conséquent, nous avons de plus en plus le sentiment que les pratiques de prescription actuelles ne sont peut-être pas optimales pour les patients porteurs de souches non B du VIH. L'objectif de la réunion serait donc d'examiner les données probantes concernant la résistance des sous-types non B aux antirétroviraux et de discuter des options de traitement antirétroviral avec les cliniciens prescripteurs. En conséquence, nous proposons un atelier qui réunira des experts des trois continents spécialisés dans les sous-types non B et la résistance aux antirétroviraux, dans le but de regrouper nos connaissances sur le sujet et de déterminer les domaines de recherche prioritaires. Une conférence publique facilitera par la suite la diffusion et l'application des connaissances en présentant les résultats de l'atelier aux cliniciens, aux chercheurs et aux étudiants.

Dates : De septembre 2008 à août 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention pour réunions, planification et dissémination – Subvention de planification – Annonce de priorité : Institut des maladies infectieuses et immunitaires

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R43 :

Titre : *Desire, Place, Stigma, and Unsafe Sex: Understanding the Subculture of Men who use Gay Internet Cruise Sites*

Chercheurs principaux : Patrick O'Byrne et Dave Holmes

Résumé : Au Canada, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) représentent la plus grande proportion des nouveaux cas d'infection au VIH et les partenariats sexuels organisés sur Internet sont réputés pour leur contribution à ces taux élevés d'infection. Cependant, un examen de la recherche qui établit la corrélation entre Internet et la transmission du VIH révèle qu'on exclut souvent le point de vue des hommes qui vivent avec le VIH/sida et qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes. Par conséquent, de nombreux groupes de défense des droits des personnes infectées par le VIH ont critiqué les chercheurs pour avoir marginalisé davantage un groupe et une maladie déjà stigmatisés. Pour répondre à de telles critiques, la première phase de ce projet consistait à demander conseil au groupe de travail de prévention Poz en Ontario afin d'atténuer ces questions éthiques et scientifiques. Fort de cette contribution et des résultats de deux études antérieures financées par les Instituts de recherche en santé du Canada menées dans les saunas et dans les raves, l'objectif de ce projet est d'examiner sur le plan qualitatif le rôle et la suite « désir, endroit, stigmate et pratique sexuelle non sécuritaire » en lien avec les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, vivent avec le VIH/sida et rencontrent des partenaires sexuels sur Internet. L'importance que nous accordons à cette démarche réside dans le fait qu'elle intègre la nature psychosociale de la sexualité humaine en reconnaissant que les pratiques sexuelles non sécuritaires ne sont pas toujours le résultat d'un simple processus de décision qui respecte les règles du meilleur intérêt pour la santé d'une personne. Cette recherche vise l'exploration de cette suite dans un effort pour mieux comprendre les motivations des hommes vivant avec le VIH/sida et ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, de façon à élaborer des initiatives de prévention en matière de VIH qui soient davantage ouvertes à leur culture. En d'autres termes, le but de ce projet est de mieux comprendre comment le désir contribue à guider le choix des endroits et des pratiques sexuelles particuliers et comment ce processus est également guidé par des perceptions publiques et personnelles du stigmate. Nous utiliserons des méthodologies qualitatives pour explorer les quatre dimensions de la série en lien avec les hommes qui vivent avec le VIH/sida et ont des relations sexuelles avec d'autres hommes et qui organisent des rencontres sexuelles par l'entremise d'Internet. De manière plus précise, notre démarche entraînera une analyse des sites Web utilisés pour de telles rencontres, en plus de 45 entrevues qualitatives approfondies avec des hommes à Montréal, à Ottawa et à Toronto.

Dates : De mars 2010 à février 2011

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Recherche sur le VIH/sida – Financement provisoire – Volet biomédical/clinique

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R44 :

Titre : *Development of a conceptual framework to enhance labour force participation for people living with HIV in Canada*

Chercheuse principale : Catherine A. Worthington

Chercheuses associées : Eileen J. McKee, Kelly K. O'Brien et Elisse Zack

Résumé : Les personnes vivant avec le VIH et les spécialistes du VIH ont désigné la question de la participation à la vie active et du soutien du revenu comme l'un des problèmes les plus pressants auxquels sont confrontées les personnes vivant avec le VIH au Canada. Même si les liens entre la santé et la participation à la vie active sont complexes, il est clair que la participation à la vie active est un déterminant social de la santé important. Elle constitue non seulement un moyen de gagner un revenu, mais peut également améliorer la santé psychologique et la qualité de vie en structurant la vie quotidienne des adultes vivant avec le VIH et en leur fournissant des relations sociales. Toutefois, les personnes vivant avec le VIH qui veulent travailler se heurtent à de nombreux obstacles, et l'élaboration d'initiatives leur offrant davantage d'occasions de participer à la vie active se fera au prix d'efforts de collaboration entre les personnes vivant avec le VIH, les professionnels des soins de santé et de la réadaptation, les responsables des politiques, les employeurs et les chercheurs en programmes sociaux. Cette étude posera les bases d'un programme de recherche planifié visant à mettre au point et à tester une intervention nationale relative à la participation des personnes vivant avec le VIH à la vie active. L'objectif global de cette étude consiste à élaborer un cadre conceptuel de participation à la vie active pour les personnes vivant avec le VIH afin de guider la conception d'une intervention novatrice relative au soutien du revenu et à la participation à la vie active visant à améliorer la participation sociale de ces personnes. Pour créer ce cadre, nous effectuerons un examen (d'établissement de la portée des incidences) de la documentation existante sur le retour au travail et la participation des personnes vivant avec le VIH à la vie active. Cet examen sera suivi d'une série d'entrevues et de groupes de discussion avec des personnes vivant avec le VIH, des employeurs, des assureurs et des responsables des politiques afin de leur présenter les conclusions de l'examen de la littérature, d'obtenir des données pour élaborer un cadre préliminaire, de recueillir des commentaires et de parvenir à un consensus sur le cadre conceptuel. Les résultats de cette étude contribueront à l'élaboration de nouveaux programmes et politiques qui amélioreront la participation sociale réussie des personnes vivant avec le VIH au Canada.

Dates : D'octobre 2007 à septembre 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement – Annonce de priorité : Initiative de recherche sur le VIH/sida – Volet services de santé/santé des populations

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R45 :

Titre : *Development of new models for the delivery of antiretroviral therapy to injection drug users on the Downtown East Side of Vancouver*

Chercheur principal : Dr Haroutioun Krikor Tossonian

Chercheur associé : Dr Brian Conway

Résumé : Le traitement des utilisateurs de drogues injectables infectés par le VIH présente de nombreuses difficultés, notamment des problèmes d'observance thérapeutique et d'accès aux soins. L'observance thérapeutique, qui est un facteur prédictif de la réussite de la suppression virologique par le traitement antirétroviral hautement actif, peut être plus difficile à atteindre chez les utilisateurs de drogues injectables. Le traitement sous observation directe est l'une des stratégies qui ont été proposées et mises en œuvre pour améliorer l'observance du traitement antirétroviral hautement actif et surveiller les multiples problèmes de santé associés aux utilisateurs de drogues injectables. Toutefois, il reste nécessaire d'avoir recours à certaines stratégies pour a) caractériser les patients qui ne parviennent pas à la suppression virologique, b) améliorer la sélection des patients entamant le traitement, c) améliorer l'observance des patients recevant le traitement, et d) démontrer la rentabilité à long terme de ces stratégies. L'élaboration de nouveaux modèles pour l'administration du traitement antirétroviral aux utilisateurs de drogues injectables dans le centre-est de Vancouver pourrait permettre de peaufiner et d'optimiser les approches thérapeutiques destinées aux utilisateurs de drogues injectables infectés par le VIH et inscrits à un programme de traitement à la méthadone.

Dates : De septembre 2005 à août 2008

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R46 :

Titre : *Disability in the Context of HIV: Building a Foundation for an Instrument to Describe "Disability" Experienced by Adults Living with HIV*

Chercheuse principale : Kelly O'Brien

Chercheurs associés : Dre Aileen Mary Davis et Dr Ahmed Mohamed Bayoumi

Résumé : Pour cette raison, le VIH peut être considéré comme une maladie chronique marquée par une fluctuation entre des périodes de bonne santé et des périodes de maladie. De plus, il se peut qu'un nombre plus important de personnes soient confrontées au quotidien aux difficultés en matière de santé liées au VIH et à ses traitements. Le terme « invalidité » peut être utilisé pour désigner ces difficultés liées à la santé. Il est important de mesurer la fréquence de l'« invalidité » à l'aide d'un questionnaire, car cela pourrait favoriser une meilleure compréhension de ces expériences et contribuer à améliorer la santé des personnes vivant avec le VIH. Mais les fournisseurs de soins de santé ne sont actuellement pas capables de mesurer l'« invalidité », car les types de difficultés rencontrées par les personnes vivant avec le VIH sont complexes et mal compris. Il est avant tout nécessaire de mieux comprendre ce que signifie vivre avec le VIH sur le plan de l'expérience vécue afin d'aider les fournisseurs de soins de santé à savoir quels types de questions inclure dans un questionnaire visant à mesurer les difficultés en matière de santé liées au VIH. Cette étude porte sur les difficultés en matière de santé (ou « invalidité ») auxquelles sont confrontés au quotidien les adultes vivant avec le VIH à cause du VIH et des traitements qui y sont associés. Les résultats de cette étude comprendront des recommandations pour aider à l'élaboration d'un questionnaire visant à mesurer ces expériences. L'expérience de la vie avec le VIH sera étudiée au moyen de groupes de discussion et d'entrevues avec des personnes vivant avec la maladie. Ces résultats seront utilisés pour évaluer dans quelle mesure les questionnaires actuellement utilisés dans le contexte des soins de santé réussissent à saisir ces expériences. D'après ces résultats, des recommandations seront formulées quant à la nécessité de rédiger un nouveau questionnaire ou à la possibilité de modifier un questionnaire existant afin que les fournisseurs de soins de santé puissent mesurer correctement l'« invalidité » chez les adultes vivant avec le VIH.

Dates : De septembre 2004 à mai 2009 et de septembre 2008 à août 2011

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement et Bourses de recherche – Annonce de priorité : Recherche sur le VIH/sida – Volet services de santé/santé des populations

Source : Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R47 :

Titre : *Double Discrimination: Refugees and Refugee claimants with AIDS/HIV+ in Canada*

Chercheur principal : Akm A. Ullah

Chercheurs associés : Ronald Labonté et Kevin Pottie

Résumé : L'autorisation accordée aux réfugiés séropositifs de s'installer au Canada suscite des préoccupations parmi les professionnels de la santé publique et les représentants gouvernementaux, car elle risque de peser encore davantage sur les systèmes de santé publique déjà soumis à une énorme pression. Ces personnes deviennent des « réfugiés » au sein des communautés de réfugiés et peuvent subir une sorte de double discrimination susceptible de mettre en péril leur propre santé et celle d'autres personnes. Toutefois, à l'heure actuelle, on en sait peu, d'après des études empiriques ou même des sources non confirmées, sur l'ampleur de ce risque. Dans cette recherche, nous essaierons principalement de déterminer de quelles façons les demandeurs d'asile peuvent être victimes de discrimination à leur encontre de manière générale et, en particulier, en lien avec leur séropositivité connue ou soupçonnée. Nous tenterons également de connaître leur perception de cette discrimination et ses répercussions sur le plan social et de la santé dans leur expérience. Nous comparerons cette expérience à leur description de la stigmatisation à laquelle ils étaient confrontés dans leur pays d'origine. Enfin, nous essaierons de déterminer le régime de soins de santé et de traitement du VIH/sida que connaissent les demandeurs d'asile et auquel ils ont accès au Canada, notamment les traitements proposés par leurs propres communautés ethniques, ainsi que leur compréhension des droits de la personne en ce qui concerne les problèmes liés au VIH/sida au Canada. Nous aborderons les questions et les arguments de recherche en appliquant des techniques de recherche appropriées (qui seront déterminées après un processus de reconnaissance ou à mesure que la recherche progressera). Nous prévoyons notamment de nous appuyer essentiellement sur des entrevues approfondies, en utilisant des techniques ethnographiques pour inciter les demandeurs d'asile à nous raconter l'histoire de leur vie (avant et après la migration). Cette recherche sera menée en concertation avec les organisations communautaires travaillant avec les demandeurs d'asile et le VIH/sida à Ottawa et à Montréal. Les recherches sur le terrain seront précédées d'un examen approfondi de la littérature et des bases de données pertinentes existantes pour déterminer la mortalité et la morbidité. Cette recherche viendra combler une lacune importante en ce qui concerne les expériences en matière de gestion de la stigmatisation, de régimes de santé et de sensibilisation aux questions liées aux droits de la personne sur le VIH/sida chez les demandeurs d'asile au Canada.

Dates : De septembre 2008 à août 2011

Programme de financement : Bourses de recherche – Annonce de priorité : Recherche sur le VIH/sida – Volet services de santé/santé des populations

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R48 :

Titre : *Dynamic models incorporating drug resistance and compliance to describe long term therapy in HIV patients*

Chercheuse principale : Line Labbé

Résumé : Non disponible

Dates : De juillet 2005 à juin 2010

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Fondation pour la recherche en santé des Compagnies de recherche pharmaceutique du Canada – Bourse de carrière en recherche sur la santé

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R49 :

Titre : *Employment and Health Outcomes in HIV/AIDS: A Prospective Mixed Methods Cohort Study*

Chercheurs principaux : Sean B. Rourke, Murray G. Jose, Alan T. Li, Lori Lucier et Sergio Rueda

Chercheurs associés : Barry D. Adam, Jean Bacon, John Cairney, Winston C. Husbands, Margaret E. Millson, Nicole Mittmann, Kelly K. O'Brien, Anita R. Rachlis, Patricia E. Solomon, Robb Travers et Michael G. Wilson

Résumé : Avec l'amélioration significative de la survie et de la capacité à gérer les complications liées au VIH grâce à la disponibilité du traitement antirétroviral hautement actif, le VIH/sida est de plus en plus considéré comme une maladie chronique de longue durée, et non plus comme une maladie terminale progressive. Objectifs : 1) Quelles sont les répercussions de l'emploi sur la qualité de vie sur le plan de la santé? 2) Les différences (ou les changements) dans les handicaps et les limitations de l'activité et dans les principaux déterminants sociaux de la santé sont-elles des facteurs prédictifs de la stabilité de l'emploi? 3) Comment les personnes vivant avec le VIH comprennent-elles et perçoivent-elles leur incapacité de travailler (handicaps, limitations de l'activité et restrictions de la participation) avec le temps et quelles influences les expériences d'incapacité de travailler ont-elles sur les trajectoires d'emploi et sur la qualité de vie sur le plan de la santé avec le temps? Méthodologies : L'étude proposée adoptera une approche fondée sur une méthodologie mixte combinant des méthodologies quantitatives et qualitatives. La partie quantitative de l'étude consistera en une étude de cohorte prospective qui suivra 500 personnes vivant avec le VIH en Ontario pendant deux ans, avec des périodes de collecte de données de six mois, soit un total de cinq visites. La partie qualitative de l'étude consistera en une étude qualitative prospective qui suivra 30 personnes vivant avec le VIH pendant trois périodes de mesure (séparées par un intervalle de six mois). Pertinence : Ce projet fournira des données et des points de vue humains indispensables, qui guideront aussi bien les décisionnaires, en leur fournissant des données probantes pour les débats stratégiques (p. ex. comment créer un environnement de travail plus souple ou plus adaptable), que les organismes communautaires de première ligne, en les aidant à élaborer des stratégies et des services de soutien pour les personnes vivant avec le VIH qui se trouvent dans différentes situations d'emploi.

Dates : D'avril 2008 à mars 2011

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Volet général – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R50 :

Titre : *Enhancing uptake and sustainability of HIV care and antiretroviral therapy among survival sex workers*

Chercheur principal : Dr Mark W. Tyndall

Chercheurs associés : Vicki Bright, Dr Kate Gibson, Francisco Ibanez-Carrasco, Dr Thomas H. Kerr, Dre Treena Rae Orchard, Anita Palepu, Dre Cynthia Kay Patton, Kate Shannon et Dr Evan Wood

Résumé : L'introduction du traitement antirétroviral hautement actif a considérablement modifié l'évolution clinique de l'infection au VIH pour des milliers de Canadiens. Des médicaments efficaces sont disponibles depuis près d'une décennie, et le traitement actuel est extrêmement efficace, bien toléré et présente des toxicités gérables. Toutefois, les bienfaits de ces avancées thérapeutiques impressionnantes ne se sont pas encore fait sentir dans les populations marginalisées, notamment les travailleurs du sexe et les utilisateurs de drogues illégales, qui ressentent de plus en plus les conséquences du VIH. La distribution inégale du traitement antirétroviral aux personnes séropositives admissibles représente l'une des plus fortes disparités dans les soins de santé au Canada. Bien que cette situation représente une difficulté importante pour les fournisseurs de soins de santé et les responsables des politiques, elle constitue également une occasion d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer un programme complet de soins et de traitement du VIH qui permettrait d'améliorer considérablement la santé de cette population et de diminuer la transmission du VIH. Les leçons tirées de ce projet ont le potentiel nécessaire pour aller au-delà de la communauté du centre-est de Vancouver et devenir un modèle pour d'autres communautés urbaines où le traitement du VIH est sous-utilisé.

Dates : De juillet 2005 à mars 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R51 :

Titre : *Environmental Scan of HIV+ Smokers in British Columbia*

Chercheurs principaux : J. Craig Phillips et John L. Oliffe

Chercheurs associés : Joan L. Bottorff, Mary H. Ensom, Milan Khara et Glyn A. Townson

Résumé : Le tabagisme est courant chez les personnes vivant avec le VIH, les estimations semblant indiquer une prévalence pouvant aller jusqu'à 70 %. Les nouveaux régimes médicamenteux ont permis d'obtenir des améliorations significatives de la santé de nombreuses personnes séropositives, mais les fumeurs présentent un risque accru de contracter d'autres complications graves. Des lacunes importantes subsistent en ce qui concerne le tabagisme chez les personnes vivant avec le VIH et ce qui pourrait constituer des stratégies ciblées efficaces de réduction du tabagisme dans diverses sous-populations de personnes séropositives. En Colombie-Britannique, comme dans d'autres contextes, les personnes vivant avec le VIH constituent un groupe varié présentant des problèmes psychosociaux complexes. Cependant, peu d'études abordent les problèmes liés au tabagisme chez les fumeurs vivant avec le VIH ou décrivent des interventions de réduction du tabagisme s'adressant à une population particulière. Les voies d'accès aux services de soins de santé pour les personnes vivant avec le VIH qui fument sont également mal comprises, et les fournisseurs de soins de santé s'accordent sur le fait qu'il est nécessaire d'accorder une attention particulière aux efforts de réduction du tabagisme. La subvention Catalyseur proposée a pour objectif d'effectuer une analyse du contexte afin, d'une part, de mieux comprendre la répartition des différentes sous-populations en évaluant la faisabilité de l'accès et du soutien aux efforts de réduction du tabagisme chez les personnes vivant avec le VIH qui fument et, d'autre part, de décrire les problèmes liés au tabagisme pour les hommes et les femmes vivant avec le VIH et leurs fournisseurs de soins de santé. En nous appuyant sur les conclusions tirées de notre analyse du contexte, nous mènerons des entrevues qualitatives avec un échantillon d'hommes et de femmes fumeurs vivant avec le VIH pour commencer à comprendre certains des problèmes liés au tabagisme qui sont influencés par l'expérience du VIH, par les différences entre hommes et femmes et par d'autres facteurs sociaux. L'étude proposée fournira des bases sur lesquelles s'appuyer pour faciliter les futurs efforts d'une nouvelle équipe de recherche communautaire. Collectivement, l'équipe est idéalement placée pour aborder le problème de la réduction du tabagisme chez les personnes vivant avec le VIH, et les ressources apportées par la subvention Catalyseur nous permettront de nous attaquer plus pleinement à ces problèmes et d'élaborer des plans pour mettre en œuvre des interventions ciblées dans ce contexte à l'avenir.

Dates : De mars 2010 à février 2011

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Volet général – Subvention Catalyseur

Source : Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R52 :

Titre : *Étude de la culture de divulgation chez les femmes et les hommes vivant avec le VIH/sida dans le discours des médias au Québec*

Chercheuse principale : Maria Nengeh Mensah

Résumé : Non disponible

Dates : 2008 et 2009

Programme de financement : Programme de subventions ordinaires de recherche

Source : Conseil de recherche en sciences humaines du Canada

PROJET R53 :

Titre : Évaluation de « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés », un programme par et pour les femmes vivant avec le VIH sur la lourde question du dévoilement

Chercheuse principale : Joanne Otis

Chercheuses associées : Françoise Coté, José Coté, Mylène Fernet et Maria Nengeh Mensah

Résumé : « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés » (PP/PP) est un programme d'*autonomisation* visant à outiller les femmes vivant avec le VIH face à la question du dévoilement de leur statut sérologique au VIH dans différents contextes. Il a été développé et validé en 2006-2007 à titre de projet-pilote avec la participation active de 26 femmes vivant avec le VIH et 4 intervenantes de la région montréalaise. L'étude de validation a démontré la pertinence et l'utilité du programme « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés », mais elle a aussi mis en relief l'importance : 1) de consolider le processus d'appropriation du programme par les femmes vivant avec le VIH et les intervenantes, 2) de procéder à une évaluation plus convaincante de ses effets, et 3) de laisser des traces écrites des expériences vécues par les femmes en lien avec le programme « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés ». La présente étude, d'une durée de trois ans, a comme objectifs de mobiliser les femmes vivant avec le VIH et les intervenantes œuvrant auprès d'elles et de décrire leur trajectoire d'auto-appropriation (autonomisation) dans le contexte de l'évaluation du programme « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés ». L'évaluation du programme « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés » implique : a) la conception, la mise en place et l'évaluation d'une formation provinciale à l'intention des dyades « formatrice/co-animatrice »; b) l'implantation, l'animation par ces dyades et l'évaluation du programme « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés » auprès de 11 groupes composés de 8 à 10 participantes; c) l'organisation et la réalisation d'activités de partage des connaissances (forum communautaire et production d'un ouvrage collectif). S'inspirant des principes de l'Empowerment Evaluation, cette étude repose sur l'utilisation de multiples méthodologies de collecte de données qualitatives (chronique de la coordonnatrice, groupes d'appréciation partagée, traces des échanges sur Internet, etc.) et quantitatives (questionnaires auto-administrés). La finalité de ce projet est de contribuer à la réalisation des objectifs de lutte contre l'infection au VIH énoncés dans l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada en termes d'amélioration de la qualité de vie des femmes vivant avec le VIH.

Dates : D'avril 2008 à mars 2011

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Volet général – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R54 :

Titre : Évaluation d'implantation d'un programme communautaire visant à améliorer la qualité de vie des femmes vivant avec le VIH dans la région de Montréal

Chercheuse principale : Sarine Lory Hovsepian

Chercheuse associée : Joanne Otis

Résumé : À la lumière de l'épidémie de VIH, bien que les thérapies antirétrovirales prolongent l'espérance de vie, la qualité de vie demeure inquiétante. Le projet proposé évaluera l'implantation dans six milieux organisationnels et communautaires d'un programme communautaire visant à amener les femmes vivant avec le VIH à améliorer leur sentiment de contrôle sur leur vie. Premièrement, on évaluera le degré d'implantation de chaque intervention en comparant les activités implantées à celles proposées. Ensuite, on élucidera les facteurs contextuels influençant l'implantation du programme en observant l'intérêt et l'implication communautaires, le niveau d'appropriation du projet par la communauté, les dynamiques entre acteurs, et ce, en observant les participants et intervenants, en interrogeant des informateurs clés et en consultant des rapports d'activités. Ensuite, on évaluera comment les variations dans l'implantation influencent l'efficacité, en comparant les degrés d'implantation aux résultats de chaque programme – mesuré en faisant répondre aux participants des questionnaires avant et après l'intervention. Enfin, on évaluera comment les facteurs contextuels et ceux propres à l'implantation influencent conjointement l'efficacité du programme en entreprenant des analyses quantitatives et qualitatives. Évaluer l'implantation d'un programme communautaire visant l'amélioration du sentiment de contrôle des femmes vivant avec le VIH permettra d'évaluer l'efficacité de ce programme à améliorer leur qualité de vie. De plus, il permettra une meilleure compréhension des conditions favorables à l'obtention d'effets positifs, information essentielle pour guider le choix des milieux et contextes dans lesquels des programmes communautaires similaires peuvent être implantés et être efficaces.

Dates : De mai 2006 à avril 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse de recherche au doctorat

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R55 :

Titre : *Évaluation d'un programme d'interventions sur mesure visant à optimiser l'adhésion à la prise des antirétroviraux auprès de personnes vivant avec le VIH*

Chercheurs principaux : José Coté et Gaston Godin

Chercheurs associés : John Cox, Yann-Gaël P. Guenheneuc, Richard R. Lalonde, Carmen G. Loiselle, Joanne Otis, Maria Pilar Ramirez Garcia et Cécile L. Tremblay

Résumé : À l'heure actuelle, sans pouvoir éradiquer le VIH, les thérapies virales existantes permettent, par la suppression de la réplication virale, de maintenir et d'améliorer la fonction immunitaire des personnes infectées. Cependant, l'arrêt, même temporaire, des thérapies permet au virus de se multiplier et ensuite de développer des résistances aux médicaments. L'adhésion à ce traitement doit être optimale. La résistance réduit la réponse au traitement, permettant à la maladie de progresser, et cette résistance peut aussi se transmettre, devenant alors un problème de santé publique important. La mise au point d'interventions pour accroître l'adhésion aux traitements antirétroviraux est devenue un objectif crucial de la lutte contre l'infection au VIH. L'objectif de l'étude proposée est d'évaluer l'efficacité des interventions sur mesure assistées par la technologie de l'information à optimiser l'adhésion à la thérapie antirétrovirale et à influer sur des marqueurs immunologiques et virologiques. Le caractère innovant de cette étude, c'est qu'elle est conçue pour évaluer l'efficacité des interventions qui sont élaborées a priori, selon une démarche de mappage intégrant les résultats de recherche, la théorie et l'importante contribution communautaire, qui sont adaptées aux besoins individuels et qui offrent un suivi additionnel et complémentaire au suivi clinique actuel. Bien que des retombées directes sur le suivi de la clientèle vivant avec le VIH soient attendues, il est évident que cette démarche permettrait également le suivi d'autres clientèles qui doivent gérer la prise quotidienne d'une médication complexe.

Dates : D'avril 2007 à mars 2011

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R56 :

Titre : *Evaluation of HIV Health Care providers in Canada: Has anything changed since the last decade or are we still judging?*

Chercheuse principale : Elena Ivanova

Chercheuse associée : Kathryn D. Lafreniere

Résumé : Au moyen du modèle de la théorie de l'autodétermination, l'étude examine du point de vue empirique le fondement motivationnel de l'observance du traitement anti-VIH. Les questions de recherche générales suivantes présentent un intérêt : les PVVIH se sentent-elles stigmatisées par les professionnels des soins de santé (c.-à-d. médecins, infirmières, dentistes, techniciens dentaires, etc.)? ont-elles l'impression qu'on leur donne le choix quant aux médicaments anti-VIH prescrits? et, enfin, le langage médical employé par les professionnels de la santé est-il compris par la plupart des PVVIH (niveaux de littératie en santé) au sud-ouest de l'Ontario (Windsor et Toronto)? Sept organismes de services liés au sida ont accepté de participer à ce projet en m'autorisant à recruter des participants dans leur clientèle. Cette étude en est actuellement à la phase de collecte des données. Une fois terminée, elle fournira un aperçu des soins de santé en lien avec les expériences des PVVIH. Les conclusions de l'étude pourront guider l'élaboration de lignes directrices et de recommandations indispensables sur l'observance du traitement anti-VIH.

Dates : D'avril 2007 à mars 2010

Programme de financement : Bourse d'études supérieures du Canada Frederick Banting et Charles Best – Bourse à la maîtrise

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R57 :

Titre : *Examining the effectiveness of a case management intervention for improving the well being of women with HIV/AIDS: A community-based research approach*

Chercheuses principales : Dre Adriana Carvalhal et Louise Binder

Chercheuses associées : Danielle Layman-Pleet, Wangari E. Tharao et Anna Van der Meulen

Résumé : Au Canada, les femmes constituent l'un des groupes de personnes infectées par le VIH qui affichent la croissance la plus rapide. Les femmes vivant avec le VIH/sida sont confrontées non seulement à une maladie chronique et à des exigences médicales complexes, mais aussi à de profondes difficultés sociales. Jusqu'à présent, la recherche sur les interventions comportementales fondées sur la preuve conçues spécifiquement pour les femmes a été négligée dans la littérature. Objectifs : 1) déterminer si une prise en charge proactive fondée sur les points forts pendant six mois est efficace pour améliorer la qualité de vie relative à la santé physique et mentale, comparativement à un programme général de promotion de la santé par les « soins habituels », chez les femmes vivant avec le VIH, et 2) évaluer si l'intervention de prise en charge réduit les niveaux de dépression, améliore les aptitudes à l'adaptation et augmente le soutien social. L'étude proposée adoptera une approche fondée sur une méthodologie mixte combinant des méthodologies quantitatives et qualitatives. Des méthodologies quantitatives seront utilisées pour tester l'efficacité d'une intervention communautaire de prise en charge proactive. Cent soixante participants seront répartis aléatoirement entre deux groupes : 1) un groupe recevant une intervention de prise en charge proactive (« wHEALTH ») comprenant des séances individuelles d'une heure toutes les deux semaines, et 2) un programme de promotion de la santé par les « soins habituels » consistant en des séances d'une heure en groupe toutes les deux semaines. Les mesures seront effectuées à la visite initiale et après un mois, trois mois et six mois; la durabilité de l'intervention sera évaluée après neuf mois. Le principal résultat sera la qualité de vie liée à la santé physique et mentale. Les résultats secondaires comprendront la dépression, le soutien social, les aptitudes à l'adaptation, et la satisfaction à l'égard des

services. Les méthodologies qualitatives consistent en des entrevues approfondies, menées auprès d'un sous-groupe de 40 participants, pour enquêter sur les facteurs contextuels liés aux résultats quantitatifs. Cette étude de recherche communautaire est un partenariat entre les organisations Voices of Positive Women et Women's Health in Women's Hands et l'Université McMaster. Grâce à notre plan de diffusion, les résultats de l'étude seront mis à la disposition des organismes communautaires de services liés au sida, des responsables des politiques et des femmes vivant avec le VIH/sida.

Dates : D'avril 2007 à mars 2010

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données de l'Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R58 :

Titre : *Expériences de maternité et traitements antirétroviraux parmi des femmes vivant avec le VIH/sida d'origine autochtone, haïtienne, africaine et québécoise*

Chercheuse principale : Isabelle Toupin

Chercheuses associées : Joanne Otis et Mylène Fernet

Résumé : Dans le contexte canadien, et au Québec particulièrement, encore peu d'études ont porté sur les représentations des thérapies antirétrovirales contre le VIH et leur impact sur le quotidien des femmes infectées, encore moins chez celles d'origine africaine, haïtienne et autochtone en contexte migratoire (Gallant, 2000; Lévy *et al.*, 2000; Rogers *et al.*, 2000; Sendi *et al.*, 1999). L'expérience de la maternité, qui a été peu considérée, semble centrale dans la construction du rapport à l'infection au VIH, de l'adhésion aux traitements et de la prévention secondaire. Compte tenu de la rareté des études portant sur la compréhension des expériences des femmes infectées par le VIH/sida et suivant des traitements antirétroviraux, notamment dans leur rapport à l'enfant (désir d'enfant, grossesse, accouchement, maternité, transmission verticale), cette étude contribuera à l'avancement des connaissances actuellement limitées. Une fois l'étude complétée, nous serons en mesure de dégager des stratégies de prévention secondaire face au VIH/sida et de mieux saisir les enjeux liés à l'adhésion aux traitements antirétroviraux dans les milieux ethnoculturels ciblés par le projet.

Dates : De septembre 2006 à août 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse de recherche au doctorat : Recherche sur le VIH/sida – Volet services de santé/santé des populations

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R59 :

Titre : *Exploring Social Participation Among Adults Aging with HIV*

Chercheuse principale : Patricia E. Solomon

Chercheuses associées : Kelly K. O'Brien et Mary S. Wilkins

Résumé : Comme le VIH évolue en une maladie chronique et épisodique, les personnes atteintes vivent plus longtemps avec le VIH. Les personnes âgées qui vivent avec le VIH depuis de nombreuses années sont confrontées aux problèmes de santé associés au VIH et, simultanément, aux problèmes de santé associés au vieillissement. Dans le cadre de cette étude qualitative, nous élaborerons un modèle théorique décrivant les expériences liées au vieillissement du point de vue des personnes âgées vivant avec le VIH. Nous déterminerons les difficultés liées à la participation sociale auxquelles font face les personnes âgées vivant avec le VIH et les stratégies qu'elles utilisent pour gérer ces difficultés, et nous comparerons les expériences liées au vieillissement entre les femmes et les hommes âgés vivant avec le VIH. Les conclusions de cette recherche contribueront à l'élaboration de services sociaux et de santé spécifiquement conçus en fonction du genre et de l'âge afin d'optimiser la participation des personnes âgées vivant avec le VIH.

Dates : D'octobre 2009 à septembre 2012

Programme de financement : Subvention de fonctionnement – Annonce de priorité : Initiative de recherche sur le VIH/sida – Volet services de santé/santé des populations

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R60 :

Titre : *Exploring the natural history of injection drug use: A qualitative study of social and environmental influences*

Chercheur principal : Dr Thomas H. Kerr

Chercheurs associés : Dr Cameron Duff, Dr Julio Montaner, Dre Jean Shoveller, Dr William Small, Dre Jo-Anne Stoltz et Dr Evan Wood

Résumé : L'influence des facteurs environnementaux sur la santé individuelle est de plus en plus reconnue dans la recherche de santé publique, en particulier en ce qui concerne les personnes qui s'injectent des drogues illégales. La recherche proposée vise à déterminer les influences sociales, structurelles et environnementales qui peuvent aggraver les risques liés au VIH, empêcher les efforts de prévention du VIH et entraver l'accès au traitement anti-VIH chez les utilisateurs de drogues injectables à Vancouver. Nous emploierons des méthodologies de recherche ethnographiques et qualitatives, notamment des entrevues individuelles et des activités d'observation. En repérant les facteurs qui peuvent tempérer le succès des programmes actuels de réduction des méfaits chez les utilisateurs de drogues injectables, cette recherche permettra aux futurs efforts de cibler efficacement les facteurs importants et de dépasser la portée des interventions comportementales axées sur l'individu. L'étude fournira des idées et des données probantes pour guider l'élaboration d'interventions conçues pour modifier les conditions écologiques qui réduisent la capacité d'une personne à diminuer les risques de VIH, à suivre des stratégies de prévention et à accéder aux soins.

Dates : D'octobre 2006 à septembre 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données de l'Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R61 :

Titre : *Fonctionnement familial chez des familles vivant avec le VIH : vulnérabilités et résilience*

Chercheuse principale : Mylène Fernet

Chercheurs associés : Martin Blais, Normand D. Lapointe, Joanne Otis et Johanne Samson

Résumé : Ce projet de recherche s'intéresse au fonctionnement familial en regard des enjeux relatifs au VIH, à son dévoilement et à la prise en charge des personnes infectées dans les familles affectées par le VIH. Des familles affectées par le VIH seront rencontrées à l'échelle du Québec dans le cadre d'une évaluation quantitative de leur fonctionnement familial afin d'en identifier les facteurs de vulnérabilité et de résilience. Une fois ces résultats recueillis, des entretiens qualitatifs seront effectués auprès des familles afin de documenter, par observation directe, les dynamiques de communication mère-enfant(s). Les retombées permettront l'élaboration d'interventions visant à soutenir les familles vivant avec le VIH dans une perspective d'amélioration de leur qualité de vie.

Dates : De mars 2010 à février 2013

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement – Annonce de priorité : Initiative de recherche sur le VIH/sida – Volet services de santé/santé des populations

Source : Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R62 :

Titre : *From System Fragmentation to System Synthesis: A Collaborative Approach to Increasing Access to Housing, Health and Social Services for People Living with HIV in Ontario*

Chercheuse principale : Dre Saara Greene

Résumé : L'étude *Families, HIV and Housing* est une étude de recherche communautaire visant à étudier les besoins et l'expérience en matière de logement des parents vivant avec le VIH/sida à Toronto. Notre dernière analyse, basée sur 17 entrevues qualitatives approfondies auprès de mères séropositives d'origine africaine et caribéenne, a montré que, même si les mères séropositives sont confrontées à un certain nombre de problèmes et de préoccupations communs liés au logement, ces difficultés sont aggravées pour les mères séropositives des communautés africaine et caribéenne. Cela s'explique par les divers problèmes systémiques qui marginalisent ces mères à cause de leur genre, de leur statut d'immigrantes, de leur culture et de leur position sociale actuelle en tant que femmes séropositives issues de communautés victimes de racisme au Canada.

Dates : De juillet 2007 à juin 2010

Programme de financement : Réseau ontarien de traitement du VIH – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données de l'Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R63 :

Titre : *Gender and well-being in the households of persons receiving antiretroviral treatment*

Chercheuse principale : Dre Amy Kaler

Chercheurs associés : Dr Sean B. Cash, Dr Walter Kipp, Dr Marty Luckert et Dr Duncan Saunders

Résumé : Non disponible

Dates : De janvier 2007 à décembre 2009

Programme de financement : Conseil de recherches en sciences humaines du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données de l'Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R64 :

Titre : *Getting to the HAART of the matter: translating LISA findings into action*

Chercheur principal : Robert S. Hogg

Chercheurs associés : Aranka Anema, Julio S. Montaner, David M. Moore, Alexis Palmer et Surita Parashar

Résumé : Le projet LISA (Longitudinal Investigations into Supportive Ancillary Health Services) a établi une ressource extrêmement riche qui fournit le contexte sociodémographique des données cliniques recueillies sur les personnes vivant avec le VIH qui accèdent au traitement antirétroviral hautement actif par l'intermédiaire du Programme de traitement pharmaceutique du VIH/sida. Nous proposons diverses méthodologies d'application des connaissances afin de concevoir sur mesure des messages destinés aux divers intervenants de notre projet (membres de la communauté, participants, gestionnaires de projet, responsables des politiques). Notre première activité consistera à élaborer des résumés dans un langage simple, qui seront rédigés en collaboration avec le cabinet de communication Kayro Edelman et diffusés aux partenaires communautaires et aux responsables des politiques. Dans le cadre de notre deuxième activité proposée, nous développerons un site Internet où seront diffusés les résultats de recherche sous une forme scientifique et sous une forme vulgarisée. Troisièmement, nous ferons participer la communauté à des discussions en table ronde. Enfin, des activités artistiques, en particulier un projet de photovoix, permettront de nouer davantage le dialogue avec les participants et constitueront un autre moyen de diffuser nos résultats et d'attirer l'attention des responsables des politiques. De plus, notre proposition correspond directement aux objectifs de l'Initiative de recherche sur le VIH/sida des Instituts de recherche en santé du Canada. Nos conclusions donneront un aperçu des services de soin et de traitement fournis dans la province de la Colombie-Britannique. Les données du projet LISA donnent la parole à des personnes séropositives et éclairent les inégalités répandues qui persistent dans les sphères de l'emploi, du logement et de l'exclusion/inclusion sociale. Ces déterminants sociaux de la santé jouent un rôle vital pour déterminer les résultats sur le plan de la santé et la qualité de vie. Nos conclusions abordent directement les vastes différences sur le plan de la vulnérabilité dans la société canadienne, ainsi que la résilience des personnes touchées par la maladie. L'étude suggère également des moyens de progresser vers l'amélioration des services de soutien et auxiliaires. Par conséquent, nous souhaiterions être pris en considération pour recevoir un financement de l'Initiative de recherche sur le VIH/sida pour la mise en œuvre des activités que nous proposons.

Dates : De janvier 2010 à décembre 2010

Programme de financement : Subvention pour réunions, planification et dissémination : Supplément pour l'application des connaissances

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R65 :

Titre : *Guidelines for the Determination of Medical Inadmissibility for Canadian Immigration Applicants with HIV/AIDS: Research Synthesis and Knowledge Dissemination*

Chercheur principal : Peter Coyte

Résumé : La *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* du Canada de 2001 décrit les conditions dans lesquelles les personnes peuvent se voir accorder ou refuser l'admission au Canada. La Loi stipule que les demandes de résidence seront refusées si l'état de santé des demandeurs risque d'entraîner un fardeau excessif pour les services sociaux ou de santé canadiens. Cet article a pour objectif de dériver une définition statistique du fardeau excessif et d'appliquer ce seuil aux personnes atteintes du VIH qui demandent l'admission au Canada. Il démontre que le seuil en vigueur utilisé par Citoyenneté et Immigration Canada est largement inférieur aux seuils pouvant être dérivés statistiquement.

Dates : De 2008 à aujourd'hui

Programme de financement : Réseau ontarien de traitement du VIH – Subvention sur ordre du conseil

Source : Base de données du Réseau ontarien de traitement du VIH

PROJET R66 :

Titre : *Health Care Experiences of HIV Positive Aboriginal Offenders Released into the Community*

Chercheur principal : Anthony V. De Padua

Chercheuse associée : Judith E. Mill

Résumé : Cette étude a pour but de connaître les expériences des délinquants autochtones séropositifs qui ont été remis en liberté dans leur communauté. L'épidémie de VIH/sida touche les Autochtones dans toutes les communautés (dans les zones rurales et urbaines, dans les réserves et en prison). Dans le recensement de 2001, les Autochtones représentaient 3,3 % de la population canadienne; cependant, entre 1998 et 2003, 23 % des personnes vivant avec le VIH étaient des Autochtones. Le Service correctionnel du Canada a indiqué que les délinquants à l'intérieur du système carcéral avaient des taux d'infection au VIH plus élevés que la population générale. Une fois qu'un délinquant est remis en liberté dans sa communauté, le manque de services de soins de santé peut entraîner une détérioration de son état de santé et une occasion manquée de prévenir la propagation du VIH dans la communauté. On prévoit que les conclusions de cette étude fourniront de nouvelles connaissances pour aider les infirmières à offrir aux personnes séropositives des soins et un soutien sûrs. La compréhension des relations entre la culture autochtone, la sous-culture des délinquants et les pratiques actuelles en matière de soins de santé permettra d'améliorer les soins de santé pour cette population marginalisée et vulnérable. Cette recherche viendra combler les connaissances limitées sur les besoins des délinquants séropositifs en matière de soins de santé et sur leur expérience avec les infirmières.

Dates : De janvier 2009 à décembre 2009

Programme de financement : Bourse de recherche au doctorat : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Volet autochtone

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R67 :

Titre : *Health: Culture and Gender as Determinants of Health for Aboriginal Women Living with HIV/AIDS*

Chercheuse principale : Tracey Prentice

Chercheuse associée : Denise Spitzer

Résumé : Non disponible

Date : 2010

Programme de financement : Réseau ontarien de traitement du VIH – Bourse d'études

Source : Base de données du Réseau ontarien de traitement du VIH

PROJET R68 :

Titre : *Healthy deliberation: online decision-making and mobilization by HIV and AIDS patients*

Chercheuse principale : Karen L. Smith

Résumé : Non disponible

Date : 2008

Programme de financement : Bourse d'études supérieures du Canada – Programme de doctorat

Source : Base de données du Réseau ontarien de traitement du VIH

PROJET R69 :

Titre : *High-dimensional data analysis using probabilistic graphical models to infer the causal associations between clinical outcome and virus sequence evolution, drug resistance, and host genetic factors in the context of HIV-1-infected patients undergoing highly active antiretroviral therapy in British Columbia.*

Chercheur principal : Arthur F. Poon

Chercheur associé : Richard P. Harrigan

Résumé : Le traitement antirétroviral hautement actif est une ressource essentielle pour la prise en charge clinique des personnes infectées par le VIH-1, et il est le principal responsable de la baisse de la mortalité liée au sida au cours de la dernière décennie. Toutefois, le VIH-1 acquiert rapidement des mutations qui lui confèrent une résistance à ces médicaments antirétroviraux. L'émergence de variantes résistantes du VIH-1 chez les patients sous traitement antirétroviral hautement actif peut avoir une influence significative sur le taux de progression jusqu'au sida, c'est-à-dire sur le résultat clinique. Mon objectif est d'élaborer des modèles bio-informatiques pour prédire le résultat clinique chez les patients infectés par le VIH-1 à partir de données sur la séquence virale, des schémas posologiques de traitement et des caractéristiques du patient, telles que l'observance thérapeutique et les facteurs génétiques de l'hôte. En tant que caractéristique complexe du VIH-1, la pharmacorésistance nécessite l'accumulation de multiples mutations interdépendantes qui interfèrent souvent avec la croissance du virus. La composition génétique initiale d'une population infectée par le VIH-1 et la combinaison de médicaments utilisés dans le traitement peuvent toutes deux influencer la voie mutationnelle par laquelle le virus devient résistant. Étant donné que les voies mutationnelles peuvent être associées à différents coûts quant à la nocivité ou à la réplication du virus, il est essentiel d'intégrer la variation de la séquence du VIH-1 à la modélisation de l'évolution de la pharmacorésistance et du résultat clinique. Pour tenir compte de la complexité de ce problème, j'emploierai des modèles graphiques probabilistes, une branche de la bio-informatique qui fournit un cadre compact pour la modélisation de systèmes dynamiques complexes comprenant des interactions entre de nombreux facteurs. Ces modèles seront élaborés et mis en œuvre au Centre d'excellence sur le VIH/sida de la Colombie-Britannique, qui supervise l'une des cohortes de traitement du VIH les plus longtemps suivies et les mieux étudiées au monde et qui tient à jour une base de données complète comprenant des renseignements thérapeutiques, cliniques et génétiques. Le produit final de ce projet fournira des lignes directrices complètes propres aux patients afin d'optimiser la prise en charge clinique des infections au VIH-1.

Dates : De juillet 2008 à août 2010

Programme de financement : Bourses de recherche – Annonce de priorité : Recherche sur le VIH/sida – Volet biomédical/clinique

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R70 :

Titre : *HIV and hepatitis C transmission networks in a cohort of injection drug users in Vancouver's downtown eastside: How structure and context matter*

Chercheuse principale : Sheila P. McCarthy

Chercheur associé : Dr David M. Patrick

Résumé : Le VIH/sida est décrit comme une épidémie dans nos communautés autochtones, et nous devons nous concentrer sur nos communautés pour commencer notre voyage vers la guérison. *Life Experiences of Aboriginal Families and HIV/AIDS: A Qualitative Inquiry* a été inspiré par ma motivation d'aider à mieux comprendre le VIH/sida dans nos communautés autochtones. La recherche proposée s'appuiera sur mes années d'expérience en tant que chercheur en Premières nations collaborant avec la communauté pour répondre aux besoins des familles autochtones vivant avec le VIH/sida. Dans les communautés autochtones, il est fréquent que la constellation familiale soit composée des membres de la famille immédiate, étendue et adoptée, et c'est ce concept de la famille qui sera utilisé dans l'étude. Le VIH/sida est un sujet sensible, et mener des recherches auprès des familles autochtones à ce propos exige d'établir des relations de confiance avec elles. L'étude qualitative proposée utilisera des méthodologies théoriques à base empirique pour analyser des entrevues approfondies avec des familles autochtones vivant avec le VIH/sida. Les résultats amélioreront notre compréhension des besoins en matière de soins de santé propres à la culture des familles autochtones. Cette recherche a pour but de compléter nos connaissances limitées sur la prévention appropriée de cette épidémie croissante. Ma collaboration avec les réseaux autochtones liés au sida à l'échelle locale, provinciale et nationale garantira que mes conclusions seront utilisées.

Dates : De septembre 2005 à août 2008

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse d'études

Source : Base de données de l'Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R71 :

Titre : *HIV Health Services Research: Efficacy, Equity, Access and Quality of Life*

Chercheur principal : Dr Ahmed Bayoumi

Résumé : Non disponible

Dates : D'avril 2006 à mars 2009

Programme de financement : Réseau ontarien de traitement du VIH – Bourse de carrière en recherche

Source : Base de données de l'Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R72 :

Titre : *HIV Knowledge Production and Management for Improvement of Health Services in Rural Manitoba*

Chercheurs principaux : Carla Pindera, Marissa Becker et Ken Kasper

Résumé : La prévention et le soin du VIH sont importants pour améliorer la santé et le bien-être des populations vulnérables. Toutefois, d'importantes lacunes subsistent en ce qui concerne les stratégies pour atteindre les meilleurs résultats qui soient en matière de prévention et de soin. Au Manitoba, le nombre total de nouveaux diagnostics de VIH a augmenté au cours des dernières années. Récemment, nous avons également appris que davantage de personnes effectuaient des tests de dépistage du VIH dans les régions rurales et du nord et que, la plupart du temps, elles accédaient aux soins lorsqu'elles étaient très malades. Cela laisse à penser que, souvent, certaines personnes, en particulier dans les populations vulnérables et éloignées, n'accèdent pas aux soins ou ne peuvent pas y accéder et que, lorsqu'elles le font, il est souvent trop tard. Le University of Manitoba Health Sciences Centre et le Nine Circles Community Health Centre, en collaboration avec des partenaires régionaux, ont entamé un processus d'examen des lacunes dans les zones rurales et du nord de la province. Le but global des deux réunions est de faciliter une discussion pouvant guider la poursuite du programme d'échange de connaissances et de recherche concernant la prestation des soins dans les régions rurales et du nord du Canada. Les principaux objectifs des réunions sont les suivants : 1) présenter une mise à jour du Manitoba HIV Program; 2) présenter les conclusions de recherche et les données probantes en faveur du développement du Manitoba HIV Program et en discuter; 3) comprendre les problèmes liés au VIH rencontrés dans la région, notamment les connaissances et les ressources actuelles et les lacunes dans ces domaines, et discuter des stratégies pour combler les lacunes et les faiblesses en lien avec les soins primaires, le traitement et le soutien aux personnes infectées par le VIH, notamment des moyens pour renforcer la communication et la collaboration entre les régions. Par des séances interactives, nous entendons élaborer une recherche et des projets pour commencer à évaluer les lacunes et les besoins identifiés par les régions. Un compte rendu des ateliers sera partagé avec les autres régions de la province comme modèle pour renforcer l'établissement de partenariats régionaux et l'élaboration de programmes de lutte contre le VIH.

Dates : De janvier 2010 à décembre 2010

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention pour réunions, planification et dissémination – Subvention de planification – Annonce de priorité : Institut des maladies infectieuses et immunitaires

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R73 :

Titre : *HIV Positive Women's Reproductive Decisions: A Longitudinal Assessment of Social and Psychological Contributors to Fertility*

Chercheuse principale : Anne Wagner

Chercheur associé : Trevor A. Hart

Résumé : Les femmes en âge de procréer constituent le groupe qui enregistre la plus forte progression au Canada parmi les personnes contractant le VIH. Grâce à des avancées médicales récentes, le risque de transmission du virus de la mère à l'enfant a considérablement diminué. En raison du risque réduit de transmission, la grossesse devient une option moins risquée pour les femmes séropositives recevant des soins médicaux et une assistance appropriés du système de soins de santé (car l'aide à la reproduction est nécessaire pour prévenir la transmission à un partenaire). On a constaté que le taux de femmes séropositives désirant avoir des enfants était comparable à celui des femmes non séropositives, mais leur taux de grossesse réelle n'a pas encore été examiné. L'étude en cours examinera quelle proportion de femmes séropositives ayant l'intention d'avoir des enfants tombent enceintes sur une période de deux ans et comparera ce groupe à un groupe correspondant de femmes séronégatives. L'étude examinera également le stigmate du VIH, le soutien social, la détresse psychologique et les obstacles aux soins de santé en tant que facteurs prédictifs de l'intention de procréer et de la grossesse.

Dates : De septembre 2009 à août 2012

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse d'études supérieures du Canada Frederick Banting et Charles Best – Bourse au doctorat

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R74 :

Titre : *HIV Positive Women's Reproductive Decisions: Social and Psychological Contributors and their Implications for Health Care Delivery*

Chercheuse principale : Anne Wagner

Chercheur associé : Trevor A. Hart

Résumé : Non disponible

Dates : De septembre 2008 à août 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourses d'études supérieures du Canada – Bourses à la maîtrise

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R75 :

Titre : *HIV, Health care utilization, and bias in a sample of gay, bisexual, and other MSM*

Chercheur principal : Todd Coleman

Chercheuse associée : Greta Bauer

Résumé : Non disponible

Date : 2010

Programme de financement : Réseau ontarien de traitement du VIH – Bourse d'études

Source : Base de données du Réseau ontarien de traitement du VIH

PROJET R76 :

Titre : *HIV/AIDS experience of Alberta women who are from countries where HIV is endemic*

Chercheuse principale : Dre Aniela Dela Cruz

Résumé : Cette étude vise à examiner de près et à comprendre les expériences des femmes séropositives provenant de pays d'Afrique subsaharienne où le VIH est endémique qui vivent en Alberta. Les objectifs de cette étude sont les suivants : comprendre les expériences que vivent les femmes relativement à leur diagnostic d'infection au VIH ainsi qu'en matière de traitement et de soutien au sein de leur communauté, et comprendre les répercussions de l'infection au VIH des femmes sur leurs relations sociales et familiales. Un certain nombre de femmes provenant de pays de l'Afrique subsaharienne qui vivent et travaillent en Alberta peuvent avoir une infection au VIH ou être touchées par celle-ci. La documentation fait état de relativement peu d'études portant sur le VIH/sida chez les immigrants au Canada provenant de l'Afrique subsaharienne. Il existe des données probantes indiquant un nombre accru de tests positifs pour le VIH et de cas de sida diagnostiqués chez les Canadiens provenant de l'Afrique subsaharienne, mais on en sait toujours peu sur les facteurs contextuels qui contribuent à ce problème ou sur les expériences des femmes qui sont séropositives et qui vivent à l'extérieur des grandes communautés métropolitaines. En 2005, il existait quinze études ou comptes rendus documentés réalisés au Canada qui portaient spécifiquement sur le VIH et le sida chez les personnes provenant de pays d'Afrique et des Caraïbes, et tous avaient été effectués à l'est du Canada et dans de grands centres métropolitains comme Toronto et Montréal. De plus, aucune étude terminée ou en cours n'examine ni ne documente les expériences des femmes provenant de pays d'Afrique subsaharienne qui vivent en Alberta et qui sont infectées ou touchées par le VIH.

Dates : De mai 2007 à avril 2010

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse d'études

Source : Base de données de l'Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R77 :

Titre : *HIV/AIDS, Gender-based Violence and Masculinities Workshop*

Chercheur principal : Stevenson Fergus

Résumé : Le *HIV/AIDS, Gender-based Violence and Masculinities Workshop* est un atelier scientifique et éducatif de trois jours qui devrait se dérouler en août 2009. Cet atelier, qui vient compléter une séance de formation existante sur le VIH/sida et la violence fondée sur le genre, rassemblera des intervenants internationaux et nationaux concernés pour lesquels la double épidémie de VIH/sida et de violence sexiste est essentielle. Tout en présentant l'expertise canadienne sur la pandémie mondiale de VIH/sida, l'atelier constituera un forum d'échange de connaissances, de partage d'information, de réflexion et d'établissement de priorités concernant les épidémies de VIH/sida et de violence fondée sur le genre. L'atelier a été conçu pour offrir une formation rigoureuse et des occasions de réseautage à la prochaine génération de chercheurs en VIH/sida. Enfin, cet atelier facilitera la participation d'experts internationaux et nationaux à la création de liens entre les épidémies mondiales de VIH/sida et de violence sexiste et l'expérience des immigrants originaires d'Afrique subsaharienne au Canada.

Dates : De septembre 2008 à août 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention pour réunions, planification et dissémination – Subvention de planification – Annonce de priorité : Institut des maladies infectieuses et immunitaires

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R78 :

Titre : *HIV/AIDS, Maternal Health and Motherhood: Health-Related Behaviours, Programming Implications and Narrative Constructions*

Chercheuse principale : Pamela J. Downe

Chercheuses associées : Sylvia Abonyi, Karen Lawson et Jennifer Poudrier

Résumé : Cette recherche communautaire d'une durée de trois ans déterminera et analysera la relation entre les expériences des femmes avec la maternité et avec le virus de l'immunodéficience humaine/syndrome de l'immunodéficience acquise (VIH/sida). En 2006, AIDS Saskatoon a constaté que les mères constituaient une part importante et croissante des personnes ayant accès aux services de l'organisme, mais pour lesquelles aucun programme n'était spécifiquement conçu. Une collaboration communautaire pendant 21 mois avec 17 organisations et chercheurs universitaires a abouti à l'élaboration de trois objectifs de recherche : 1) déterminer la relation entre la maternité et le VIH/sida; 2) évaluer les répercussions de la maternité sur les comportements de santé des femmes qui font appel aux services d'AIDS Saskatoon; 3) déterminer et renforcer les capacités pour améliorer les services liés au VIH/sida qui sont jugés positifs par les participantes à la recherche. Cette recherche, qui adopte une approche descriptive, est axée sur la participation et sera guidée par AIDS Saskatoon et un comité consultatif communautaire composé de 14 membres. Dans le cadre de ce projet, des femmes autochtones et non autochtones se définissant comme mères participeront à deux séries d'entrevues, à un projet de photovoix, à une analyse de programmation en deux phases et à des groupes de discussion. Étant donné que l'augmentation des taux de VIH/sida chez les femmes touche principalement les femmes en âge de procréer et que moins de 4 % des organisations inscrites auprès de la Société canadienne du sida proposent des programmes de santé maternelle, cette recherche aura des répercussions de grande portée pour la santé et le bien-être des femmes autochtones et non autochtones qui ont des enfants et qui vivent avec le VIH/sida, sont touchées par la maladie ou y sont vulnérables.

Dates : D'avril 2008 à mars 2011

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Volet général – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R79 :

Titre : *HIV/Antiretroviral Update*

Chercheur principal : Julio S. Montaner

Résumé : Le lundi 25 mai 2009, le Centre d'excellence sur le VIH/sida de la Colombie-Britannique organisera la conférence d'une journée « HIV/Antiretroviral Update » au Sheraton Wall Centre Hotel à Vancouver. Cette conférence semestrielle gratuite présente les derniers renseignements sur le traitement antirétroviral hautement actif pour les patients infectés par le VIH et aborde les enjeux et les avantages de ce traitement pour divers groupes de population. Le Centre d'excellence s'engage à collaborer avec des médecins, des infirmières, des pharmaciens et d'autres fournisseurs de soins de santé pour permettre aux personnes touchées d'avoir accès aux soins, au traitement et au soutien appropriés et pour contribuer à réduire l'incidence des nouvelles infections au VIH. Le transfert de connaissances par l'entremise de la formation médicale continue des fournisseurs de soins de santé est l'un des principaux moyens par lesquels le Centre d'excellence contribue à atteindre ses objectifs de prévention et de traitement. Le Centre d'excellence sur le VIH/sida de la Colombie-Britannique souhaite faire participer autant de médecins et d'autres fournisseurs de soins de santé que possible, surtout ceux qui ont des patients séropositifs (y compris des patients chez qui le VIH a été récemment diagnostiqué ou qui présentent un risque de contracter le VIH) ou, tout simplement, ceux qui sont intéressés par le VIH. L'avis relatif à la conférence « HIV/Antiretroviral Update » a été envoyé aux médecins prescrivant actuellement des antirétroviraux inscrits dans les registres du Centre et publié dans notre bulletin d'information et sur le site Internet du Centre d'excellence. Pour ceux qui ne sont pas en mesure d'assister à l'événement à Vancouver, il sera retransmis en direct sur Internet sur le site Internet. La vidéo de l'événement sera également archivée sur notre site Internet, afin que les médecins et les autres personnes intéressées puissent accéder aux discussions ultérieurement. L'événement est agréé par le Collège des médecins de famille du Canada, de telle sorte que les participants peuvent recevoir des crédits de formation médicale continue.

Dates : De mai 2009 à avril 2010

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention pour réunions, planification et dissémination – Subvention de planification – Annonce de priorité : Institut des maladies infectieuses et immunitaires

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R80 :

Titre : *HIV-Organ Transplantation Information Exchange Conference*

Chercheur principal : Curtis L. Cooper

Chercheur associé : Edward J. Mills

Résumé : Cette réunion constituera pour les médecins en soins du VIH/sida, les spécialistes de la greffe d'organes, les autres fournisseurs de soins du VIH, les chercheurs, les éthiciens, les décisionnaires et les membres de la communauté du VIH une occasion de discuter des problèmes associés au VIH/sida et à la transplantation hépatique. L'échange de connaissances mettra l'accent sur une méta-analyse et un examen systématique de la transplantation hépatique chez des patients infectés par le VIH, menés par les principaux chercheurs. Cette réunion offrira des possibilités d'échange d'information entre pairs dans le but de clarifier les connaissances scientifiques et les politiques à suivre en matière de transplantation hépatique chez les personnes vivant avec le VIH/sida au Canada. Cette réunion proposée est pertinente pour l'Initiative de recherche sur le VIH/sida des Instituts de recherche en santé du Canada, car elle aborde le traitement des Canadiens infectés par le VIH/sida et la transplantation hépatique chez les personnes infectées par le VIH en tant que problème de santé d'envergure mondiale. Le résultat de cette recherche et de cette transmission des connaissances aura des répercussions sur les systèmes, les services et les politiques de santé, car cette procédure est rendue accessible aux Canadiens vivant avec le VIH. De plus, cette recherche est liée à la co-infection par le virus de l'hépatite C et le VIH, qui constitue une priorité de l'Initiative de recherche sur le VIH/sida des Instituts de recherche en santé du Canada.

Dates : De janvier 2010 à décembre 2010

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention pour réunions, planification et dissémination – Subvention de planification – Annonce de priorité : Institut des maladies infectieuses et immunitaires

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R81 :

Titre : *HIV-Related Cognitive Impairment in the HAART Era: A Pilot Project*

Chercheuse principale : Neora Pick

Chercheurs associés : David R. Burdge, Eliana Castillo, Hélène Côté, Wendy J. Loken et Allen E. Thornton

Résumé : La vie des personnes vivant avec le VIH a considérablement changé au cours des vingt dernières années, et les médicaments utilisés pour traiter le VIH les aident à vivre plus longtemps. On commence à observer chez les personnes vivant avec le VIH des changements dans l'état de santé qui se produisent normalement avec le vieillissement, et certains médecins pensent que ces changements surviennent plus tôt que chez les personnes non infectées par le VIH. Parmi les phénomènes fréquemment signalés par les personnes vivant avec le VIH figure la baisse de la capacité à se concentrer, à être attentif et à se souvenir. À cause de ce type d'effet, il peut être plus difficile pour les personnes de se souvenir de prendre leurs médicaments tous les jours ou encore de prendre soin d'elles-mêmes et de leur famille. Étant donné que les médicaments anti-VIH diminuent la charge virale du VIH dans l'organisme, oublier de les prendre peut aussi avoir des effets négatifs sur leur espérance et leur qualité de vie. On ne sait pas encore grand-chose sur les effets exacts des médicaments anti-VIH sur la pensée et la mémoire ni sur les éventuelles répercussions que cela pourrait avoir sur le processus normal de vieillissement. On en sait encore moins sur ces effets chez les femmes, car la plupart des études ont été réalisées sur des hommes. Dans le monde entier, les femmes représentent la moitié des personnes vivant avec le VIH, et nous pensons qu'il est très important de comprendre ces effets chez les femmes. Notre équipe aimerait proposer une courte série de tests de mémoire et de réflexion. Cela nous aidera à savoir s'il y a un problème qui nuit à leur fonctionnement au quotidien, et cela constituera la première étape pour étudier des moyens possibles d'aider les femmes à faire face à ce problème. Nous pensons que cette information nous aidera à mieux comprendre ce nouveau problème grave. Nous sommes également d'avis qu'il est très important de commencer à étudier ce problème dès maintenant, car, dans six ans, plus de 50 % des personnes vivant avec le VIH en Amérique du Nord seront âgées de plus de 50 ans. Ces renseignements aideront néanmoins toutes les personnes séropositives, où qu'elles vivent.

Dates : De mars 2010 à février 2011

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention Catalyseur : Maladies infectieuses et immunitaires – Subvention Catalyseur de nouveau chercheur

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R82 :

Titre : *Housing and Health: Impact of Housing on People Living with HIV/AIDS Symposium*

Chercheuse principale : Charlotte R. McKay

Résumé : L'Alberta Community Council on HIV est une réponse communautaire coordonnée au VIH qui comprend des programmes de prévention, d'éducation, d'action sociale, de réduction des méfaits, de soins et de soutien en lien avec le VIH, ainsi que des logements palliatifs et de transition pour les personnes vivant avec le VIH/sida. Le « Housing and Health: Impact of Housing on People Living with HIV/AIDS Symposium », organisé par l'Alberta Community Council on HIV, rassemblera des intervenants de différents secteurs (VIH, communauté, logement, gouvernement et milieu universitaire) de l'Alberta, des Prairies et du reste du Canada. Le symposium mettra l'accent sur l'échange de connaissances et l'établissement des lacunes ou des priorités de recherche afin d'influencer l'élaboration d'une stratégie de logement spécifiquement destinée aux PVVIH. En utilisant les initiatives en cours (notamment le « Housing and Health Research to Action Symposium »), le symposium établira un fort lien provincial/régional/national qui contribuera de façon significative au développement de la collaboration nationale pour le logement des PVVIH. Il jouera un rôle important dans l'élaboration d'une réponse nationale solide au problème du logement pour les PVVIH.

Dates : De septembre 2008 à août 2009

Programme de financement : Subvention pour réunions, planification et dissémination : Application des connaissances

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R83 :

Titre : *If hepatitis C virus (HCV) is an opportunistic infection, why has HAART not led to dramatic improvements in liver disease among HIV-HCV co-infected persons?*

Chercheuse principale : Marina B. Klein

Chercheurs associés : Brian Conway, Curtis L. Cooper, Pierre Côté, John Cox, Michael J. Gill, Shariq Haider, Mario A. Ostrowski, Danielle Rouleau, Samy Suissa, Sharon L. Walmsley et David K. Wong

Résumé : De plus en plus de personnes sont co-infectées par le virus de l'hépatite C et le VIH. Le VIH semble entraîner une progression plus rapide des maladies hépatiques liées au virus de l'hépatite C. Les maladies hépatiques sont désormais l'une des principales causes de décès chez les personnes co-infectées par le VIH et le virus de l'hépatite C. On s'attendait à ce que les traitements anti-VIH efficaces, en restaurant le système immunitaire, entraînent une amélioration de la santé hépatique. Or, on ne sait toujours pas clairement pourquoi les maladies hépatiques continuent à être un problème d'une telle ampleur en cas de co-infection. Nous proposons d'étudier les effets du traitement anti-VIH sur les maladies hépatiques liées au virus de l'hépatite C. Pour ce faire, nous étudierons 950 personnes co-infectées par le VIH et le virus de l'hépatite C dans tout le Canada pendant cinq ans. Nous examinerons les facteurs sociaux et biologiques susceptibles de contribuer aux maladies hépatiques et nous évaluerons des méthodologies non invasives pour mesurer la santé hépatique. Nous examinerons également la fonction immunitaire des participants recevant un traitement anti-VIH par rapport à celle des participants non traités. Ce travail permettra de mieux comprendre la façon dont ces deux virus interagissent pour provoquer la maladie et fournira des idées sur la meilleure manière de concevoir les traitements afin qu'à l'avenir, les personnes co-infectées par le VIH et le virus de l'hépatite C puissent bénéficier des progrès thérapeutiques réalisés pour l'infection au VIH.

Dates : D'avril 2006 à mars 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R84 :

Titre : *Impact of Food Security on Health Outcomes in People Living with HIV Across Canada*

Chercheurs principaux : Ruthann Tucker et Robert S. Hogg

Chercheurs associés : Aranka Anema, Tsegaye M. Bekele, Sarah J. Fielden, Jennifer E. Jones, Murray G. Jose, Rick A. Kennedy, Marina B. Klein, Christiana Miewald, Kenneth M. Monteith, Sean B. Rourke et David Swan

Résumé : L'étude proposée vise principalement à examiner et isoler les causes premières, les facteurs de risque propres au contexte (social, économique et environnemental) et les obstacles à l'accès qui influent sur l'insécurité alimentaire au niveau des individus et de la population, ainsi que les répercussions de l'insécurité alimentaire sur l'évolution clinique de l'infection au VIH, sur les résultats en matière de santé, sur la qualité de vie liée à la santé et sur la survie des personnes. Pour atteindre ces objectifs, nous avons composé une équipe d'experts communautaires et universitaires d'Ontario, de Colombie-Britannique et du Québec, qui est bien placée pour mener cette initiative de recherche communautaire et pour mobiliser les données de recherche essentielles générées afin de guider et d'influencer : 1) les pratiques exemplaires des programmes et des services alimentaires et de soutien dans la communauté, et 2) les politiques qui limitent la disponibilité et l'accès aux sources alimentaires et à la nutrition appropriées pour les PVVIH au Canada. Ce sera la première fois dans l'histoire et l'évolution du programme de recherche communautaire sur le VIH/sida des Instituts de recherche en santé du Canada que des données sur une cohorte clinique et communautaire provenant de trois régions majeures du Canada seront regroupées pour répondre aux besoins en matière de santé des PVVIH. Principaux objectifs : 1) évaluer la prévalence de l'insécurité alimentaire en général et de divers sous-types d'insécurité alimentaire (c.-à-d. insuffisance alimentaire, mauvaise qualité/diversité alimentaire, éventail des méthodologies d'obtention des produits alimentaires) chez les personnes infectées par le VIH en Colombie-Britannique, en Ontario et au

Québec; 2) examiner les corrélations sociodémographiques et liées aux déterminants de la santé de l'insécurité alimentaire en général et des sous-types d'insécurité alimentaire chez les personnes infectées par le VIH en Colombie-Britannique, en Ontario et au Québec; 3) examiner si la sécurité alimentaire adéquate, appropriée et stable est associée à un meilleur accès aux soins médicaux chez les personnes infectées par le VIH en Colombie-Britannique, en Ontario et au Québec; et 4) examiner les résultats sur le plan de la qualité de vie clinique et liée à la santé et les bienfaits sur le plan de la survie associés à la sécurité alimentaire adéquate, appropriée et stable et à l'accès aux programmes alimentaires chez les personnes infectées par le VIH en Colombie-Britannique, en Ontario et au Québec.

Dates : D'avril 2006 à mars 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R85 :

Titre : *Impacts of criminal prosecutions for HIV exposure and transmission on people living with HIV*

Chercheur principal : Dr Barry Adam

Résumé : Dans le contexte actuel marqué par le nombre croissant de poursuites judiciaires pour transmission du VIH à la suite de la décision *Cuerrier* rendue en 1998 par la Cour suprême du Canada, ce projet examine la façon dont les personnes vivant avec le VIH perçoivent la loi et l'obligation légale de divulguer leur état sérologique à leurs partenaires sexuels potentiels. On manque de données probantes sur les répercussions du droit pénal, alors même que la politique publique évolue à mesure des décisions des enquêteurs de police, des substituts du procureur général et des tribunaux. La recherche étudie la façon dont les personnes séropositives ont été informées des évolutions de la procédure par les organismes de services liés au sida, les fournisseurs de soins de santé et les autres organisations pertinentes. Elle étudie également les répercussions des procédures judiciaires et de leur couverture médiatique sur : a) la compréhension des droits et des responsabilités de chacun à l'égard d'autrui concernant la transmission, la stigmatisation et la vulnérabilité à la poursuite judiciaire; b) la décision d'effectuer un dépistage du VIH; c) les pratiques en matière de divulgation de l'état sérologique d'une personne et de ses partenaires sexuels; et d) les pratiques sexuelles plus sécuritaires de chacun et d'autrui. En élucidant les répercussions sociales de la politique publique en train d'être créée par les décisions judiciaires, ce projet cherche à nous permettre de mieux comprendre : a) quelles sont les répercussions, positives ou négatives, des poursuites au criminel pour non-divulgation du VIH aux partenaires sexuels sur les efforts de prévention du VIH par divers moyens; b) de quelles façons la prévention du VIH pourrait être rendue plus efficace sans avoir recours au système de justice pénale; c) les autres trajectoires possibles qui aboutissent à la poursuite judiciaire; et d) les pratiques exemplaires d'articulation appropriée des mesures de santé publique avec le système de justice pénale.

Dates : D'avril 2008 à mars 2011

Programme de financement : Réseau ontarien de traitement du VIH – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données de l'Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R86 :

Titre : *Informal social supports, caregiving and HIV/AIDS: A community-based study*

Chercheurs principaux : Dre Carla Pindera et Dr Javier Mignone

Chercheurs associés : Dre Margaret Akan, Dr Lawrence J. Elliot, Dre Carol D. Harvey et Dre Christine N. Smith

Résumé : Au Manitoba et en Saskatchewan, les taux croissants d'infection au VIH indiquent qu'il est nécessaire de mettre en œuvre des programmes coordonnés de prévention et de soutien. L'augmentation du nombre de personnes vivant avec le VIH entraîne une dépendance accrue aux services communautaires formels et aux réseaux de soins informels pour faire face à la maladie. L'étude de recherche communautaire proposée se concentrera sur les besoins pratiques et de recherche liés à l'optimisation des systèmes de soins et de soutien social pour les PVVIH au Manitoba et en Saskatchewan. Le projet a pour objectif d'améliorer la compréhension de la réalité de ceux qui fournissent des soins (informels) et de ceux qui en reçoivent. Ce savoir contribuera à améliorer la qualité de vie des PVVIH et de leurs soignants informels (à savoir leurs partenaires, leur famille et leurs amis). Les problématiques de recherche seront étudiées au moyen d'une combinaison de méthodologies qualitatives et d'outils de recherche conçus en collaboration avec les membres de la communauté, c'est-à-dire les personnes vivant avec le VIH et les personnes qui s'occupent d'elles. Divers outils de collecte de données axés sur la participation seront utilisés, notamment l'analyse documentaire, la photovoix et les entrevues individuelles approfondies. Les conclusions seront organisées et diffusées de façon à ce qu'elles soient les plus bénéfiques et utiles possible pour la communauté et les partenaires communautaires offrant des soins, des traitements et du soutien aux personnes vivant avec le VIH.

Dates : D'avril 2007 à mars 2010

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données de l'Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R87 :

Titre : *Innovative approaches for diagnosing tuberculosis in the era of HIV*

Chercheur principal : Madhukar Pai

Chercheurs associés : Peter Daley, Nandini Dendukuri, Keertan Dheda, Christina A. Greenaway et Richard Menzies

Résumé : La tuberculose est une maladie infectieuse très importante à l'échelle mondiale. Chaque année, 8 à 9 millions de personnes contractent la tuberculose, et 2 autres millions en meurent par an. La tuberculose est la principale cause de décès chez les personnes vivant avec l'infection au VIH. L'identification et le diagnostic des cas de tuberculose active, en particulier chez les personnes infectées par le VIH, sont essentiels pour les programmes de maîtrise de la tuberculose au Canada et dans le monde entier. Or, les tests existants de dépistage de la tuberculose sont les mêmes depuis des décennies et utilisent des technologies imparfaites. Il est nécessaire et urgent de mettre au point des tests diagnostiques améliorés pour maîtriser l'épidémie de tuberculose. Dans cette recherche, nous proposons d'évaluer la précision de nouveaux outils innovants pour diagnostiquer la tuberculose chez les personnes infectées par le VIH et non infectées dans trois pays présentant différents niveaux de VIH et de tuberculose dans la communauté. Ces pays sont les suivants : le Canada (faibles niveaux de tuberculose et de VIH), l'Inde (niveaux élevés de tuberculose et niveaux intermédiaires de VIH) et l'Afrique du Sud (niveaux élevés de tuberculose et de VIH). En plus d'examiner la précision des tests, nous avons l'intention d'évaluer si la faisabilité et les caractéristiques des tests sont différentes entre les personnes infectées par le VIH et les personnes non infectées. Enfin, nous examinerons la rentabilité des nouveaux tests dans les trois différents pays. Les résultats de l'étude seront utiles pour orienter des décisions fondées sur des preuves en vue de la maîtrise de la tuberculose à l'échelle mondiale. Le projet aboutira également à des relations durables et équilibrées de collaboration entre les chercheurs au Canada, en Inde et en Afrique afin de promouvoir l'évaluation et l'application de technologies innovantes dans le contexte où elles sont le plus nécessaires.

Dates : D'octobre 2008 à septembre 2011

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R88 :

Titre : *Ontario HIV Treatment Network – Interdisciplinary Centre for Community-Based IMPACTS on HIV Policy*

Chercheurs principaux : Sean B. Rourke et Barry D. Adam

Chercheurs associés : Jean Bacon, Ahmed M. Bayoumi, Laurie Edmiston, Jacqueline C. Gahagan, Robert S. Hogg, Rosemary J. Jolly, Susan A. Kirkland, Frank McGee, Gerry J. Mugford, Eric Mykhalovskiy, Stephanie A. Nixon et Michael Orsini

Résumé : Les organisations de première ligne qui mettent en place des programmes de prévention du VIH et de soutien, les organismes communautaires de services liés au sida et les centres de santé publique sont soumis à une pression de plus en plus forte pour démontrer que leurs programmes et leurs interventions sont efficaces, abordables et fondés sur des preuves. L'Interdisciplinary Centre for Community-Based IMPACTS on HIV Policy que nous proposons rassemblera des chercheurs provenant de disciplines très diverses, des personnes vivant avec le VIH, des fournisseurs de services de première ligne, des responsables des politiques fédérales, provinciales et régionales et des organisations ayant une mission d'application et d'échange de connaissances. Il fournira le soutien infrastructurel nécessaire pour permettre aux chercheurs en sciences sociales, à la communauté du VIH et aux responsables des politiques de concevoir et d'évaluer des interventions communautaires et de santé publique pour la prévention, le soin et le traitement du VIH et pour le soutien aux personnes vivant avec le VIH. En ce qui concerne l'approche, le Centre appuiera l'évaluation fondée sur les résultats qui caractérise la recherche sur les interventions sociales et comportementales en matière de VIH aux États-Unis, mais il ira plus loin pour comprendre et intégrer les déterminants politiques, sociaux, économiques, liés à la politique de santé et aux services de santé et les autres déterminants sociaux et structurels qui renforcent ou limitent l'efficacité des diverses interventions. Le Centre a pour objectif d'améliorer la santé et le bien-être des personnes vivant avec le VIH ou risquant d'être infectées et de contribuer à une politique publique saine. En s'appuyant sur les réseaux régionaux actuels de chercheurs et de fournisseurs de services, le Centre constituera une puissante plateforme nationale de recherche interdisciplinaire sur la santé de la population, les services de santé, les interventions communautaires et de santé publique et l'application des connaissances. Les objectifs du Centre sont les suivants : 1) renforcer les capacités de recherche interdisciplinaire sur la santé de la population et les services de santé; 2) soutenir la recherche sur la santé de la population et les services de santé en lien avec le VIH/sida; 3) soutenir l'adoption d'interventions communautaires ou de santé publique fondées sur des preuves; et 4) mettre en action la recherche et l'évaluer afin d'influencer une politique publique saine.

Dates : De septembre 2008 à décembre 2008

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Recherche sur le VIH/sida – Volet services de santé/santé des populations – Lettres d'intention

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R89 :

Titre : *Investigating and addressing barriers to human immunodeficiency virus (HIV) and hepatitis C virus (HCV) care among injection drug users*

Chercheur principal : Dr Evan Wood

Chercheurs associés : Dr Thomas H. Kerr, Dr Julio Montaner, Dre Anita Palepu, Dre Jo-Anne M. Stoltz, Dr Mark W. Tyndall, Dr Richard P. Harrigan et Dr Robert Stephen Hogg

Résumé : Depuis l'introduction du traitement antirétroviral au milieu des années 1990, ses avantages pour le traitement de l'infection au VIH ont été bien établis. Les nouveaux régimes antirétroviraux ont permis des améliorations marquées de la morbidité et de la mortalité associées au VIH chez les personnes suivant un traitement antirétroviral, en particulier chez les hommes gais et bisexuels. Bien que les effets secondaires du traitement anti-VIH présentent des difficultés, la progression de la maladie et les décès associés au sida sont devenus si rares chez les personnes suivant un traitement antirétroviral que, dans beaucoup de régions du monde, l'infection au VIH est de plus en plus considérée comme une maladie chronique gérable. Ces constats ont émergé au milieu de préoccupations de plus en plus urgentes quant à l'inégalité d'accès au traitement antirétroviral des personnes infectées au cours des dernières phases de l'épidémie de VIH en Amérique du Nord, en particulier des utilisateurs de drogues injectables illégales infectés par le VIH. Les utilisateurs de drogues injectables atteints de l'infection au VIH présentent un risque immédiat de dégradation de leur état de santé et de mortalité évitable à cause de leur accès limité au traitement antirétroviral et à la rétention en soins médicaux et, à leur tour, contribuent à des dépenses considérables en soins de santé lorsque des infections opportunistes entraînent une hospitalisation de longue durée. Cette proposition favorisera l'élaboration d'un programme de recherche interdisciplinaire, basé sur une nouvelle étude de cohorte prospective d'utilisateurs de drogues injectables infectés par le VIH, qui déterminera les facteurs entravant et facilitant l'accès aux soins du sida dans cette population extrêmement vulnérable.

Dates : D'avril 2006 à mars 2011

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données de l'Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R90 :

Titre : *Investigations into clinical outcomes and adverse events among HIV infected individuals receiving antiretroviral therapy*

Chercheuse principale : Dre Janet Raboud

Résumé : Non disponible

Dates : D'avril 2005 à mars 2009

Programme de financement : Réseau ontarien de traitement du VIH – Bourse de carrière en recherche

Source : Base de données de l'Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R91 :

Titre : *Involving heterosexual HIV-positive men in identifying their health care, support, and research needs and priorities*

Chercheuse principale : Mona R. Loutfy

Chercheurs associés : Tony Antoniou, Richard H. Glazier et Carol J. Strike

Résumé : Les hommes hétérosexuels vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) sont sous-représentés dans la documentation sur le VIH depuis les origines de l'épidémie dans les années 1980. Plusieurs raisons peuvent expliquer l'exclusion des hommes hétérosexuels de la culture de recherche sur le VIH. En comparaison avec les femmes et avec les hommes gais vivant avec le VIH, les hommes hétérosexuels n'appartiennent à aucune communauté facilement identifiable, ce qui les rend largement invisibles dans le contexte de l'épidémie globale. De plus, les médias portant sur le VIH ciblent la communauté gaie, ce qui peut renforcer les stéréotypes sur la nature de la population séropositive et susciter des sentiments de stigmatisation chez les hommes hétérosexuels vivant avec la maladie. Enfin, aucun effort durable n'a été réalisé par les chercheurs et les fournisseurs de soins pour nouer le dialogue avec les hommes hétérosexuels séropositifs. Par conséquent, on ne sait quasiment rien de l'expérience vécue par les hommes hétérosexuels séropositifs au Canada. En outre, il n'existe pas de données décrivant les besoins de cette population en matière de soins de santé et de soutien ou permettant de déterminer si des lacunes sont perçues dans les services requis pour ces patients. Nous proposons donc d'élaborer le premier programme de recherche de grande envergure décrivant les besoins des hommes hétérosexuels séropositifs en matière de soins de santé et de soutien social. La recherche proposée passe par l'utilisation de groupes de discussion avec des hommes hétérosexuels séropositifs afin de repérer les lacunes perçues par rapport à leurs besoins en matière de soins de santé, de recherche et de soutien social. Un conseil consultatif communautaire composé d'hommes vivant avec le VIH et de fournisseurs de services provenant de divers organismes de services liés au sida sera mis en place pour renforcer les partenariats de recherche et d'application et d'échange de connaissances entre les milieux communautaire et universitaire. Nous pensons qu'en favorisant le dialogue entre les chercheurs universitaires, les hommes hétérosexuels infectés par le VIH et les fournisseurs de services, nous pouvons nourrir un partenariat productif qui, à terme, guidera l'élaboration de politiques et de stratégies visant à déterminer et à satisfaire les besoins de ces patients.

Dates : De septembre 2009 à août 2011

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Volet général – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R92 :

Titre : *Involving Ontario HIV-positive women and their providers in determining their research needs and priorities*

Chercheuses principales : Dre Mona Loutfy et Dre Wangari Tharao

Chercheurs associés : Dre Louise Binder, Dr Trevor Hart, Dre Danielle Layman-Pleet, Dre Lynne Leonard et Dre Janet Raboud

Résumé : Il y a toujours eu un manque de collaboration et de confiance entre les chercheurs universitaires et les groupes communautaires. En conséquence, il est nécessaire d'améliorer la communication et d'augmenter les contributions des membres des communautés et des personnes touchées sur les questions de recherche à aborder. Cela est particulièrement important en ce qui concerne les femmes et le VIH/sida, parce que les femmes sont continuellement sous-représentées dans beaucoup de processus de prise de décision et de conception d'études et que la majorité des recherches effectuées à ce jour se sont concentrées sur les populations masculines. Ce projet vise à déterminer quels sujets de recherche intéressent les femmes vivant avec le VIH/sida en Ontario et à renforcer les partenariats de recherche, de transfert et d'échange de connaissances entre les milieux communautaire et universitaire. Un conseil consultatif communautaire sera formé, et on demandera aux femmes séropositives et à leurs fournisseurs de services de participer à des entrevues, à des groupes de discussion et à des enquêtes afin de produire des données qualitatives et quantitatives.

Dates : De mars 2007 à septembre 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données de l'Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R93 :

Titre : *Knowledge, action, and transformation in HIV/AIDS care: Exploring the role of community-based organizations in evidence-based change*

Chercheur principal : Eric Mykhalovskiy

Résumé : Non disponible

Dates : De septembre 2006 à juin 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Institut des services et des politiques de la santé – Bourse de nouveau chercheur : Application des connaissances (VIH/sida) – Volet services de santé/santé des populations

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R94 :

Titre : *Lipodystrophy, stigmatization and identity: A study of the identity transformation process in women living with HIV/AIDS*

Chercheuse principale : Marilou Gagnon

Résumé : L'introduction du traitement antirétroviral hautement actif en 1996 a transformé le pronostic des PVVIH. Cette innovation thérapeutique a entraîné une baisse spectaculaire des taux de morbidité et de mortalité dans la population infectée par le VIH. Cependant, nous sommes désormais confrontés au nouvel aspect de l'épidémie de VIH, à savoir la gestion quotidienne d'une maladie qui implique un lourd fardeau social, psychologique, émotionnel et physique. Il apparaît, d'après la documentation et les observations en milieu clinique, que les personnes séropositives ressentent le caractère oppressant d'une nouvelle réalité, qui rend compte de la nature chronique du VIH et de la réapparition simultanée de manifestations corporelles de la maladie. Des données récentes démontrent que les PVVIH sont disposées à renoncer à jusqu'à 15 ans d'espérance de vie supplémentaire pour éviter les changements corporels associés au traitement antirétroviral hautement actif. Cette étude canadienne fait état des conséquences d'un processus insidieux qui se développe à partir des manifestations physiques de la lipodystrophie. Un certain nombre d'études transversales signalent un taux de prévalence élevé de la lipodystrophie chez les PVVIH, pouvant atteindre 80 % dans certaines populations. Toutefois, peu d'études ont examiné le fardeau biophysique, psychologique, émotionnel, sexuel et social associé à cette complication métabolique. Des études qualitatives indiquent que la lipodystrophie comporte une forte composante sociale. Les manifestations morphologiques de ce syndrome sont à l'origine d'un processus de stigmatisation multidimensionnelle. Cette dynamique sociale laisse à penser que la lipodystrophie transforme non seulement le corps, mais aussi l'identité des PVVIH. La présente étude théorique à base empirique vise à étudier ce phénomène chez les femmes vivant avec le VIH/sida. Les principaux objectifs de recherche consisteront à comprendre l'expérience des femmes séropositives qui vivent avec un corps déformé et à décrire le processus de transformation identitaire qui découle indirectement du traitement antirétroviral hautement actif.

Dates : De mai 2007 à avril 2010

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse d'études

Source : Base de données de l'Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R95 :

Titre : *Liver transplant outcomes for HIV/HCV co-infected patients: A guideline development for Canada*

Chercheur principal : Edward J. Mills

Chercheurs associés : Prosanto K. Chaudhury, Curtis L. Cooper et Julio S. Montaner

Résumé : La transplantation hépatique est une procédure nécessaire à la survie. Les progrès réalisés dans la mise au point de nouveaux médicaments et dans le dosage de ces médicaments ont amélioré les résultats pour les patients ayant subi une greffe. Néanmoins, en raison de la toxicité médicamenteuse possible et de la faible efficacité connue, la greffe est rarement proposée aux patients présentant une co-infection par le VIH et le virus de l'hépatite C. Notre but est de déterminer la preuve de l'efficacité clinique des greffes et les complications qui y sont associées chez les personnes co-infectées, mesurées par la survie, la progression de l'infection au VIH et l'apparition du cancer. Notre étude consistera en une synthèse de données à grande échelle tirées d'études de cohortes afin de déterminer les taux de décès, de sida et de cancer un an, trois ans et quatre ans après la transplantation.

Dates : De mars 2010 à février 2011

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention Catalyseur : Maladies infectieuses et immunitaires – Initiative de recherche sur l'hépatite C de la Division des infections acquises dans la collectivité de l'Agence de la santé publique du Canada et des Instituts de recherche en santé du Canada – Recherche psychosociale, comportementale, épidémiologique

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R96 :

Titre : *Longitudinal impact of adherence on HIV/AIDS disease progression: Implications for treatment interventions*

Chercheuse principale : Dre Viviane Lima

Résumé : Depuis l'introduction du traitement antirétroviral hautement actif au milieu des années 1990 pour traiter les personnes infectées par le VIH/sida, nous avons observé un bienfait croissant associé à ce traitement sur le plan de l'amélioration de la survie et de la qualité de vie des personnes vivant avec cette maladie. Le succès du traitement antirétroviral hautement actif s'est accompagné d'enjeux difficiles, l'incapacité des patients infectés par le VIH/sida à respecter complètement le traitement prescrit constituant le plus gros obstacle au succès de ce traitement. Par conséquent, nous proposons de déterminer et d'évaluer le mérite d'interventions concurrentes de gestion du traitement afin d'améliorer l'observance thérapeutique et les soins des patients et de réduire le plus possible la progression du VIH/sida jusqu'aux stades avancés de la maladie ou, en fin de compte, jusqu'au décès. L'objectif global de cette étude est de déterminer et d'évaluer l'efficacité d'interventions concurrentes de gestion du traitement pour améliorer l'observance thérapeutique par rapport aux antécédents de traitement d'une personne, afin de prévenir ou de réduire les résultats suivants de la maladie : échec thérapeutique, apparition d'une pharmacorésistance du VIH, sida et décès. 1) Nous proposons de mettre au point un modèle mathématique de progression du VIH/sida pour élaborer de futures recommandations relatives à l'observance thérapeutique qui soient plus efficaces pour prévenir ou réduire la progression de la maladie. 2) Nous émettons l'hypothèse que chaque résultat de la maladie nécessite un niveau élevé d'observance thérapeutique, différent mais durable, pour qu'une personne évite un résultat néfaste de la maladie. Compte tenu des répercussions importantes du VIH/sida sur la santé des populations, les problèmes qui seront abordés dans cette étude seront importants pour fournir de meilleurs soins aux patients, en plus de combler directement une lacune importante dans ce domaine de recherche.

Dates : De juin 2007 à mai 2010

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données de l'Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R97 :

Titre : *Measuring the actual effect of adherence on virologic and resistance outcomes in HIV-infected injection drug users (IDUs): A longitudinal study*

Chercheur principal : Jesse D. Raffa

Chercheurs associés : Joel A. Dubin et Brian Conway

Résumé : Par le passé, des études médicales ont montré que, pour que le traitement soit efficace, les patients infectés par le VIH devaient prendre au moins 95 % de leurs comprimés. Étant donné que le VIH/sida est actuellement une affection qui dure toute la vie, cela signifie que ce seuil doit être respecté pendant une durée indéfinie. Les études précédentes étaient réalisées en utilisant les anciens médicaments, dont on a désormais démontré qu'ils étaient beaucoup moins efficaces que les médicaments administrés aujourd'hui aux patients infectés par le VIH. Des études plus récentes ont commencé à jeter le doute sur l'exigence de 95 %, et cette étude essaiera de définir de nouvelles normes dans une population d'utilisateurs de drogues injectables recevant un traitement anti-VIH. De plus, cette étude examinera, si l'on doit manquer un pourcentage donné de doses, la meilleure façon de les manquer. Par exemple, si nous constations que la nouvelle exigence était de 67 %, vaudrait-il mieux oublier de prendre ses médicaments tous les trois jours, toutes les trois semaines ou tous les trois mois? Cette information sera utile pour structurer plus efficacement les programmes dans notre propre clinique et contribuera à de possibles modifications de traitement pour les patients non hospitalisés commençant ou continuant un traitement.

Dates : De septembre 2006 à août 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse de recherche au doctorat : Recherche sur le VIH/sida – Volet services de santé/santé des populations

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R98 :

Titre : *Migratory workers and HIV/AIDS: Exploring the risks through partnership with community-based HIV/AIDS organizations*

Chercheuse principale : Donna E. Bulman

Chercheuses associées : Michelle Boutcher, Catherine A. Donovan, Margaret C. Dykeman, Diana Gustafson et Maria Mathews

Résumé : Dans de nombreuses régions du monde, les travailleurs migrants courent un fort risque de contracter le VIH/sida, car ils peuvent adopter des comportements à risque lorsqu'ils sont loin de chez eux pendant de longues périodes, notamment avoir des rapports sexuels avec des partenaires multiples ou consommer des drogues. De ce fait, les travailleurs migrants courent un risque élevé de contracter le VIH/sida, des infections transmissibles sexuellement et d'autres maladies. Lorsque les travailleurs reviennent dans leur communauté d'origine, ils peuvent faire courir à la population locale le risque de contracter des maladies infectieuses comme le VIH/sida. Le risque pour la population locale peut varier en fonction de la fréquence de retour des travailleurs dans leur communauté locale. Beaucoup de jeunes qui ont grandi à Terre-Neuve sont obligés de quitter la province pour trouver un emploi et échapper à la pauvreté. Pour l'instant, on ne sait pas clairement si les comportements à risque associés aux travailleurs migrants dans d'autres régions du monde s'appliquent à l'échelle locale. En parlant avec des travailleurs migrants, nous parviendrons à mieux comprendre les facteurs de risque actuels et la façon dont ces facteurs sont gérés lorsque les travailleurs reviennent dans leur communauté d'origine à Terre-Neuve-et-Labrador. Ce projet est élaboré conjointement avec des personnes qui sont membres de la communauté du VIH/sida, notamment des personnes séropositives ainsi que des employés, des clients et des membres d'organisations communautaires en lien avec le VIH/sida. Les renseignements obtenus seront utiles aux personnes appartenant au mouvement

communautaire sur le VIH/sida, car ils les aideront à élaborer des programmes innovants de prévention du VIH/sida répondant aux besoins des travailleurs migrants, de leurs familles, de leurs partenaires et de leurs associés. On prévoit que ce projet de recherche aboutira à la mise au point d'un plus vaste programme de recherche, examinant non seulement les comportements à risque des travailleurs migrants, mais aussi le rôle des employeurs dans la promotion de la santé de leurs travailleurs et de la population en général.

Dates : D'avril 2008 à mars 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Volet général – Subvention Catalyseur

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R99 :

Titre : *Mitochondrial DNA damage in infants exposed to HIV antiretroviral drugs in utero*

Chercheuse principale : Hélène Côté

Chercheurs associés : Sean A. Bitnun, David R. Burdge, John C. Forbes, Richard P. Harrigan, Deborah M. Money et Stanley E. Read

Résumé : Le traitement antirétroviral contre le VIH a très bien réussi à réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Si possible, les femmes enceintes infectées par le VIH commencent le traitement anti-VIH au cours du deuxième ou du troisième trimestre de grossesse pour éviter d'exposer le bébé aux médicaments au début de son développement, afin de réduire au minimum la toxicité. Étant donné que les femmes africaines vont bientôt recevoir le traitement anti-VIH à large échelle, beaucoup vont concevoir des bébés pendant qu'elles suivent un traitement. Nous savons que les médicaments antirétroviraux peuvent endommager l'ADN, en particulier l'ADN mitochondrial qui est nécessaire à la production d'énergie de l'organisme. Ce projet étudiera l'effet de l'exposition aux médicaments anti-VIH au moment de la conception sur l'ADN mitochondrial des nourrissons nés de mères infectées par le VIH qui étaient sous traitement au moment où elles sont tombées enceintes, et le comparera à celui de nourrissons exposés seulement plus tard pendant la grossesse, ainsi qu'à celui de nourrissons témoins séronégatifs pour le VIH non exposés au traitement. Nous partons de l'hypothèse que les nourrissons exposés plus tôt au cours de leur développement subiront des dommages plus importants de leur ADN mitochondrial que ceux qui sont exposés plus tard. À l'heure actuelle, nous ne connaissons pas l'effet à long terme de l'exposition des embryons aux médicaments anti-VIH. Cette recherche fournira des renseignements cruciaux, qui pourront influencer la façon dont les femmes infectées par le VIH en âge de procréer et les femmes enceintes sont traitées dans le monde entier, tant sur le plan des médicaments utilisés que sur celui du moment d'administration du traitement.

Dates : D'avril 2006 à mars 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R100 :

Titre : *Mitochondrial toxicity in HIV/HCV coinfection antiviral therapy*

Chercheuses principales : Hélène Côté et Valentina C. Montessori

Chercheurs associés : Rolando Barrios, Marianne Harris, Julio S. Montaner et David C. Walker

Résumé : Ce projet de recherche vise à étudier la toxicité hépatique d'origine médicamenteuse pendant le traitement antiviral chez les personnes co-infectées par le VIH et le virus de l'hépatite C. Cette population doublement infectée est plus difficile à traiter, tolère moins bien les médicaments et présente plus d'échecs thérapeutiques que la population mono-infectée par le virus de l'hépatite C. Nous collecterons des biopsies du foie avant et après le traitement contre le virus de l'hépatite C, ainsi que des échantillons de sang tout au long du traitement, chez des patients recevant ou non des médicaments antirétroviraux contre le VIH en même temps. En utilisant l'ADN mitochondrial, l'ARN et la microscopie électronique comme marqueurs de la toxicité médicamenteuse, nous évaluerons le dommage mitochondrial dans le foie et les cellules sanguines à l'aide de plusieurs moyens. Nous déterminerons si ce dommage est associé au fait que beaucoup de personnes ne tolèrent pas ce type de traitement antiviral et doivent arrêter le traitement tôt en raison d'effets indésirables associés aux médicaments. Nous déterminerons également si la surveillance de l'ADN mitochondrial dans le sang peut constituer un outil utile et aider à prévoir l'occurrence d'effets indésirables. Ce projet devrait améliorer notre compréhension biologique et clinique de la toxicité médicamenteuse associée au traitement du virus de l'hépatite C et du VIH dans cette population de patients.

Dates : De mars 2007 à février 2010 et d'avril 2005 à mars 2010

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse de nouveau chercheur (VIH/sida) – Volet biomédical/clinique; et Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement – Annonce de priorité : Initiative de recherche sur le VIH/sida – Volet biomédical/clinique

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R101 :

Titre : *Model-based economic evaluation of hepatitis C treatment strategies in individuals co-infected with HIV in Canada*

Chercheurs principaux : Christopher T. Bauch et Murray D. Krahn

Chercheurs associés : Ahmed M. Bayoumi, Marina B. Klein, Hla Hla Thein et David P. Wilson

Résumé : Au Canada, l'apparition du virus de l'hépatite C chez les personnes infectées par le VIH est un problème de plus en plus important. Toutefois, le futur fardeau sanitaire et économique associé à cette population reste inconnu. Au Canada, l'hépatite C touche environ une personne sur trois vivant avec le VIH (et, parmi les personnes infectées par l'hépatite C, environ une sur dix est également infectée par le VIH). L'utilisation de drogues injectables est la cause la plus courante d'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C. D'autres populations sont touchées par la co-infection par le virus de l'hépatite C et le VIH au Canada, notamment les Autochtones et les personnes incarcérées. Le traitement antirétroviral hautement actif ne semble pas réduire de façon significative les résultats associés au virus de l'hépatite C, tels que la cicatrisation avancée du foie, l'insuffisance hépatique, le cancer du foie ou le décès d'origine hépatique pour une autre raison. En outre, on a observé que la cicatrisation avancée du foie due à l'hépatite C était associée à un risque significativement plus élevé d'apparition d'une maladie définissant le sida (2 à 3 fois supérieur), de décès associé au sida ou d'hospitalisation chez les patients co-infectés par le VIH et le virus de l'hépatite C que chez les patients infectés par le VIH seulement. Le traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C réduit le risque de survenue de ces événements, en particulier grâce à la prévention de la progression jusqu'à la cicatrisation avancée du foie. Les progrès du traitement du virus de l'hépatite C et l'amélioration des taux de guérison (taux de réponse virologique durable chez un patient sur deux à quatre patients traités) et de la tolérabilité font de ce traitement une option plus viable pour beaucoup de patients co-infectés. Les lignes directrices actuelles recommandent que tous les patients infectés par le VIH présentant une infection chronique par le virus de l'hépatite C soient considérés comme des candidats au traitement

contre le virus de l'hépatite C. Malgré cela, très peu de personnes co-infectées reçoivent un traitement contre le virus de l'hépatite C et, par conséquent, son efficacité globale sur l'évolution naturelle de l'infection par le virus de l'hépatite C dans ces populations est relativement faible. Ce projet a pour but d'utiliser des modèles de simulation pour évaluer les répercussions en matière de santé et de rentabilité des stratégies de traitement de l'hépatite C sur le futur fardeau de la maladie associé à la co-infection par le VIH et le virus de l'hépatite C au Canada.

Dates : De mars 2010 à février 2012

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement – Annonce de priorité : Initiative de recherche sur le VIH/sida – Volet services de santé/santé des populations

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R102 :

Titre : *Moving Evidence to Action: Developing an Action Plan to Address HIV & Hepatitis C in Atlantic Canada*

Chercheurs principaux : Susan A. Kirkland et Margaret C. Dykeman, Jacqueline C. Gahagan et Gerry J. Mugford

Chercheurs associés : Lois A. Jackson, Jo-Ann M. MacDonald, Kevork M. Peltekian et Ingrid S. Sketris

Résumé : L'Atlantic Interdisciplinary Research Network est un réseau de personnes et d'organisations travaillant dans le domaine du VIH/sida et de l'hépatite C dans la région de l'Atlantique. Il est constitué d'un groupe central de chercheurs issus de diverses disciplines et basés dans quatre universités de tout le Canada atlantique (voir la liste des demandeurs), travaillant en collaboration avec d'autres intervenants gouvernementaux et communautaires concernés par le VIH/sida et le virus de l'hépatite C. Financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (2005-2009), l'Atlantic Interdisciplinary Research Network a pour objectif de partager des renseignements et de coordonner les efforts de recherche afin d'élaborer des politiques et d'améliorer la qualité de vie des personnes touchées par le VIH et le virus de l'hépatite C. À ce jour, l'Atlantic Interdisciplinary Research Network a accompli toutes ses principales tâches. Il a réussi à développer un réseau d'intervenants rassemblant plus de 200 personnes et organisations intéressées par le VIH/sida et le virus de l'hépatite C, à mettre au point des mécanismes de transfert et d'échange de connaissances aux fins de partage des recherches, à former un comité consultatif composé de responsables des politiques et d'autres intervenants pour soutenir le mouvement de mise en action des preuves, à mener des recherches dans des domaines clés avec des intervenants, et à renforcer les capacités de recherche dans la région (grâce au mentorat et à la remise de prix à des étudiants à l'issue d'un processus de concours). L'Atlantic Interdisciplinary Research Network propose de rassembler ses principaux intervenants pour : revoir la vision, les buts et les objectifs initiaux du réseau énoncés à sa création et les réaffirmer ou les peaufiner en vue de l'avenir; examiner le plan de travail, les activités et les accomplissements du réseau au cours des quatre dernières années pour déterminer l'état d'achèvement du plan de travail; examiner les recherches effectuées par le réseau et ses partenaires pendant ce temps; examiner les questions stratégiques et les priorités de recherche actuelles déterminées par les intervenants (gouvernement, communauté, chercheurs universitaires et personnes touchées par le VIH et le virus de l'hépatite C) lors de consultations communautaires et d'ateliers régionaux et au moyen de l'analyse du contexte du réseau; déterminer les nouvelles activités et priorités et élaborer un plan d'action pour aller de l'avant pendant les quatre ou cinq prochaines années.

Dates : De septembre 2008 à août 2009

Programme de financement : Subvention pour réunions, planification et dissémination – Annonce de priorité : Institut des maladies infectieuses et immunitaires

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R103 :

Titre : *Multiplex screening assays for HIV and co-infections: will they benefit patients, providers and health care systems?*

Chercheuse principale : Nitika Pai

Chercheurs associés : Mira Johri, Lawrence Joseph, Marina B. Klein et Mark A. Wainberg

Résumé : Le dépistage ciblé des personnes à risque est une stratégie rentable qui a fait ses preuves. Les populations vulnérables à risque étant difficiles à suivre, le dépistage régulier de toutes les co-infections et du VIH n'est souvent pas effectué dans ces populations. En raison de la nature asymptomatique des infections récentes et du manque de dépistage régulier, une grande majorité des personnes touchées vit avec une infection non diagnostiquée. Il a été prouvé que le diagnostic et le traitement précoces réduisent la morbidité et la mortalité, les coûts des soins de santé et la transmission. Grâce à une stratégie multiple récemment mise au point, il est possible d'effectuer à bas coût des tests de dépistage de plusieurs biomarqueurs permettant de détecter différentes infections avec une seule goutte de sang, en obtenant immédiatement les résultats, ce qui évite les visites de suivi. Multiplo™ (MedMira Inc., Halifax, Canada) est l'un de ces appareils de dépistage multiple au point de service qui détecte, en cinq minutes, quatre infections (à savoir le VIH, le virus de l'hépatite B, le virus de hépatite C et la syphilis) à partir du prélèvement d'un petit échantillon de sang de 5 microlitres au bout du doigt. Dans cette proposition, nous étudierons la question de savoir si l'introduction de Multiplo™ comme test de dépistage de première ligne contribue à : a) améliorer la gestion des soins de santé des patients; b) faciliter la prise de décisions cliniques par les fournisseurs de soins de santé; c) améliorer les estimations de co-prévalence; et, enfin, d) réaliser des économies de coût et de temps pour les systèmes de soins de santé.

Dates : De mars 2010 à février 2011

Programme de financement : VIH/sida – Financement provisoire – Volet biomédical/clinique

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R104 :

Titre : *National Aboriginal Centre for HIV/AIDS Research*

Chercheuse principale : Charlotte J. Loppie Reading

Chercheurs associés : J. K. Barlow, Roy Cain, Brenda D. Elias, Dionne Gesink Law, Robert S. Hogg, Judith E. Mill, John D. O'Neil, Barbara L. Paterson, Raven P. Sinclair et Patricia M. Spittal

Résumé : Le National Aboriginal Centre for HIV/AIDS Research propose comme objectif d'établir et d'entretenir un réseau national intégrant des activités avancées de recherche, de renforcement des capacités et d'application des connaissances en matière de santé des populations, de services de santé et de politiques. Le National Aboriginal Centre for HIV/AIDS Research fonctionnera avec la participation de stagiaires, de chercheurs, de communautés et d'organisations autochtones, d'organismes publics et bénévoles, de professions des services politiques et de santé et d'autres intervenants dans le domaine du VIH/sida chez les Autochtones. Il encouragera les partenariats entre chercheurs et membres de la communauté et favorisera la mobilisation de l'application des connaissances de recherche et l'établissement d'équipes pluridisciplinaires et intersectorielles étudiant les déterminants sociaux, culturels et environnementaux du VIH/sida chez les Autochtones, tout en répondant aux craintes pressantes relatives aux services de santé et aux questions de politique publique concernant les Autochtones vivant avec le VIH/sida ou touchés par la maladie.

Dates : De septembre 2008 à décembre 2008

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Recherche sur le VIH/sida – Volet services de santé/santé des populations

Source : Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R105 :

Titre : *National HIV Pregnancy Planning Guidelines Development Team Meeting*

Chercheuses principales : Mona Loutfy et Shari Margolese

Chercheur associé : Mark L. Yudin

Résumé : Notre principal objectif consiste à mettre en relation des experts nationaux afin d'élaborer des lignes directrices nationales sur le VIH et la planification de grossesse pour aider à répondre aux besoins des personnes séropositives vivant au Canada en matière de fécondité et de planification de grossesse. Ce projet comporte quatre éléments : 1) effectuer un examen de la documentation disponible et des meilleures pratiques actuelles dans le monde à ce sujet et les partager avec les intervenants pour permettre un échange de connaissances; 2) rassembler des experts nationaux dans les domaines du VIH et de la fécondité ainsi que d'autres intervenants clés afin de constituer une équipe d'élaboration des lignes directrices nationales sur le VIH et la planification de grossesse qui sera chargée de guider l'initiative; 3) organiser dix téléconférences et deux ateliers en personne avec les membres de l'équipe d'élaboration des lignes directrices nationales sur le VIH et la planification de grossesse afin d'élaborer et de finaliser les lignes directrices (quatre téléconférences auront lieu avant le premier atelier en personne et six auront lieu après); et 4) publier ces lignes directrices dans une revue scientifique à comité de lecture. La première réunion en personne, qui avait pour but de rassembler les intervenants pour la première fois, était un événement officiel de la Conférence de l'Association canadienne de recherche sur le VIH, qui s'est déroulée à Vancouver, les 22 et 23 avril 2009. La seconde réunion en personne sera organisée pour finaliser les lignes directrices. Cette proposition concerne spécifiquement la demande de fonds visant à financer la seconde réunion en personne des membres de l'équipe d'élaboration des lignes directrices nationales sur le VIH et la planification de grossesse afin de parvenir à un consensus définitif sur les lignes directrices. La seconde réunion en personne rassemblera 40 experts canadiens, notamment des experts en fécondité et en maladies infectieuses, des obstétriciens, des psychiatres, des experts en politiques et des représentants communautaires qui sont intéressés par les besoins en matière de fécondité et de planification de grossesse des Canadiens séropositifs et qui connaissent le sujet. Cette réunion est essentielle pour parvenir à un consensus définitif sur ces lignes directrices. Nous sommes heureux de travailler en partenariat avec le Réseau canadien pour les essais VIH des Instituts de recherche en santé du Canada, qui a accepté d'intégrer notre réunion à sa réunion semestrielle qui se tiendra à l'hôtel Le Reine Elizabeth, à Montréal, du 26 au 29 octobre 2009.

Dates : De septembre 2009 à août 2010

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention pour réunions, planification et dissémination – Subvention de planification – Annonce de priorité : Institut des maladies infectieuses et immunitaires; et Réseau ontarien de traitement du VIH – Subvention du fonds pour les ateliers, symposiums et conférences

Source : Base de données du Réseau ontarien de traitement du VIH

PROJET R106 :

Titre : *National Housing and HIV/AIDS Research Summit IV*

Chercheur principal : Sean B. Rourke

Chercheurs associés : Jean Bacon, Frank McGee et Ruthann Tucker

Résumé : Le sommet « North American Housing and Health Research Summit IV – Mobilizing Knowledge: Housing is Effective HIV Prevention and Care », qui se déroulera du 3 au 5 juin 2009 à Washington, DC, rassemblera 300 chercheurs, experts en politiques, consommateurs et fournisseurs de logements et de services connexes destinés aux personnes vivant avec le VIH provenant de toute l'Amérique du Nord. Le sommet est un forum interactif pluridisciplinaire pour la présentation des résultats de recherche et le dialogue sur les répercussions et les stratégies en matière de politiques publiques. Il sera précédé d'un institut de formation d'une demi-journée s'adressant aux consommateurs de logements et de services destinés aux PVVIH et visant à renforcer leur capacité à participer à la conception, à l'orientation et à l'interprétation des recherches. De plus, l'appel de présentations du sommet couvrira un large éventail de sujets concernant la politique de logement destinée aux PVVIH, notamment, pour la première fois lors de ce quatrième sommet, des recherches internationales pour guider l'élaboration de ressources en matière de logement appropriées sur le plan culturel, qui constitueront un élément clé des stratégies mondiales de prévention et de soin du VIH. La croissance fulgurante de la documentation sur le VIH, le logement et les résultats de santé a créé une occasion excitante de changement stratégique poussé par les données. Ce quatrième sommet offrira une occasion cruciale de travailler collectivement avec des partenaires internationaux pour mieux comprendre le rôle du logement dans la prévention et le traitement de la maladie et pour lier le logement à d'autres priorités publiques, notamment l'accès aux soins de santé, l'élimination des disparités en matière de santé, la réintégration réussie des personnes incarcérées à leur sortie de prison, et le besoin critique d'un logement abordable pour les personnes handicapées ou à revenu fixe. Le Réseau ontarien de traitement du VIH co-parraine et co-organise le sommet avec la National AIDS Housing Coalition, organisation fondatrice de cette série de sommets, et la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. C'est la première fois que l'on demande à un groupe de recherche canadien de collaborer à cet événement. Le quatrième sommet sera la première réunion régionale de recherche et de politique de ce genre.

Dates : De janvier 2009 à décembre 2009

Programme de financement : Subvention pour réunions, planification et dissémination : International

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R107 :

Titre : *Novel Approaches to Studying Liver Fibrosis in HIV-Hepatitis C Co-infection: A Proteomics Discovery Programme*

Chercheuse principale : Marina B. Klein

Chercheurs associés : Momar Ndao et Brian J. Ward

Résumé : De plus en plus de personnes sont co-infectées par le virus de l'hépatite C et le VIH. Le VIH semble entraîner une progression plus rapide des maladies hépatiques liées au virus de l'hépatite C. Les maladies hépatiques sont désormais l'une des principales causes de décès chez les personnes co-infectées par le VIH et le virus de l'hépatite C. On s'attendait à ce que les traitements anti-VIH efficaces, en restaurant le système immunitaire, entraînent une amélioration de la santé hépatique. Or, on ne sait toujours pas clairement pourquoi les maladies hépatiques continuent à être un problème d'une telle ampleur en cas de co-infection. Les biopsies du foie sont actuellement le seul moyen de suivre la progression de la maladie hépatique en cas d'infection par le virus de l'hépatite C. Elles constituent la principale façon de décider qui devrait recevoir un traitement contre le virus de l'hépatite C et à quel moment. Cependant, les biopsies du foie peuvent être douloureuses et onéreuses et présentent un certain risque. Des méthodologies non envahissantes pour mesurer la santé hépatique (appelées biomarqueurs) pourraient fournir une solution de rechange sûre pour surveiller la maladie hépatique. Nous utiliserons des données et des spécimens provenant des patients participant à la Canadian HIV-HCV Cohort Study et nous les comparerons à ceux de personnes infectées uniquement par le virus de l'hépatite C. Nous mesurerons les profils protéiques dans le sang pour déterminer si des schémas particuliers de

protéines sont associés à divers stades de maladie hépatique et à l'infection par le VIH. Les biomarqueurs protéiques identifiés dans le cadre de cette étude peuvent être importants pour réduire la nécessité d'effectuer une biopsie du foie, faciliter le suivi et le choix du moment d'administration du traitement contre le virus de l'hépatite C et évaluer les effets du VIH et de son traitement ainsi que d'autres facteurs sur la maladie hépatique. Enfin, les biomarqueurs peuvent donner des idées sur la meilleure façon de suivre les patients afin qu'à l'avenir, les personnes co-infectées par le VIH et le virus de l'hépatite C puissent bénéficier des progrès thérapeutiques réalisés pour l'infection au VIH.

Dates : D'octobre 2008 à septembre 2011

Programme de financement : Subvention de fonctionnement – Annonce de priorité : Initiative de recherche sur le VIH/sida – Volet biomédical/clinique

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R108 :

Titre : *Ontario HIV Pregnancy Planning Initiative: An Evidence-Based Province-Wide Multi-Disciplinary Program Assisting People Living with HIV with Fertility and Pregnancy Planning*

Chercheuse principale : Mona Loutfy

Résumé : L'*Ontario HIV Pregnancy Planning Initiative* est conçue pour soutenir un programme axé sur la collaboration qui guide toutes les personnes vivant avec le VIH en Ontario et les aide à satisfaire leurs besoins en matière de planification de grossesse et de fécondité de façon globale, éthique, aidante et solide sur le plan médical. Ce projet constitue la deuxième phase d'un programme en plusieurs phases et vise spécifiquement à combler l'écart entre, d'une part, le besoin de ressources et de services en matière de planification de grossesse et de fécondité pour les personnes vivant avec le VIH en Ontario et, d'autre part, la disponibilité de ces services, ainsi qu'à renforcer les capacités d'un certain nombre de membres de la communauté provinciale qui ont joué les rôles de co-chercheur principal, de chercheurs associés, de coordonnateur et d'assistants de recherche.

L'*Ontario HIV Pregnancy Planning Initiative* est un excellent exemple de recherche communautaire en action. Grâce à la mise en place de notre conseil consultatif communautaire, à la constitution d'une liste d'experts pluridisciplinaires à l'échelle de la province et à la mise en œuvre de groupes de discussion, nous avons réussi à faire participer à l'initiative des fournisseurs de soins de santé, des membres de la communauté, des responsables des politiques, des chercheurs universitaires et des personnes vivant avec le VIH. Ces activités ont permis de mieux comprendre les obstacles auxquels sont confrontées toutes les parties dans la prestation de ces services et l'accès à ces services et ont créé un dialogue entre les intervenants, par exemple entre les spécialistes de la fécondité et des maladies infectieuses qui ne communiquaient pas entre eux auparavant.

En élaborant un plan de mise en œuvre du programme comprenant des brochures, des ateliers, une liste des membres du réseau et des lignes directrices cliniques et en le testant lors de groupes de discussion, nous avons déterminé les moyens les plus efficaces pour mener des activités d'application et d'échange de connaissances parmi divers groupes d'intervenants. Ces résultats fournissent une base de données probantes à partir de laquelle nous pourrons mener les phases suivantes de l'initiative, notamment les futures activités d'application et d'échange de connaissances, telles que la diffusion des ateliers, des brochures, des lignes directrices et de la liste des membres du réseau et la création d'un site Internet consacré à la planification de grossesse chez les personnes vivant avec le VIH.

Nous avons établi des relations importantes avec la Société canadienne de fertilité et d'andrologie, avec la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et avec Procréation assistée Canada, qui auront des répercussions considérables pour l'élaboration et la mise en application des politiques concernant l'accès des personnes vivant avec le VIH en Ontario et dans tout le Canada aux services de planification de grossesse et de fécondité.

L'approche innovante de renforcement des capacités que nous avons adoptée pour ce projet a donné lieu à une méthodologie unique d'application de la recherche communautaire, dans laquelle nous avons non seulement formé des dirigeants communautaires, y compris des personnes vivant avec le VIH en tant qu'assistants de

recherche, mais nous les avons aussi fait participer activement en tant que chercheurs principaux et associés. Nous avons mis en application le principe de la plus grande participation des personnes vivant avec le VIH en impliquant de façon importante des personnes vivant avec le VIH dans toutes les phases de ce projet, y compris l'élaboration de la problématique de recherche et des outils d'étude, la mise en œuvre de l'étude, l'analyse des résultats et les activités de transfert et d'échange de connaissances. Afin de renforcer les capacités des personnes vivant avec le VIH et des membres de l'équipe communautaire, des séminaires de formation ont été élaborés et dispensés concernant la recherche communautaire scientifique, abordant notamment la définition de la recherche, la planification et l'exécution d'un projet et l'analyse et la communication des résultats.

Nous avons remporté un grand succès en organisant des activités d'application et d'échange de connaissances en 2010, par des exposés lors de la XVIIIe Conférence internationale sur le sida à Vienne et lors de la Journée de la recherche du AIDS Committee of Toronto. Des exposés ont également été acceptés pour être présentés à la conférence annuelle de la Société canadienne de fertilité et d'andrologie qui a lieu en octobre 2010 et à la conférence Innovations dans la recherche sur le genre, le sexe et la santé prévue en novembre 2010. De plus, des résumés ont été soumis à la conférence de recherche du Réseau ontarien de traitement du VIH, et un manuscrit est en cours de préparation.

Date : 2009

Programme de financement : Réseau ontarien de traitement du VIH – Subvention de renforcement des capacités en recherche communautaire

Source : Base de données du Réseau ontarien de traitement du VIH

PROJET R109 :

Titre : *Optimizing effective treatment strategies for antiretroviral therapy in vulnerable groups in Vancouver's downtown eastside: a mathematical modelling study*

Chercheuse principale : Kathleen N. Deering

Chercheur associé : Mark W. Tyndall

Résumé : Dans une cohorte de travailleuses du sexe du centre-est de Vancouver, notre objectif est de : 1) comprendre la dynamique de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) par les voies des rapports sexuels et de l'utilisation de drogues injectables, et 2) déterminer les stratégies de traitement optimales pour l'administration efficace du traitement antirétroviral hautement actif. Nous répondrons aux questions de recherche suivantes : 1) quelles caractéristiques des travailleuses du sexe contribuent à entretenir l'épidémie de VIH?; et 2) quelles sont les stratégies de traitement optimales pour le traitement antirétroviral hautement actif au niveau de la population dans le centre-est de Vancouver? Les résultats de ce projet contribueront à orienter les ressources limitées en matière de santé publique afin qu'elles permettent le plus possible de réduire la gravité de l'épidémie de VIH dans le centre-est de Vancouver, et à orienter la politique en matière de VIH/sida à Vancouver et dans les régions similaires. Méthodologies : Des modèles de la dynamique de transmission, tenant compte de la biologie de l'infection et des caractéristiques comportementales et démographiques de la population et décrivant la propagation de l'infection dans le temps, seront utilisés pour comparer les stratégies d'administration du traitement antirétroviral hautement actif selon différentes hypothèses en ce qui concerne la réduction de la transmission, le changement des comportements à risque pour la transmission du VIH et la prise et l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral hautement actif. Une série d'études de cohortes en continu (Centre d'excellence sur le VIH/sida de la Colombie-Britannique) fournira des données solides pour paramétrer et construire les modèles. Des méthodologies statistiques multivariées seront utilisées pour comprendre quels paramètres sont les plus importants et expliquer l'hétérogénéité des résultats des modèles. Résultat du projet : Les données suivantes seront recueillies à partir

de simulations de modélisation pour évaluer les stratégies de traitement selon différentes hypothèses de stratégie de traitement (c.-à-d. les répercussions potentielles cinq, dix et quinze ans après l'introduction du traitement antirétroviral hautement actif, par rapport aux répercussions sans ce traitement) : incidence du VIH résistant au traitement antirétroviral hautement actif, nombre de nouvelles infections évitées (acquises ou transmises), variations de la prévalence du VIH. Les résultats de cette analyse permettront de formuler des recommandations précieuses concernant le traitement et le soin du VIH, qui contribueront à optimiser l'utilisation du traitement antirétroviral hautement actif dans les groupes les plus marginalisés dans le centre-est de Vancouver et dans l'ensemble du Canada.

Dates : De mai 2005 à avril 2011

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse de recherche au doctorat : Recherche sur le VIH/sida – Volet services de santé/santé des populations

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R110 :

Titre : *Parent Child Communication on Sex and HIV Amongst African-Canadians*

Chercheur principal : Clemon George

Chercheurs associés : Jacqueline Gahagan, Carolyn Byrne, Saara Greene, Robert Weaver, Orville Browne et Josephine Etowa

Résumé : Non disponible

Dates : 2008-2009

Programme de financement : Fondation canadienne de recherche sur le sida – Bourses de recherche – Cycle 21 (2008-2009)

Source : Base de données de la Fondation canadienne de recherche sur le sida

PROJET R111 :

Titre : *Pathological and functional correlates of antiretroviral drug exposure in patients co-infected with HIV/hepatitis C*

Chercheuse principale : Elizabeth J. Phillips

Chercheurs associés : Hélène Côté, Ruth Joy, Julio S. Montaner et Valentina C. Montessori

Résumé : La co-infection par le VIH et le virus de l'hépatite C touche près de 50 % des personnes participant au programme de traitement pharmaceutique de la Colombie-Britannique. Étant donné que le VIH accélère la progression du virus de l'hépatite C vers la cirrhose, le traitement antirétroviral constitue un élément important du traitement du virus de l'hépatite C. Bien que les principaux composants du traitement antirétroviral, tels que les inhibiteurs de protéase, soient éliminés par le foie et que le virus de l'hépatite C soit un facteur de risque connu de l'hépatotoxicité associée au traitement antirétroviral, la corrélation entre la maladie hépatique et l'exposition globale à ces médicaments ou leur pharmacocinétique est mal comprise. En outre, comme il ne semble pas y avoir de corrélation entre la pharmacocinétique de ces médicaments et les marqueurs de la fonction hépatique mesurés dans le sang, tels que les transaminases, d'autres facteurs, comme le stade ou degré pathologique de la maladie hépatique, peuvent s'avérer plus importants pour définir ces associations. La définition des relations pharmacologiques structurelles et fonctionnelles dans cette population de patients sera extrêmement importante pour clarifier et prévoir, d'une part, la nécessité d'exercer une pharmacovigilance et d'ajuster la dose de médicaments anti-VIH à divers stades de la maladie hépatique et, d'autre part, le risque global de toxicité associé au traitement antirétroviral dans la population co-infectée par le virus de l'hépatite C et le VIH. Ce travail aura des applications directes dans les soins cliniques aux personnes vivant avec le VIH et le virus de l'hépatite C.

Dates : D'avril 2006 à septembre 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R112 :

Titre : Planification et évaluation de la formation provinciale des intervenants ayant à implanter « Pouvoir partager », un programme à l'intention des femmes vivant avec le VIH

Chercheuse principale : Caroline Racicot

Chercheuse associée : Joanne Otis

Résumé : Les 23 et 24 octobre 2008, une formation provinciale a été offerte à des intervenantes et à des femmes vivant avec le VIH, issues des quatre coins de la province de Québec (n = 26), dans le but de permettre à celles-ci de se familiariser avec le programme d'intervention « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés » et d'acquérir les outils nécessaires permettant de l'implanter et de l'animer dans leur organisme communautaire respectif. Le programme « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés » a pour objectif d'habiliter les femmes vivant avec le VIH à faire face à la question du dévoilement de leur statut sérologique au VIH de façon réfléchie et proactive (c.-à-d., à dévoiler ou à garder le secret, selon leur évaluation du contexte). Afin d'évaluer les effets de la formation provinciale développée dans le respect des principes de l'autonomisation et du renforcement des capacités, les participantes ont rempli un questionnaire avant (prétest) et après (post-test) celle-ci. Elles ont également participé à une plénière évaluative sur leur satisfaction et les apprentissages réalisés au cours de la formation.

Dans l'ensemble, la formation semble avoir amélioré les connaissances des femmes à l'égard des considérations légales liées au dévoilement du statut sérologique au VIH. Elle ne semble toutefois pas avoir eu d'effet significatif sur l'attitude des participantes à l'égard du VIH et des femmes qui en sont affectées, cette attitude étant déjà très positive, d'une part, en raison de leur proximité avec des personnes vivant avec le VIH depuis plusieurs années et, d'autre part, parce que certaines d'entre elles vivent elles-mêmes avec le VIH. Cependant, pour les participantes moins expérimentées auprès des femmes vivant avec le VIH, la formation semble avoir inspiré chez elles une empathie et une admiration à l'égard de ces femmes. La formation a renforcé de façon significative leur croyance en leur efficacité personnelle à implanter le programme et à l'animer dans leur milieu de travail respectif. Elle leur a permis d'anticiper les barrières à l'implantation et à l'animation du programme et de trouver des solutions tant individuellement que collectivement pour les surmonter.

Dates : De septembre 2008 à août 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Volet général – Bourse à la maîtrise

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R113 :

Titre : Portrait et modélisation de la prise de risque liée au VIH et aux ITS chez les jeunes québécois d'origine haïtienne

Chercheuse principale : Marianne Beaulieu

Chercheurs associés : Clément Dassa et Louise Potvin

Résumé : L'incidence des cas d'infection au VIH par contact hétérosexuel chez les femmes ne cesse d'augmenter au Canada. Il importe donc de se pencher sur la qualité de vie de cette population vulnérable grandissante. Différents facteurs semblent jouer un rôle dans la qualité de vie des femmes vivant avec le VIH, dont les stratégies d'adaptation et le soutien social. Les objectifs de ce projet sont donc : 1) étudier quantitativement les liens entre les stratégies d'adaptation, le soutien social et la qualité de vie des femmes vivant avec le VIH; 2) documenter qualitativement les stratégies d'adaptation, le soutien social et la qualité de vie des femmes vivant avec le VIH; 3) diffuser et partager les résultats avec les partenaires des organismes communautaires. Une analyse acheminatoire sera conduite sur un échantillon de femmes vivant avec le VIH (n = 225) (Otis, Godin *et al.*, 2004) afin de tester l'effet de médiation du soutien social sur le lien entre les stratégies d'adaptation et la qualité de vie. Après avoir modélisé ces liens, 10 femmes vivant avec le VIH seront rencontrées à trois reprises, à trois mois d'intervalle, afin de mener des entrevues semi-dirigées qui documenteront les mêmes dimensions. À la suite de cette expérience, les femmes seront invitées à discuter et à revoir le modèle exploratoire dans le cadre d'un groupe de discussion. L'atteinte des objectifs proposés permettra l'avancement des connaissances en ce qui concerne la qualité de vie des femmes vivant avec le VIH et l'amélioration des services

offerts, ce qui contribuera à assurer des services psychosociaux et de soutien adaptés aux besoins des femmes vivant avec le VIH au Québec. Elle permettra surtout d'impliquer les femmes vivant avec le VIH dans les étapes de la réalisation de la recherche, de promouvoir leur participation active et la diffusion des résultats de la recherche et de renforcer leurs capacités et celles des groupes communautaires. Comme ces derniers seront impliqués activement dans le processus de la recherche, ils pourront travailler à la bonification des programmes offerts aux femmes vivant avec le VIH visant à améliorer la qualité de vie.

Dates : De septembre 2008 à août 2011

Programme de financement : Bourse de recherche au doctorat – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Volet général

PROJET R114 :

Titre : *Positive Spaces, Healthy Places – Phase IV: Monitoring and Evaluation to Understand the Health Effects of Housing Status in HIV/AIDS*

Chercheurs principaux : Sean B. Rourke, Saara Greene et Ruthann Tucker

Chercheurs associés : Jean Bacon, Anne Bowlby, Steve Byers, James R. Dunn, Stephen W. Hwang, Jay Koornstra, Frank McGee, Laverne E. Monette et Michael Sobata

Résumé : Les connaissances acquises grâce aux initiatives de recherche récentes sur le VIH, le logement et la santé ont le potentiel nécessaire pour faire changer la situation du logement pour les personnes vivant avec le VIH et le sida (et les communautés à risque) et pour améliorer leur santé et réduire le risque de transmission du VIH. L'initiative *Positive Spaces, Healthy Places*, financée par les Instituts de recherche en santé du Canada, est la première initiative de recherche communautaire longitudinale menée au Canada pour examiner le logement, la santé et le VIH. Dans le cadre de notre étude initiale financée par les Instituts de recherche en santé du Canada, nous avons recruté et suivi plus de 600 personnes vivant avec le VIH pendant une année afin d'évaluer leur situation de logement et les répercussions de l'instabilité du logement sur la santé et sur la qualité de vie liée à la santé. Jusqu'à présent, nos principales conclusions démontrent que les participants sont confrontés à une forte instabilité en matière de logement, à un désavantage considérable en ce qui concerne les possibilités de logement et les services de soutien, ainsi qu'à des risques financiers importants et à une discrimination qui variaient selon les régions géographiques. Ces constats renforcent également l'idée qu'un certain nombre de déterminants de la santé pouvant être évités augmentent les risques en matière de santé pour les personnes vivant avec le VIH tout en nuisant à l'accès aux soins. Pour la phase IV de l'initiative, nous recueillerons des données quantitatives en continu dans le cadre d'une étude longitudinale menée dans toute la province, dans laquelle des personnes vivant avec le VIH seront suivies pendant trois années supplémentaires. Nous observerons les changements dans la situation de logement, ainsi que les facteurs qui jouent un rôle dans ces changements (p. ex. déterminants sociaux de la santé, accès aux services de santé) et les résultats en matière de santé et de survie découlant de ces changements. Notre équipe de projet a déjà établi des partenariats stratégiques avec des fournisseurs de services liés au VIH, des fournisseurs de logements et des responsables des politiques en Ontario et en dehors de la province, et a remporté un succès considérable avec ses activités d'application et d'échange de connaissances. Forts de ces partenariats et de nos liens avec les politiques, les programmes et la communauté, nous sommes bien placés pour faire en sorte que notre recherche communautaire puisse contribuer à l'élaboration de politiques et de programmes en matière de logement qui pourront permettre une amélioration des résultats de santé et de la qualité de vie liée à la santé pour les PVVIH.

Dates : De janvier 2009 à mars 2012

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Volet général – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R115 :

Titre : *Predictors of antiretroviral pharmacokinetics in HIV-infected women with virologic suppression on combination antiretroviral therapy*

Chercheuse principale : Dre Mona R. Loutfy

Chercheurs associés : Dr David Burdge, Dre Elizabeth Phillips, Dre Janet Raboud, Dre Anita Rachlis, Dre Alice Tseng et Dre Sharon Walmsley

Résumé : Les femmes constituent le groupe de population risquant d'être infecté par le VIH et le sida qui affiche la croissance la plus rapide au Canada. Les femmes représentent aujourd'hui environ 20 % des cas au Canada. Cette statistique alarmante est aggravée par le fait que les femmes sont régulièrement sous-représentées dans les essais cliniques évaluant le traitement antirétroviral et dans les études cliniques sur le VIH en général. Quelques domaines particuliers de recherche sur le VIH chez les femmes, cruciaux pour leurs soins et leur qualité de vie, ont été sous-évalués. Parmi ces domaines, deux des plus importants sont les suivants : 1) en quoi les exigences et les réponses au traitement antirétroviral diffèrent entre les femmes et les hommes, et 2) en quoi les effets indésirables associés au traitement antirétroviral diffèrent entre les femmes et les hommes. De nombreuses études de petite taille semblent indiquer que les femmes infectées par le VIH qui prennent un traitement antirétroviral présentent plus d'effets indésirables que les hommes. L'occurrence et la gestion des effets indésirables constituent à l'heure actuelle le problème le plus important dans le traitement du VIH. Il est essentiel de comprendre les différences des effets indésirables chez les femmes infectées par le VIH, mais ce point n'a pas encore été évalué dans une cohorte de grande envergure. Certaines études ont permis d'observer que les concentrations de médicaments antirétroviraux sont plus élevées chez les femmes et que ces concentrations supérieures sont associées à la toxicité accrue du traitement. Cette étude a pour objectif d'évaluer la pharmacocinétique des antirétroviraux (concentrations minimale et maximale) chez les femmes infectées par le VIH et de déterminer si ces concentrations sont plus élevées par rapport aux concentrations médicamenteuses moyennes observées historiquement dans l'ensemble de la population (principalement constituée d'hommes). Elle a également pour but d'évaluer, d'une part, si les concentrations des antirétroviraux, en particulier la concentration minimale, sont associées à la masse corporelle chez les femmes et, d'autre part, si les concentrations supérieures d'antirétroviraux, en particulier la concentration maximale, sont associées à une hausse de la fréquence et de la gravité des effets indésirables. Si elle est financée, cette étude sera la plus vaste étude jamais menée pour évaluer la pharmacocinétique des antirétroviraux chez les femmes infectées par le VIH.

Dates : D'avril 2006 à février 2013 et d'octobre 2008 à septembre 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement et Financement provisoire sur le VIH/sida – Volet biomédical/clinique

Source : Base de données de l'Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R116 :

Titre : *Preference Measures for HIV Antiretroviral Decision Making*

Chercheur principal : Ahmed M. Bayoumi

Chercheurs associés : Tony Antoniou, Jeffrey S. Hoch, Laura Park-Wyllie, Carol J. Strike et Nathan A. Taback

Résumé : Le traitement antirétroviral contre le VIH est souvent associé à des compromis difficiles. Même si ces médicaments peuvent améliorer la survie et le bien-être, ils sont souvent associés à des effets secondaires potentiellement perturbants, à des difficultés liées à l'utilisation à long terme, et à des coûts considérables. Les patients individuels doivent comprendre ces exigences contradictoires pour prendre des décisions claires qui soient en accord avec leurs propres valeurs. Les chercheurs et les décisionnaires doivent également comprendre ces compromis pour être en mesure d'interpréter correctement les résultats des essais cliniques et des analyses économiques. Une méthodologie d'évaluation de ces

compromis, fondée sur la théorie économique, consiste à demander aux participants d'envisager à quoi ils seraient prêts à renoncer (du temps, par exemple) ou ce qu'ils seraient disposés à accepter (un risque de décès, par exemple) en échange d'une amélioration de leur état de santé. De telles méthodologies sont devenues la norme en matière d'économie de la santé, mais elles sont sujettes à des erreurs et à des biais bien connus. Une autre méthodologie cherche à comprendre ce qui est important pour les personnes en leur de demandant d'envisager les compromis entre les états de santé, définis par un ensemble d'attributs. Notre étude comparera ces méthodologies et exposera les différences entre elles. Nous utiliserons à la fois des entrevues qualitatives et des méthodologies statistiques quantitatives pour analyser les résultats. Nous évaluerons quelles méthodologies sont les plus utiles pour les personnes, en comparant les résultats entre les méthodologies, nous examinerons les biais dans chaque méthodologie, nous étudierons si un ensemble de scores peut permettre d'en prédire un autre, et nous examinerons comment ces résultats peuvent être utilisés dans des applications réelles telles que les aides à la décision, les essais cliniques et les études sur l'économie de la santé. Ainsi, nos résultats permettront certainement d'aider les personnes vivant avec le VIH, les cliniciens et les responsables des politiques.

Dates : D'octobre 2008 à septembre 2010

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R117 :

Titre : *Rencontre internationale Jeunes et VIH : consolider les alliances*

Chercheuses principales : Hélène Sylvain et José Coté

Chercheurs associés : Philippe E. Delmas et Eliana Galano

Résumé : Des chercheurs de trois pays œuvrent à établir des partenariats de recherche dans le domaine des jeunes vivant avec le VIH : le Canada, la France et le Brésil. Outre un financement déjà en demande en France (ANRS) et au Brésil (CCC) pour un projet de recherche portant sur l'expérience de vie et l'adhésion thérapeutique des jeunes vivant avec le VIH à São Paulo au Brésil, ce financement canadien permettrait d'aller au-delà d'un seul projet en favorisant une rencontre entre chercheurs et collaborateurs afin de consolider cette équipe en émergence. La contribution du Canada permettra également de faire le point sur les recherches récentes en plus de faire un état de situation des projets de ce groupe de chercheurs. Enfin, cette réunion devra favoriser la mise en place d'un plan d'action pour l'établissement d'une programmation de recherche de nature internationale, convergeant entre autres vers le développement et l'évaluation d'interventions innovantes pour ce groupe particulièrement vulnérable que sont les jeunes vivant avec le VIH. Cette demande de soutien financier pour une réunion scientifique dépasse les 10 000 $ habituellement demandés, car elle implique la venue de chercheurs étrangers provenant du Brésil et de la France. Comme il y a eu des demandes de financement soumises aux deux autres pays, l'obtention d'un financement des Instituts de recherche en santé du Canada représenterait une contribution canadienne significative et un levier important dans la consolidation d'une collaboration internationale dans la recherche s'intéressant à la santé et aux soins des jeunes vivant avec le VIH.

Dates : De janvier 2010 à décembre 2010

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention pour réunions, planification et dissémination – Subvention de planification – Annonce de priorité : Institut des maladies infectieuses et immunitaires

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R118 :

Titre : *Reproductive trends among HIV-positive women in British Columbia's HAART era: Examining the interplay between pregnancy antiretroviral adherence and HIV disease progression*

Chercheuse principale : Angela Kaida

Résumé : Une proportion croissante des nouvelles infections au VIH, aussi bien au niveau local qu'à l'échelle mondiale, touche des femmes en âge de procréer, et le contact hétérosexuel est un risque de transmission du VIH de plus en plus important. S'il est clair que les femmes infectées par le VIH continuent à désirer des enfants, à tomber enceintes et à accoucher après avoir appris qu'elles étaient séropositives, peu d'attention a été accordée aux préoccupations relatives à la santé de la reproduction et aux droits des personnes vivant avec ou affectées par le VIH. Le traitement antirétroviral hautement actif, qui est la norme de traitement du VIH en Colombie-Britannique, réduit les risques pour la santé et les obstacles à la reproduction pour les personnes vivant avec le VIH. Avec une observance thérapeutique appropriée, le traitement antirétroviral hautement actif augmente l'espérance de vie, diminue la morbidité et réduit de façon spectaculaire les risques de transmission du VIH de la mère à l'enfant et aux partenaires sexuels sérodifférents. La recherche d'Angela Kaida cherche à décrire les tendances de reproduction des femmes séropositives à l'« ère du traitement antirétroviral hautement actif » (depuis 1996 environ) en Colombie-Britannique et à étudier les influences réciproques complexes entre la grossesse, l'observance du traitement antirétroviral et la progression de l'infection au VIH. En raison de la structure des services liés au sida et des méthodologies de collecte des données sur la population, la Colombie-Britannique offre un environnement absolument unique et extrêmement précieux dans lequel étudier les questions critiques liées au VIH, au traitement antirétroviral hautement actif et à la grossesse. Notamment, aucune autre province au monde n'a publié de conclusions à l'échelle de la population sur ce sujet. Cette recherche fournira des preuves pour guider l'élaboration de services et de politiques efficaces et réactifs en matière de reproduction et de santé sexuelle pour les femmes séropositives en Colombie-Britannique et ailleurs. Ces services ont pour but de défendre les droits des femmes séropositives à être sexuellement actives et à atteindre leurs objectifs de fécondité, tout en réduisant au minimum les risques pour la santé de la mère, du fœtus et du partenaire. Les conclusions apporteront des renseignements essentiels à l'élaboration de lignes directrices provinciales, nationales et internationales qui faciliteront la prise de décision sur la reproduction dans les couples touchés par le VIH et guideront l'utilisation du traitement antirétroviral pendant la grossesse.

Date : 2009

Programme de financement : Prix 2009 du stagiaire de recherche – Bourse de recherche postdoctorale

Source : Base de données de la Fondation Michael Smith pour la recherche en santé

PROJET R119 :

Titre : *Resilience: the effect of sexual and injecting risk behaviour on the health of Indigenous populations in Australia, Canada and New Zealand*

Chercheurs principaux : Dr John Kaldor et Pr Andrew Grulich

Chercheurs associés : Dre Sandra Eades, Dr Clive Aspin, Dr Thomas Wong, Chris Lawrence, Dr John Daniels, Kevin Barlow, Dr Neil Andersson, Dr Chris Archibald, Dr Rhys Jones, Pre Linda Smith et Dr Nigel Dickson

Résumé : Le VIH/sida est devenu l'un des problèmes de santé les plus importants de notre époque dans le monde. Comme plusieurs autres maladies infectieuses, il se propage principalement par des comportements que la plupart des gens considèrent comme faisant partie de leur vie privée, tels que les rapports sexuels et la consommation de drogues. Dans beaucoup de sociétés, la recherche de moyens de prévenir et de traiter ces infections a été compliquée par le fait que les gens trouvent gênant d'en discuter ou craignent la discrimination s'ils en sont atteints. Même si des enquêtes sur les infections transmissibles sexuellement ont observé des taux élevés dans certaines communautés autochtones en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Canada, jusqu'à présent, seul le Canada a observé une hausse du taux de VIH/sida dans sa population autochtone. Il nous reste beaucoup de choses à apprendre sur la prévention et le traitement de cette maladie chez les Autochtones. C'est pourquoi nous proposons de mettre en place des études axées sur la collaboration dans chacun des trois pays, qui étudieront de quelle façon les Autochtones peuvent se protéger contre ces infections. Nous sommes particulièrement intéressés par l'étude de leur résilience, de la façon dont ils se servent de leurs propres forces et de celles de leur communauté pour se protéger et améliorer leur santé et leur bien-être. Une bonne compréhension de ce qu'est la résilience nous aidera à découvrir comment les programmes de santé destinés aux Autochtones peuvent aider tous les membres de leur communauté à avoir les meilleures chances possibles d'éviter ces infections, ou à recevoir le bon type de soins, de soutien et de traitement s'ils sont atteints d'une ou plusieurs de ces infections. La recherche sera effectuée en pleine collaboration avec les communautés autochtones sous tous les aspects, de la planification à la présentation régulière des résultats. Le programme donnera aux Autochtones des trois pays l'occasion de développer et de renforcer leurs compétences de recherche dans ce domaine important, et permettra aux non-Autochtones de partager leurs connaissances et leur expérience avec les communautés autochtones.

Dates : De juillet 2006 à mai 2011

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R120 :

Titre : *Risking it: examining the experiences of gay/bi/queer transmen and HIV/AIDS*

Chercheur principal : Broden Giambrone

Résumé : Non disponible

Date : 2009

Programme de financement : Programme de bourses d'études supérieures du Canada – Programme de bourses de maîtrise

Source : Base de données du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada

PROJET R121 :

Titre : *Role of Socio-Cultural Factors in Pregnancy Planning of Women Living with HIV*

Chercheur principal : Dr Trent S. Newmeyer

Chercheuses associées : Dre Mona Loutfy et Dre Saara Greene

Résumé : Non disponible

Dates :

Programme de financement : Fondation canadienne de recherche sur le sida – Bourses de recherche – Cycle 21 (2008-2009)

Source : Base de données de la Fondation canadienne de recherche sur le sida

PROJET R122 :

Titre : *Sexual Health Matters: Concerns of HIV+ Adolescents and Young Adults*

Chercheuse principale : Tamara Landry

Chercheur associé : William Fisher

Résumé : Les jeunes séropositifs sont vulnérables, entre autres, à la stigmatisation, aux troubles émotionnels et sexuels, à la déficience de leur système immunitaire, à la consommation d'alcool et de drogues et au risque de contracter des infections transmissibles sexuellement. Un certain nombre de ces vulnérabilités peuvent être aggravées par l'acte même de divulgation de leur séropositivité. Peu d'études canadiennes ont étudié l'expérience des jeunes séropositifs liée à la divulgation de leur état sérologique vis-à-vis du VIH ou comparé l'expérience des jeunes infectés à la naissance à celle des jeunes infectés pendant l'adolescence. Au Canada, il n'existe pas de lignes directrices de promotion de la santé ni de « messages de divulgation » pour aider les jeunes séropositifs à divulguer (ou non) leur état sérologique vis-à-vis du VIH.

Objectifs : Cette étude examine a) l'expérience de divulgation de la séropositivité d'un groupe varié de jeunes Canadiens infectés à la naissance ou pendant l'adolescence, b) les répercussions de cette divulgation sur leur santé sexuelle, et c) leur accès aux services de soutien à leur disposition. Elle compare les expériences de divulgation de l'infection au VIH de jeunes séropositifs infectés à la naissance ou infectés pendant l'adolescence afin de repérer les principales distinctions entre les deux cas. Les résultats fourniront aux éducateurs et aux jeunes séropositifs des données probantes permettant une divulgation sûre et réussie de leur état sérologique vis-à-vis du VIH.

Méthodologie : En juin 2010, un comité consultatif de jeunes a déterminé les principaux thèmes à aborder et contribué à l'élaboration de questions pour les entrevues. Jusqu'à quarante jeunes séropositifs de London et Toronto,

en Ontario, âgés de 14 à 29 ans, participeront à des entrevues en profondeur, qui ont débuté en août 2010 avec l'approbation éthique de l'Université de Western Ontario. L'analyse des données, effectuée selon une approche phénoménologique, décrira et cataloguera l'« expérience vécue » des participants. Les thèmes et les schémas seront comparés entre toutes les transcriptions pour décrire les expériences individuelles et collectives.

Pertinence et répercussions potentielles : Cette recherche a pour but de faire progresser les connaissances afin de contribuer à créer et à mettre en œuvre des programmes d'éducation, de soutien et de prévention spécifiquement adaptés aux préoccupations des jeunes séropositifs en matière de santé sexuelle et de divulgation de leur état de santé, ainsi que de réduire au minimum le risque de transmission du VIH et de protéger la santé des personnes séropositives et séronégatives pour le VIH. Les programmes éducatifs conçus avec l'aide de jeunes séropositifs peuvent contribuer à faciliter une approche de la divulgation avec laquelle ils puissent se sentir à l'aise pour discuter de leur état de santé avec les fournisseurs de soins de santé, avec leurs amis proches et avec leurs partenaires.

Date : 2010

Programme de financement : Réseau ontarien de traitement du VIH – Bourse d'études

Source : Base de données du Réseau ontarien de traitement du VIH

PROJET R123 :

Titre : *Sexual violence, HIV/AIDS and Aboriginal women*

Chercheurs principaux : J. K. Barlow et Dre Charlotte J. Loppie

Chercheuses associées : Dre Gail Valaskakis et Dre Cornelia Wieman

Résumé : Au moyen d'une méthodologie combinant méthodologies visuelles et entrevues en profondeur, le Réseau canadien autochtone du sida concentrera son attention sur le problème de la violence sexuelle dans le contexte de la prestation de services liés au VIH/sida. Dans le cadre de cette étude, nous nous poserons les questions de recherche suivantes : 1) Comment les femmes représentent-elles visuellement les répercussions de la violence sexuelle sur leur vie dans le contexte du VIH/sida et comment les interprètent-elles ensuite? La méthodologie visuelle est une approche unique de la recherche souvent utilisée pour étudier des concepts difficiles que les personnes peuvent être incapables de verbaliser. 2) Comment le genre, la culture et l'état sérologique vis-à-vis du VIH/sida se manifestent-ils pour les femmes autochtones dans l'accès aux services? 3) Quels outils ou méthodologies culturels les femmes autochtones vivant avec le VIH/sida utilisent-elles pour gérer leur santé? 4) Quelles implications des politiques ou des programmes émergent lorsque l'on envisage les problèmes de la violence sexuelle, du genre, de la culture et du VIH/sida?

Dates : D'avril 2006 à mars 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données de l'Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R124 :

Titre : *Social anxiety as a risk factor for HIV transmission risk behaviour among HIV-seropositive and HIV-seronegative men who have sex with men: Mechanisms of action*

Chercheur principal : Dr Trevor Adam Hart

Chercheur associé : Dr Ted Myers

Résumé : Les personnes qui vivent avec le VIH et le sida ayant une meilleure longévité et qualité de vie grâce aux avancées des traitements médicaux, il existe un besoin accru d'effectuer de la recherche sur les comportements à risque des personnes séropositives et séronégatives. À la lumière de recherche antérieure ayant documenté les liens entre l'anxiété sociale et les relations non protégées parmi un échantillonnage d'adolescents masculins ayant des relations sexuelles avec des hommes et d'adultes séropositifs aux États-Unis, cette étude se penche sur la manière dont l'anxiété sociale peut mener à adopter des comportements sexuels à risque parmi les adultes séropositifs et séronégatifs en Ontario. Les répondants participeront à des entrevues semi-structurées et fourniront leurs mesures autodéclarées d'évaluation de l'anxiété sociale, de problèmes d'humeur, d'usage d'alcool et de drogue, d'attitudes à l'égard du VIH/sida et de comportement sexuel. Cette étude fournira des renseignements pour aider les fournisseurs à améliorer les soins de santé et à prévenir l'infection au VIH et le sida parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) et d'autres populations présentant un risque plus élevé de problèmes liés au VIH et au sida.

Dates : D'octobre 2005 à juin 2011 et d'octobre 2005 à juin 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données de l'Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R125 :

Titre : *Socio-ecological analysis of HIV/AIDS treatment-related behaviours & health outcomes in an era of HAART: Considering individuals in the context of their communities*

Chercheuse principale : Angela K. KAIDA

Résumé : L'introduction du traitement antirétroviral hautement actif pour le traitement du VIH/sida s'est accompagnée d'améliorations spectaculaires de la qualité de vie et de la survie des personnes infectées par la maladie. Au Canada, malgré l'accès à des médicaments gratuits et un système de soins de santé financé par des fonds publics et fondé sur l'égalité d'accès, ces améliorations des résultats ne sont pas réparties également entre les personnes infectées par le VIH. Par exemple, les femmes séropositives, les utilisateurs de drogues injectables et les personnes démunies sur le plan socio-économique continuent à être décrits comme des « groupes vulnérables » qui n'ont pas bénéficié des améliorations spectaculaires de la santé observées dans les autres groupes. Plusieurs aspects du schéma thérapeutique sont en train d'être étudiés afin d'expliquer ces inégalités. À ce jour, beaucoup de recherches se sont concentrées sur les facteurs de risque individuels, mais on se rend de plus en plus compte que les communautés dans lesquelles nous vivons ont également une influence sur notre santé. Cette étude cherche à comprendre comment les facteurs au niveau individuel et au niveau communautaire (et l'interaction entre eux) influencent les comportements liés au traitement et les résultats de santé qui en découlent. Les conclusions serviront à guider la conception d'interventions et de politiques favorables à une répartition équitable des bienfaits du traitement antirétroviral hautement actif pour prolonger la vie et améliorer la qualité de vie de tous les Canadiens affectés par le VIH/sida.

Dates : De janvier 2006 à août 2009 et de septembre 2006 à août 2009

Programme de financement : Fondation Michael Smith pour la recherche en santé

Bourse d'études et Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse de recherche au doctorat : Recherche sur le VIH/sida – Volet services de santé/santé des populations

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R126 :

Titre : *Studies of host factors and HIV-1 determinants during pregnancy*

Chercheur principal : Dr Hugo Soudeyns

Chercheurs associés : Dr Marc Boucher et Dr Normand D. Lapointe

Résumé : Les femmes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), l'agent causal du syndrome d'immunodéficience acquise (sida), peuvent transmettre le virus à leur embryon/fœtus et lors de l'accouchement. On estime que les réponses immunitaires de la mère jouent un rôle dans la protection de l'enfant contre l'infection. Cependant, les moyens par lesquels cette protection est obtenue ne sont pas connus. De plus, les médicaments antirétroviraux peuvent empêcher l'enfant de contracter le VIH de sa mère, mais en même temps réduisent le nombre de cellules immunitaires responsable de la protection de l'hôte. Donc, l'objectif de cette proposition est d'améliorer notre compréhension du lien entre le VIH-1, l'immunité de la mère et les régimes de médicaments antirétroviraux afin de perfectionner les méthodes et les protocoles actuellement utilisés pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Pour ce faire, nous étudierons les réponses immunitaires et les protéines virales d'un groupe de femmes enceintes infectées par le VIH qui avaient été traitées par différents régimes de médicaments antirétroviraux.

Dates : D'avril 2005 à mars 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données de l'Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R127 :

Titre : *Systematic review of HIV transmission between serodiscordant couples where the HIV-positive partner has full viral suppression with antiretroviral therapy*

Chercheurs principaux : Mona R. Loutfy, Louise Binder, Shari L. Margolese et Frank McGee

Chercheurs associés : Tony Antoniou, Paula A. Rochon et Sergio Rueda

Résumé : L'effet du traitement antirétroviral sur l'évolution naturelle de l'infection au VIH est incontestable, avec des réductions spectaculaires de la morbidité et de la mortalité ainsi qu'une baisse des taux de transmission verticale (de la mère à l'enfant). Une question de plus en plus intéressante est celle de la prévention de la transmission horizontale du virus dans un couple sérodifférent, du partenaire infecté au partenaire non infecté. Actuellement, les points de vue divergent sur les stratégies de prévention de la transmission horizontale, et il est donc nécessaire de clarifier la recherche afin de guider la politique sur ce point. Le premier objectif de ce projet est d'effectuer un examen scientifiquement rigoureux et systématique du risque de transmission du VIH dans les couples sérodifférents où le partenaire séropositif en traitement antirétroviral présente une suppression totale de la charge virale plasmatique. Le second objectif de ce projet est de créer des ressources efficaces d'application des connaissances afin d'améliorer le conseil sur le risque et la prévention de la transmission du VIH dans le contexte d'un couple sérodifférent.

Dates : De janvier 2010 à décembre 2010

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention sur la synthèse des connaissances

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R128 :

Titre : *Systematic review of the effects of stigma and discrimination on health in HIV/AIDS*

Chercheurs principaux : Dr Sean B. Rourke, Dr John Cairney, Dr Randy Jackson, Dre Rosemary Jolly et Dr Samuel Noh

Chercheurs associés : Dr Barry D. Adam, Dre Jean Bacon, Dr Winston Husbands, Dr Alan Li, Dre Margaret Millson, Dre Sarah Rubenstein, Dr Sergio Rueda, Dre Carol Strike, Dre Wangari Tharao, Dr Robb Travers et Dre Anna Van Der Meulen

Résumé : Le VIH/sida est de plus en plus considéré comme une affection chronique, et non plus comme une maladie fatale. La recherche a montré que la stigmatisation et la discrimination relatives au VIH sont associées à une mauvaise santé physique et mentale. Objectifs : 1) effectuer un examen systématique, quantitatif et qualitatif, de la documentation de recherche sur les effets de la stigmatisation et de la discrimination sur la santé et sur l'accès des PVVIH et leur recours aux soins de santé; 2) mettre les résultats de ces deux examens à la disposition des principaux intervenants par une stratégie globale d'application des connaissances. Méthodologies : Une recherche systématique dans les bases de données électroniques sera effectuée parmi les articles de revue publiés depuis janvier 1996. Notre recherche inclura également de la littérature « grise » et des communications avec des chercheurs sur le terrain pour demander des données non publiées. Deux examinateurs effectueront indépendamment la sélection des études, l'évaluation de la qualité et le résumé analytique des données. Nous présenterons les conclusions de l'étude séparément d'après les résultats et nous effectuerons des analyses de sensibilité en fonction de la conception et de la qualité des études. Plan d'application des connaissances : Notre équipe de recherche comprend des représentants des principaux intervenants qui participeront à toutes les étapes de l'enquête. Ils veilleront à ce que les connaissances existantes au sujet des effets de la stigmatisation et de la discrimination sur la santé et sur l'accès aux soins chez les PVVIH soient mises à la disposition des organismes communautaires de services liés au VIH/sida, des principaux responsables des politiques, des médecins spécialistes du VIH et des PVVIH sous des formes utiles.

Dates : De février 2008 à janvier 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données de l'Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R129 :

Titre : *The 2008 Ontario HIV Treatment Network Research Conference*

Chercheur principal : Sean B. Rourke

Résumé : La conférence de recherche du Réseau ontarien de traitement du VIH offre aux chercheurs canadiens sur le VIH une occasion unique de présenter les progrès les plus récents et les plus importants de la recherche scientifique, clinique, socio-comportementale, épidémiologique et communautaire. Cette conférence, qui se tient chaque année depuis dix ans, est devenue un événement annuel incontournable dans le domaine de la recherche sur le VIH en Ontario et au-delà. Le programme de la conférence est conçu pour promouvoir et favoriser l'application des connaissances parmi tous nos groupes d'intervenants – membres de la communauté, chercheurs, responsables des politiques et fournisseurs de services – et consiste en diverses activités : ateliers de renforcement des compétences, déjeuners-discussions en table ronde, présentations interactives en groupe, documentaires vidéos, débats, présentations orales de résumés et visites guidées autour d'affiches. Le thème de la conférence de cette année est « A Decade of Discovery to Drive Policy and Care: Looking Back, Moving Forward ». La conférence de recherche 2008 du Réseau ontarien de traitement du VIH marque le dixième anniversaire du Réseau ontarien de traitement du VIH. À cette occasion, nous avons conçu un programme visant à mettre en évidence les progrès réalisés dans la recherche basique, clinique, socio-comportementale, épidémiologique et communautaire, la façon dont ces progrès ont abouti à des changements importants dans la politique et les soins pour la communauté ontarienne et au-delà, et les directions émergentes de la recherche sur le VIH qui peuvent guider les investissements de recherche au cours des dix prochaines années. Le nombre de participants à notre conférence augmente d'année en année. Nous prévoyons qu'environ 570 personnes en provenance du Canada et du monde entier assisteront à notre conférence en 2008, à savoir : 200 chercheurs en VIH, 270 intervenants communautaires, 60 représentants gouvernementaux et responsables des politiques, et 40 médecins de premier recours et autres professionnels des soins de santé. Même

si le mandat du Réseau ontarien de traitement du VIH se concentre sur l'Ontario, la conférence est conçue pour présenter des résultats et des partenariats de recherche très variés, aussi bien canadiens qu'internationaux. Cette année, nous avons le plaisir de présenter des chercheurs canadiens renommés qui se concentrent sur les problèmes nationaux liés au VIH.

Dates : De septembre 2008 à août 2009 et de septembre 2009 à août 2010

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention pour réunions, planification et dissémination – Subvention de planification – Annonce de priorité : Institut des maladies infectieuses et immunitaires

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R130 :

Titre : *The African, Caribbean and Black Canadian HIV/AIDS Research Think Tank*

Chercheuse principale : Wangari Tharao

Résumé : Non disponible

Date : 2009

Programme de financement : Réseau ontarien de traitement du VIH – Subvention du fonds pour les ateliers, symposiums et conférences

Source : Base de données du Réseau ontarien de traitement du VIH

PROJET R131 :

Titre : *The Canadian HIV vascular study*

Chercheur principal : Marek J. Smieja

Chercheurs associés : Kevin A. Gough, Eva Lonn, Kenneth L. Rosenthal, Fiona M. Smaill et Lehana Thabane

Résumé : Le traitement antirétroviral contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a considérablement prolongé l'espérance de vie des patients atteints d'une infection au VIH avancée. Toutefois, le traitement anti-VIH peut provoquer une hypercholestérolémie, une hausse du glucose et des changements dans le métabolisme des graisses, ce qui suscite des préoccupations croissantes quant au risque d'augmentation des maladies cardiovasculaires chez les patients séropositifs. Dans cette étude, nous proposons d'observer la progression de l'épaississement des vaisseaux sanguins, afin d'examiner la contribution relative de différents schémas pharmacologiques, du système immunitaire et des facteurs de risque cardiovasculaire préexistants dans la genèse et la progression de l'athérosclérose chez des sujets séropositifs. Nous avons soigneusement assemblé dans cinq centres canadiens une cohorte de 273 sujets séropositifs qui subissent une échographie carotidienne de haute résolution au début de l'étude et après un an. Nous avons normalisé la technique, la collecte des données et la méthodologie de prélèvement sanguin. Dans la présente soumission, nous proposons une étude de suivi d'une durée de quatre ans, pendant laquelle ces sujets continueront à effectuer une échographie carotidienne chaque année. Cette étude examinera le rôle du système immunitaire et de la reconstitution immunitaire des macrophages et des monocytes par rapport aux lymphocytes T dans la progression de l'athérosclérose, le rôle de différents médicaments, notamment la zidovudine, la stavudine, l'éfavirenz et les inhibiteurs de protéase, et le rôle des facteurs de risque cardiovasculaire préexistants, tels que le tabagisme et l'hypertension. Les lipides seront examinés à la fois en tant que facteurs de risque indépendants et en tant qu'éléments de la voie causale de l'athérosclérose d'origine médicamenteuse. L'étude devrait permettre d'obtenir des données importantes sur la progression des maladies cardiovasculaires chez les sujets séropositifs, ainsi que d'examiner certaines des voies présumées, notamment la voie lipidique et la voie immunologique.

Dates : D'avril 2005 à mars 2010 et de septembre 2006 à août 2011

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement et Bourse de nouveau chercheur

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R132 :

Titre : *The Cedar Project: Exploring HIV and Hepatitis C Vulnerabilities among Young Aboriginal Drug Users in Three Canadian Cities*

Chercheuse principale : Patricia M. Spittal

Chercheurs associés : Martin T. Schechter, Catherine P. Baylis, Russell C. Callaghan, Wayne M. Christian, Kevin J. Craib, Patricia A. Janssen, Reinhard M. Krausz, Caroline Miller, Akm Moniruzzaman, Eugenia Oviedo-Joekes, Chris G. Richardson, Christopher H. Sherlock et Eric M. Yoshida

Résumé : Au cours de la dernière décennie, le nombre d'Autochtones ayant reçu un diagnostic de VIH au Canada a augmenté plus que dans n'importe quelle autre ethnicité. Bien que les Autochtones ne constituent que 4 % de la population de la Colombie-Britannique, ils représentent plus de 13 % de tous les tests VIH positifs. La majorité des infections sont associées à l'utilisation de drogues injectables, mais les facteurs qui expliquent le risque et le taux élevés de transmission du VIH chez les jeunes autochtones consommant des drogues illégales ne sont pas bien compris. Le Cedar Project est une étude par observation portant sur les vulnérabilités associées au VIH et au virus de l'hépatite C chez les jeunes autochtones vivant à Vancouver, à Kamloops et à Prince George, en Colombie-Britannique. Nous avons récemment observé des taux préoccupants d'infection par le virus de l'hépatite C et le VIH, de passage à l'injection et de consommation de méthamphétamine en cristaux. Grâce à notre cohorte établie, conçue et mise en œuvre en collaboration avec des partenaires et des chercheurs autochtones, nous avons maintenant la possibilité d'élargir notre travail pour déterminer les facteurs de résilience et de protection du point de vue des jeunes autochtones et mettre l'accent en particulier sur une intervention de prise en charge visant à augmenter le recours aux soins du VIH parmi les participants séropositifs au Cedar Project.

Dates : D'avril 2009 à mars 2012

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Centre d'excellence sur le VIH/sida de la Colombie-Britannique

PROJET R133 :

Titre : *The epidemiology of sexually transmitted infections and blood borne pathogens in an inmate population*

Chercheurs principaux : Dre Carole Beaudoin et Dr John Wylie

Chercheurs associés : Dre Magdy Dawood, Dre Trina Larsen, Dre Marilyn Sloane, Dr Paul Van Caeseele et Dre Michelyn Wood

Résumé : Cette étude a pour but de guider des efforts de prévention efficaces et innovants pour réduire la transmission des infections transmissibles sexuellement et des pathogènes à diffusion hématogène dans une population de personnes incarcérées. Il est nécessaire de déterminer et de quantifier la prévalence des infections transmissibles sexuellement et des pathogènes à diffusion hématogène et des comportements à risque qui y sont associés chez les personnes incarcérées dans des établissements correctionnels afin de guider les activités de prévention et de réduction des méfaits. Dans ce contexte, cette étude consistera en un projet de recherche axé sur la collaboration entre l'Université du Manitoba, les ministères provinciaux de la Santé et de la Justice au Manitoba (Santé Manitoba et Justice Manitoba, respectivement) et l'Agence de la santé publique du Canada. Ce projet visera à évaluer dans une population de personnes incarcérées : a) la séroprévalence du VIH, de l'hépatite C, de la gonorrhée, de la chlamydia et de la syphilis; b) les comportements auxquels prennent part les personnes incarcérées qui peuvent entraîner un risque de transmission d'une infection transmissible sexuellement ou d'un pathogène à diffusion hématogène; c) la connaissance des comportements risquant de provoquer des maladies (ou les lacunes en la matière); et d) les obstacles sociaux et environnementaux à la prévention de la maladie qui existent dans le contexte des établissements correctionnels. À cette fin, un dépistage de la séroprévalence de la gonorrhée, de la chlamydia, de la syphilis, de l'hépatite C et du VIH, ainsi que des entrevues approfondies seront effectués, sur une période de six mois, chez 400 participants à l'étude incarcérés. Outre des

présentations lors de conférences et des publications dans des revues scientifiques à comité de lecture, des activités d'application des connaissances sur les risques comportementaux et les influences sociales et environnementales sur ces risques seront menées en collaboration avec des organisations communautaires locales offrant des services de prévention, de réduction des méfaits et de santé et avec les ministères fédéraux et provinciaux chargés de la santé et des établissements correctionnels afin de contribuer à l'élaboration de politiques et de programmes fondés sur des données probantes.

Dates : De novembre 2007 à octobre 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données de l'Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R134 :

Titre : *The impact of actual or perceived HIV status on refugee determination*

Chercheuse principale : Kristi H. Kenyon

Résumé : Non disponible

Date : 2008

Programme de financement : Bourse d'études supérieures du Canada – Programme de doctorat

Source : Base de données du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada

PROJET R135 :

Titre : *The impact of antiretroviral care on the health and well being of persons infected with HIV/AIDS*

Chercheur principal : Robert S. Hogg

Chercheurs associés : Thomas H. Kerr, Julio S. Montaner et Evan Wood

Résumé : Le principal objectif est d'établir une nouvelle cohorte basée sur la population de 500 hommes et femmes infectés par le VIH accédant au traitement antirétroviral par l'intermédiaire du Programme de traitement pharmaceutique du VIH/sida de la Colombie-Britannique, afin d'évaluer les répercussions d'un service de santé d'appoint (p. ex. traitement à la méthadone, traitement sous observation directe ou mutuelle, soins par un médecin, supervision en pharmacie et services de toxicomanie) et de services auxiliaires (analyse trimestrielle de la numération des lymphocytes T-CD4 et de la charge virale, et analyse de la pharmacorésistance au besoin) sur l'observance thérapeutique et la réponse au traitement antirétroviral.

Dates : De juillet 2006 à mars 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Renforcement des capacités grâce à un rehaussement des subventions de fonctionnement relatives au VIH/sida

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R136 :

Titre : *The lived experiences of health and well-being among Aboriginal people living with HIV/AIDS: Beyond a deficiency model*

Chercheuse principale : Dre Tracey Prentice

Résumé : Réalisé en partenariat avec le Réseau canadien autochtone du sida et ses organisations membres, ce projet de recherche communautaire participative portera sur la « santé » des Autochtones vivant avec le VIH/sida. Cette étude se veut une réponse à des commentaires publiés par des chercheurs indigènes/autochtones et à des travaux de recherche du Réseau canadien autochtone du sida menés auprès de femmes autochtones et dans lesquels on a fait ressortir le besoin d'histoires et d'images liées à la santé et au mieux-être des Autochtones vivant avec le VIH/sida. En raison de la prédominance du « modèle de déficience » et de l'accent mis sur la pathogenèse (origine de la maladie) dans les recherches sur les Autochtones et le VIH/sida, on a brossé un tableau de la souffrance, de la maladie et du dysfonctionnement dans les communautés autochtones et chez les Autochtones vivant avec le VIH/sida qui ne reflète que de façon inexacte et incomplète l'expérience des Autochtones vivant avec le VIH/sida. Ce genre de représentations a un effet trompeur, débilitant et démotivant. Dans le cadre de notre projet de recherche, nous visons à faire contrepoids à ces représentations en explorant, grâce à des groupes de discussion communautaires et aux observations des participants lors de rencontres formelles et informelles, l'expérience vécue par les Autochtones vivant avec le VIH/sida en ce qui a trait à leur santé et à leur bien-être. Tout particulièrement, nous répondrons aux questions suivantes : 1) Quelle compréhension et quelle expérience les Autochtones vivant avec le VIH/sida ont-ils de la santé et du mieux-être compte tenu de leur situation? 2) Quels facteurs contribuent à la santé et au mieux-être des Autochtones vivant avec le VIH/sida? 3) Quel rôle, le cas échéant, la culture joue-t-elle dans la compréhension et l'expérience qu'ont les Autochtones vivant avec le VIH/sida de la santé et du mieux-être? 4) Quelle influence, le cas échéant, le sexe biologique ou le genre social exercent-ils sur la compréhension et l'expérience qu'ont les Autochtones vivant avec le VIH/sida de la santé et du mieux-être? Conformément aux principes de la recherche communautaire participative et aux principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession, les groupes de discussions communautaires favoriseront les possibilités de renforcement des capacités, ainsi que la propriété et le leadership collectifs dans le cadre des recherches. De plus, le partenariat forgé avec le Réseau canadien autochtone du sida et ses organisations membres aux échelons local et provincial fera en sorte que les résultats de nos recherches soient pleinement utilisés et contribuent à l'élaboration d'outils et de services culturellement appropriés et mieux adaptés aux besoins de cette population.

Dates : De septembre 2007 à août 2010

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse d'études

Source : Base de données de l'Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R137 :

Titre : *The makings and meanings of men who have sex with men: a study in race, gender, sexuality and citizenship*

Chercheur principal : Andil Gosine

Résumé : Non disponible

Date : 2008

Programme de financement : Programme de subventions ordinaires de recherche

Source : Conseil de recherche en sciences humaines du Canada

PROJET R138 :

Titre : *The quality of life in older adults coping with HIV/AIDS in Canada*

Chercheuse principale : Patricia A. Khokher

Résumé : Non disponible

Dates : De février 2008 à février 2010

Programme de financement : Bourse de recherche de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et des Instituts de recherche en santé du Canada

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R139 :

Titre : *Towards Evidence-informed Support Services for PHAs: A Scoping Review of Existing Research*

Chercheurs principaux : Winston C. Husbands, Sergio Rueda et Michael G. Wilson

Chercheurs associés : Le-Ann Dolan, Angela Eady, Nicole R. Greenspan et Rick A. Kennedy

Résumé : Depuis l'introduction du traitement antirétroviral hautement actif, les personnes atteintes du VIH/sida vivent désormais plus longtemps. Par conséquent, le besoin de services et de programmes de soutien aux personnes vivant avec le VIH/sida se fait de plus en plus ressentir afin de contribuer à améliorer leur qualité de vie et leur fonctionnement. À l'heure actuelle, des services et des programmes de conseil et gestion de cas et de promotion de la santé sont offerts par des organismes de services liés au sida dans tout le pays, mais les données probantes issues de la recherche pour améliorer le contenu et la qualité de ces services sont limitées. L'accès à la recherche en cours est également source de préoccupation. Cette étude vise à déterminer les données probantes de recherche pour améliorer les services de soutien par les moyens suivants : 1. 1) en identifiant tous les examens systématiques existants relatifs au conseil et à la gestion de cas ainsi qu'à la promotion de la santé pour les personnes vivant avec le VIH/sida; 2) en évaluant la qualité et l'applicabilité au niveau local des examens systématiques qui auront été identifiés; 3) en cartographiant les principales études relatives au conseil et à la gestion de cas ainsi qu'à la promotion de la santé pour les personnes vivant avec le VIH/sida; et 4) en diffusant sous des formes conviviales les conclusions de notre étude auprès des décisionnaires des organismes de services liés au sida, des chercheurs et des responsables des politiques, accompagnées de suggestions de stratégies pour combler les lacunes repérées dans les connaissances. Afin de faciliter une approche fondée sur des données probantes des services et programmes de soutien dans les organismes de services liés au sida, nous aurons recours à une stratégie globale de transfert des connaissances qui consiste en des efforts d'« impulsion » (p. ex. publication d'articles et de fiches de renseignements), des efforts d'« attraction » (p. ex. publication d'une liste des examens systématiques identifiés accompagnés de résumés conviviaux sur les sites Internet du AIDS Committee of Toronto et de ses partenaires) et des efforts d'« échange » (p. ex. organisation d'une série de forums dans diverses provinces avec la participation d'organismes de services liés au sida et de décisionnaires). Les personnes vivant avec le VIH/sida sont impliquées dans la conception, la mise en œuvre et la diffusion de ce projet.

Dates : De novembre 2008 à octobre 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention sur la synthèse des connaissances

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R140 :

Titre : *Trans PULSE project: Exploring HIV vulnerability in Ontario's trans communities*

Chercheurs principaux : Dre Greta Bauer et Dr Robb Travers

Chercheurs associés : Dre Rebecca Hammond, Dre Michelle Hancock-Boyce, Dr Matthias Kaay, Dr Rupert Raj, Dr Kyle Scanlon et Dre Anna Travers

Résumé : Le VIH ne touche pas tous les groupes de la même manière. Des études de partout en Amérique du Nord indiquent fortement que les communautés transgenres ont des taux d'infection par le VIH plus élevés que prévu. Ceci n'est peut-être pas surprenant vu les preuves que de nombreuses personnes transgenres font l'objet de violence et de discrimination en plus d'avoir des difficultés à accéder aux services les plus élémentaires qui soient. Ceux-ci comprennent l'emploi, les soins de santé et le logement. Il est critique de prendre ces plus grands facteurs en considération lorsqu'on tente de comprendre la présence du VIH dans des groupes marginalisés, comme ceux des communautés transgenres en Ontario. Pour ce faire, les membres de ces communautés, avec des partenaires du Réseau ontarien de traitement du VIH, du Sherbourne Health Centre, du 519 Community Centre, de l'Université de Western Ontario et de TGStation.com, ont créé un projet de recherche intitulé le projet Trans PULSE. Cette initiative utilisera des méthodologies qualitatives et quantitatives pour obtenir le matériel le plus riche possible pour comprendre comment la marginalisation sociale peut entraîner une vulnérabilité à l'égard du VIH dans les communautés transgenres et comment des facteurs sociaux, comme l'accès aux soins de santé de même que la source et la stabilité du revenu, peuvent atteindre la qualité de vie des personnes transgenres qui vivent avec le VIH. Ce projet vise de grandes lacunes au titre des renseignements pertinents et traduit le souhait des membres de la communauté de voir le VIH dans un contexte plus large de vie et d'expérience des transgenres. Le projet réunit un comité d'enquête de huit personnes, dont cinq sont des transgenres, qui ont travaillé à établir les objectifs de la recherche, à concevoir l'étude et à améliorer la participation communautaire afin de veiller à ce que cette recherche soit pertinente aux besoins des communautés transgenres. Le sondage de la communauté, dans le cadre duquel des transgenres provenant de trois collectivités différentes en Ontario ont discuté de leurs expériences entourant les soins de santé et le risque lié au VIH, a été important pour façonner la recherche.

Dates : D'avril 2007 à mars 2010

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données de l'Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R141 :

Titre : *Trans PULSE Symposium: Building Our Communities*

Chercheurs principaux : Robb Travers et Greta R. Bauer

Chercheurs associés : Michelle J. Hancock-Boyce et Kyle A. Scanlon

Résumé : La présente demande (veuillez la considérer également pour le financement dans le cadre de l'Initiative de recherche sur le VIH/sida des Instituts de recherche en santé du Canada) concerne le *Trans PULSE Symposium*, qui rassemble divers décisionnaires, notamment des transgenres, des chercheurs, des fournisseurs de services et des responsables des politiques, afin de discuter des données quantitatives tirées de l'enquête Trans PULSE et de planifier des stratégies de « mise en action de la recherche ». *Trans PULSE* est un projet de recherche communautaire financé par les Instituts de recherche en santé du Canada, qui entend répondre aux problèmes cernés dans les communautés transgenres en Ontario en ce qui a trait à l'accès aux services de santé et sociaux et aux déterminants sociaux de la santé de manière générale. Il vise à comprendre les divers aspects par lesquels l'exclusion sociale influe sur la prestation de services aux transgenres et nuit à leurs résultats sur le plan de la santé. Ce projet, qui constitue la plus vaste étude de ce genre au Canada à ce jour, vient combler une lacune importante. L'un des principaux objectifs est de mieux comprendre les facteurs de risque liés au VIH/sida ainsi que les problèmes de prévention, de soin et de soutien de manière générale. Les données du projet *Trans PULSE* contribueront fortement à la prévention de l'acquisition et de la transmission de nouvelles infections en fournissant des cadres permettant de mieux comprendre la vulnérabilité au VIH dans ces communautés extrêmement marginalisées. Elles permettront de guider les interventions et les normes thérapeutiques destinées aux transgenres touchés par le VIH, mais aussi de mettre en lumière les obstacles à l'accès aux soins de santé et de fournir des stratégies d'action pour les surmonter. Au bout du compte, cela contribuera à améliorer la qualité de vie et à ralentir la progression de la maladie chez les transgenres vivant avec le VIH. Le *Trans PULSE Symposium* constituera pour les personnes concernées une occasion unique de partager et de comprendre les données du projet *Trans PULSE* et de commencer à appliquer les connaissances associées aux divers déterminants sociaux de la santé dans l'élaboration d'une théorie solide de la vulnérabilité au VIH (et aux autres problèmes de santé) au niveau communautaire. Par sa participation, ce groupe d'intervenants constituera le début d'un « réseau de connaissances » qui œuvrera pour créer des changements à long terme en faveur de l'amélioration des résultats de santé dans la population transgenre.

Dates : De janvier 2010 à décembre 2010

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention pour réunions, planification et dissémination – Subvention de planification – Annonce de priorité : Institut des maladies infectieuses et immunitaires

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R142 :

Titre : *Two-Spirit Women's experience of homophobia in the context of HIV/AIDS service provision*

Chercheurs principaux : Randy Jackson et Dre Janice Ristock

Chercheuses associées : Dre Shari Brotman, Dre Laverne Monette et Joyce Seto

Résumé : En adoptant une conception de recherche communautaire, le Réseau canadien autochtone du sida effectue une étude qualitative sur l'expérience de l'homophobie vécue par les femmes bispirituelles dans le contexte de la prestation des services liés au VIH/sida. Cette étude s'appuie sur une enquête récente du Réseau canadien autochtone du sida dans laquelle les tendances sont mises en évidence pour poser des questions de recherche plus approfondies : 1) Lorsque les femmes bispirituelles sont confrontées à une discrimination homophobe dans l'accès aux soins, comment vivent-elles subjectivement ces situations? Comment comprennent-elles le croisement entre leurs identités en tant que bispirituelles, en tant que personnes atteintes du VIH/sida et en tant que femmes? 2) Quelles sont les répercussions de l'homophobie et de l'hétérosexisme sur le plan de l'accès aux services liés au VIH/sida? Autrement dit, comment les femmes bispirituelles y répondent-elles et quelles raisons, selon elles, guident leur processus de prise de décision? 3) Quelles sont les caractéristiques nécessaires des pratiques exemplaires et des politiques pour atténuer l'homophobie dans la prestation de services du point de vue de cette population? À la base de l'étude, le respect des principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession est essentiel pour en optimiser les bienfaits potentiels.

Dates : D'avril 2006 à mars 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données de l'Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R143 :

Titre : *Understanding the HIV-Related Transitions of Families Living with HIV*

Chercheur principal : Orville Browne

Résumé : Non disponible

Date : 2009

Programme de financement : Réseau ontarien de traitement du VIH – Subvention de fonctionnement pour la recherche

Source : Base de données du Réseau ontarien de traitement du VIH

PROJET R144 :

Titre : *Understanding virological and host determinants of HIV disease progression in a cohort of slow progressors*

Chercheuses principales : Cécile L. Tremblay et Nicole F. Bernard

Chercheurs associés : Jonathan B. Angel, Jean-Guy Baril, Pierre Côté, Alexandra De Pokomandy, Michael J. Gill, Marianne Harris, Colin Kovacs, Mona R. Loutfy, Julio S. Montaner, Anita R. Rachlis, Jean-Pierre Routy, Benoit Trottier et Christos M. Tsoukas

Résumé : Un certain nombre de patients – très peu – infectés par le VIH sont capables de contrôler le virus sans médicaments anti-VIH. Ces patients rares ont été qualifiés de « non-progresseurs à long terme » et peuvent avoir des mécanismes particuliers qui leur permettent de contrôler tout seuls le virus. Il peut être très important d'en apprendre davantage sur ces mécanismes pour aider à la conception de vaccins ou de nouveaux traitements ainsi qu'à l'élaboration de stratégies de prévention du VIH. Nous recruterons, d'une part, des sujets infectés par le VIH-1 qui sont des non-progresseurs à long terme et, d'autre part, des patients qui présentent une progression normale de la maladie, afin d'étudier comment divers facteurs, tels que le type de virus par lequel ils sont infectés, leur système immunitaire ou leurs cellules, les aident à contrôler l'infection. En outre, nous voulons déterminer l'évolution naturelle à long terme, clinique et psychologique, de l'infection chez ces patients et évaluer si une surinfection peut modifier la progression de la maladie chez ces sujets.

Dates : D'avril 2009 à mars 2014

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R145 :

Titre : *Understanding vulnerability: a cultural analysis of HIV/AIDS*

Chercheuse principale : Sarah Sanford

Résumé : Non disponible

Date : 2008

Programme de financement : Bourse d'études supérieures du Canada – Programme de doctorat

Source : Conseil de recherche en sciences humaines du Canada

PROJET R146 :

Titre : *Women and HIV in Canada*

Chercheuse principale : Janelle D. Hippe

Résumé : Non disponible

Dates : 2008 et 2009

Programme de financement : Bourse d'études supérieures du Canada – Programme de doctorat

Source : Base de données du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada

PROJET R147 :

Titre : *Workshop and Guidelines on Cardiovascular Risk in HIV Patients*

Chercheurs principaux : Astha Ramaiya et Marek J. Smieja

Résumé : Le traitement antirétroviral prolonge considérablement l'espérance de vie des personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), mais l'hyperlipidémie et d'autres anomalies métaboliques d'origine médicamenteuse peuvent les prédisposer aux maladies cardiovasculaires. Les inhibiteurs de protéase, en particulier, ont été associés à une hausse du cholestérol total et du cholestérol à lipoprotéines de faible densité, à une hausse des triglycérides, à l'insulinorésistance et au diabète sucré. De plus, les personnes infectées par le VIH présentent une prévalence supérieure des facteurs normaux de risque cardiovasculaire, tels que le tabagisme, par rapport à l'ensemble de la population. Il est nécessaire et urgent de placer les données probantes actuelles dans le contexte approprié de l'avantage clinique écrasant du traitement antirétroviral, tout en guidant clairement les cliniciens dans des stratégies visant à atténuer le risque cardiovasculaire. Nous proposons d'élaborer des lignes directrices fondées sur des données probantes pour l'évaluation du risque cardiovasculaire et la prévention de la maladie cardiovasculaire chez les patients infectés par le VIH. Plus précisément, nous proposons : 1) de trouver, examiner, résumer et évaluer la documentation publiée ou présentée pertinente sur le VIH ou le traitement antirétroviral et le risque cardiovasculaire; 2) d'organiser un atelier d'experts afin d'élaborer des lignes directrices canadiennes, principalement destinées aux médecins spécialistes du VIH et aux cardiologues; et 3) de publier ces lignes directrices dans une revue scientifique à comité de lecture.

Dates : De mai 2008 à avril 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention pour réunions, planification et dissémination : Application des connaissances

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R148 :

Titre : *Workshop: What can we learn from HIV-1 infected subjects with slow disease progression?*

Chercheuses principales : Cécile L. Tremblay et Nicole F. Bernard

Résumé : Les personnes infectées par le VIH-1 qui présentent une progression lente de la maladie sont rares et constituent une population importante dans laquelle étudier les interactions entre le virus et l'hôte qui contribuent au contrôle de l'infection par le VIH-1. Ces études fourniront probablement des renseignements sur la conception rationnelle d'un vaccin ainsi que de nouvelles cibles thérapeutiques potentielles. Nous avons constitué une cohorte de personnes infectées par le VIH-1 présentant une progression lente de la maladie (progresseurs lents) au Québec et nous l'élargissons maintenant au reste du Canada. Nous avons obtenu la collaboration de la plupart des cliniciens-chercheurs canadiens travaillant dans le domaine du VIH. Afin d'utiliser le mieux possible, sur le plan scientifique, les données qui seront recueillies tout au long de cette étude de cohorte de cinq ans, nous souhaitons organiser un atelier d'une journée pour échanger avec tous ces collaborateurs sur les idées et sur les progrès qui ont été réalisés à ce jour sur la pathogenèse du VIH-1 par rapport à la progression de la maladie. L'atelier comprendra des présentations scientifiques d'experts internationaux en la matière. La deuxième partie de l'atelier sera constituée de discussions scientifiques sur les divers projets soutenus par la cohorte. Enfin, la troisième partie servira à l'organisation et à la coordination des activités de la cohorte pour l'année suivante. Cet atelier enrichira notre projet et améliorera la collaboration entre ce groupe de chercheurs.

Dates : De mai 2009 à avril 2010

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention pour réunions, planification et dissémination – Subvention de planification – Annonce de priorité : Institut des maladies infectieuses et immunitaires

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

ANNEXE C

Il est important de noter que cette méthodologie comporte certaines limites pour cette annexe. Les réseaux, coalitions et programmes mentionnés dans la présente annexe étaient actifs à un moment donné entre 2009 et 2011, mais ne l'étaient peut-être plus au moment de la publication.

1) RÉSEAUX, COALITIONS ET ORGANISMES CONSULTATIFS SUR LE VIH/SIDA

ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES NATIONALES

Réseau canadien autochtone du sida

Société canadienne du sida (SCS)

Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE)

Association canadienne de recherche sur le VIH

Réseau canadien sur le VIH/sida de la population noire, africaine et caribéenne

Réseau juridique canadien VIH/sida

Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) Réseau canadien pour les essais VIH

Association canadienne de santé publique (ACSP)

Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements

Groupe de travail canadien sur le VIH et la réinsertion sociale (GTCVRS)

Coalition interagence sida et développement (CISD)

ORGANISMES CONSULTATIFS FÉDÉRAUX

Comité consultatif de la recherche sur le VIH/sida des IRSC (CCRVSI)

Conseil consultatif ministériel sur l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada

Conseil national autochtone sur le VIH/sida (CNAVS)

ORGANISMES NATIONAUX

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le VIH/sida (FPT-sida)

Comité champion Au premier plan

ORGANISMES INTERNATIONAUX

Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH-sida – Amérique du Nord

International Community of Women Living With HIV/AIDS

RÉSEAUX, COALITIONS ET ORGANISMES CONSULTATIFS PROVINCIAUX AYANT UN MANDAT AXÉ SUR LES PVVIH

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Northern BC Aboriginal HIV/AIDS Task Force

Pacific AIDS Network (PAN)

Positive Living BC

Positive Women's Network

ALBERTA

Alberta Community Council on HIV (ACCH)

SASKATCHEWAN

MAN/SASK Network

Persons Living with AIDS Network of Saskatchewan Inc. (PLWA Network)

Play it Safer Network

MANITOBA

MAN/SASK Network

Caucus des personnes du Manitoba qui vivent avec le VIH/sida

Play it Safer Network

QUÉBEC

Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-SIDA)

Coalition sida des sourds du Québec (CSSQ)

ONTARIO

Conseil des Africains et Caribéens sur le VIH/sida en Ontario

Alliance pour la santé sexuelle des hommes gais

Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy (OAHAS)

Ontario AIDS Network (OAN)

Réseau ontarien de traitement du VIH

Comité consultatif ontarien de lutte contre le VIH et le sida

ATLANTIQUE

Réseau de recherche interdisciplinaire de l'Atlantique (RRIA)

Nova Scotia Advisory Commission on AIDS

Réseau régional du sida de l'Atlantique

NORD DU CANADA

Northwest Territories HIV & Hepatitis C Support Network

2) ORGANISMES PARTICIPANT À LA MISE EN ŒUVRE DES PROGRAMMES ET DES PROJETS D'UNE DURÉE LIMITÉE (2009-2011) À L'APPUI DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ET LE SIDA AU CANADA

Il est important de noter que cette méthodologie comporte certaines limites pour cette annexe. Il se peut que certaines initiatives, certains projets ou certains programmes offerts dans chaque province et territoire n'aient pas été sélectionnés par l'entremise de la méthodologie de collecte d'information utilisée dans le présent rapport.

PROJETS NATIONAUX

RÉSEAU CANADIEN AUTOCHTONE DU SIDA
Projet P1 : Le projet vise à fournir à l'échelle nationale un soutien aux organismes autochtones de services liés au sida et à s'assurer que l'on tient compte des besoins des communautés autochtones dans les politiques nationales et dans les stratégies de communication et de renforcement des capacités dans l'ensemble du secteur bénévole.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA
Projet P2 : Le projet fournit un soutien national aux organismes de services liés au sida et agit comme porte-parole dans le développement et la mise en œuvre de politiques nationales et de stratégies de communication et de renforcement des capacités dans l'ensemble du secteur bénévole.

RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA
Projet P3 : Le projet permet d'améliorer à l'échelle nationale la coordination et la planification des efforts de lutte contre le VIH/sida, l'élaboration de politiques, le renforcement des capacités et les communications relativement aux droits, éthiques et juridiques des personnes, des organismes de services liés au sida et des membres du public qui sont touchés par le VIH/sida.

CONSEIL CANADIEN DE SURVEILLANCE ET D'ACCÈS AUX TRAITEMENTS
Projet P4 : Le projet permet d'améliorer l'élaboration de politiques nationales sur le VIH/sida portant précisément sur les problèmes d'accès aux traitements. Cet objectif cadre avec celui du Fonds national pour l'intervention du secteur bénévole, soit de soutenir l'intervention efficace du secteur bénévole dans le domaine de la lutte contre le VIH/sida au Canada.

GROUPE DE TRAVAIL CANADIEN SUR LA RÉINSERTION SOCIALE
Projet P5 : Le projet vise principalement à coordonner les politiques, les programmes et les services auprès des intervenants ainsi qu'à élaborer des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en matière de VIH à l'intention des professionnels de la réadaptation.

RÉSEAU CANADIEN D'INFO-TRAITEMENTS SIDA
Projet P6 : Le projet permet de renforcer la capacité des organismes de services communautaires liés au sida de fournir des renseignements intégrés et utiles sur les traitements aux PVVIH et aux fournisseurs de services.

Projet P7 : Réseau national d'excellence sur l'échange de connaissances concernant le VIH/sida : Le projet vise à établir un courtier national pour l'échange de connaissances concernant le VIH/sida afin de communiquer les connaissances sur la prévention du VIH/sida ainsi que sur les soins, les traitements et le soutien connexes aux organismes de première ligne œuvrant dans la lutte contre le VIH/sida. Le Réseau canadien d'info-traitements sida regroupera, résumera et diffusera des travaux de recherche, des données épidémiologiques et des pratiques exemplaires utiles à l'intention des organismes de première ligne (organismes de services liés au sida, bureaux de santé publique, organismes axés sur les populations, services sociaux et organismes communautaires) afin de renforcer leur capacité à planifier et à offrir des programmes et des services. Le Réseau canadien d'info-traitements sida offrira un guichet unique sur un site Internet, un numéro de téléphone sans frais, des publications, des ateliers et d'autres moyens de communication.

COALITION INTERAGENCE SIDA
Projet P8 : Le projet fournit à l'échelle nationale un soutien aux nouveaux immigrants et fait participer les communautés noires canadiennes, africaines et caribéennes à l'élaboration de politiques nationales et de stratégies de communication et de renforcement des capacités dans le secteur bénévole.

COLOMBIE-BRITANNIQUE

A LOVING SPOONFUL
Projet P9 : A Loving Spoonful est une société non partisane qui existe grâce au bénévolat et qui offre des repas nutritifs gratuits aux PVVIH dans la région métropolitaine de Vancouver.

AIDS VANCOUVER
Projet P10 : AIDS Vancouver vient en aide à la communauté en adoptant une approche intégrée en matière de prévention et de réduction des méfaits du VIH/sida ainsi que de soins et de soutien connexes. AIDS Vancouver offre une gamme complète de services, y compris la gestion de cas, les programmes de soutien, un programme d'épicerie, une ligne secours, un centre des ressources, un programme de prévention et un programme d'approche en matière d'éducation.

AIDS VANCOUVER ISLAND
Projet P11 : La mission de AIDS Vancouver Island est d'améliorer la vie des personnes aux prises avec le VIH/sida et d'empêcher que d'autres gens contractent le virus. Il offre un soutien aux PVVIH ou VHC par l'intermédiaire du Positive Wellness Program.

AIDS SOCIETY DE KAMLOOPS
Projet P12 : La AIDS Society de Kamloops (ASK) fournit des services de sensibilisation, d'éducation, de défense des droits, de logement et de soutien aux personnes touchées par le VIH/sida, VHC et la marginalisation, ainsi qu'aux personnes à risque afin de bâtir des communautés plus saines. La AIDS Society de Kamloops offre des services de consultation personnels aux PVVIH et aux membres de leur famille.

AIDS NETWORK KOOTENAY OUTREACH AND SUPPORT SOCIETY (ANKORS)
Projet P13 : ANKORS Prevention, Education, Training & Community Care Team Program : Le projet offre des programmes et des services visant précisément à résoudre les problèmes régionaux auxquels font face les communautés rurales. Il fournit un soutien aux PVVIH.

BC MENNONITE CENTRAL COMMITTEE
Projet P14 : Le programme de lutte contre le VIH/sida vise la collaboration avec des églises, des organismes communautaires et des gens qui désirent apporter un soutien aux personnes infectées ou touchées par le VIH/sida. Il vise aussi à offrir un groupe de soutien local aux PVVIH.

HIIYE'YU LELUM (HOUSE OF FRIENDSHIP) SOCIETY
Projet P15 : Kwam Kwum Súli: Strengthening the Spirit : Les objectifs du projet sont d'améliorer les initiatives de santé sexuelle et de réduction des méfaits associés à l'utilisation de drogues injectables qui visent les jeunes autochtones à risque, de faciliter l'accès aux services de diagnostic, aux soins et au traitement, ainsi que de créer des possibilités de soutien social pour les jeunes infectés par le VIH ou atteints d'autres maladies et affections connexes. Pour atteindre ces objectifs, l'organisation prévoit demander à des jeunes d'élaborer et de présenter des ressources comme des ateliers et des présentations de théâtre, et de participer à des activités traditionnelles.

POSITIVE LIVING BC SOCIETY (ANCIENNEMENT BC PERSONS WITH AIDS SOCIETY)
Projet P16 : Advocacy Services Program : Le projet traite des déterminants de la santé liés au revenu et au statut social ayant une incidence directe sur la santé et le bien-être des PVVIH en aidant ces personnes à profiter des avantages et des services gouvernementaux.

PRISONER POSITIVE
Projet P17 : Prisoner POSITIVE vient directement en aide aux personnes incarcérées infectées au VIH grâce à des ateliers à l'intention de groupes au sein d'établissements correctionnels ainsi qu'aux personnes incarcérées pris individuellement par l'intermédiaire d'activités de sensibilisation après la libération.

DR. PETER CENTRE
Projet P18 : La Dr. Peter AIDS Foundation aide les gens à refaire leur vie après avoir été touchés par le VIH/sida, la toxicomanie, la maladie mentale, la pauvreté et la discrimination en raison de leur genre et orientation sexuelle. Le Dr. Peter Centre a combiné un programme de santé quotidien à un établissement de soins infirmiers ouvert 24 heures sur 24.

FRIENDS FOR LIFE
Projet P19 : La Vancouver Friends For Life Society aide à améliorer le bien-être des personnes atteintes de maladies graves en offrant des services de santé et de soutien complémentaires et parallèles.

HEALING OUR SPIRIT
Projet P20 : Il offre un numéro de téléphone sans frais pour présenter une demande d'emprunt de livres/DVD/vidéos sur le VIH/sida. Les articles sont envoyés par la poste au demandeur.

LIVING POSITIVE RESOURCE CENTRE
Projet P21 : Le Living Positive Resource Centre est un organisme sans but lucratif à Kelowna, en Colombie-Britannique, qui offre des services de soutien et de défense des droits aux PVVIH et à d'autres gens dans le besoin au sein du centre de l'Okanagan. Ce centre vient en aide aux personnes qui font face à des problèmes liés au logement, au revenu, à la nutrition et à l'accès aux soins de santé, y compris les services de toxicomanie et de santé mentale, les liens avec des aidants naturels et d'autres déterminants de la santé.

MCLAREN HOUSING
Projet P22 : La McLaren Housing Society de la Colombie-Britannique est un organisme sans but lucratif qui offre des logements sécuritaires et abordables aux hommes, aux femmes et aux familles touchées par le VIH/sida ayant besoin d'un soutien financier, mais qui peuvent vivre de façon autonome.

PORTLAND HOTEL SOCIETY
Projet P23 : Le projet vise à promouvoir, à bâtir et à entretenir des logements abordables avec services de soutien pour les adultes qui ont de la difficulté à se loger et qui sont à risque d'être sans abri en raison de leur état physique ou santé mentale, de leur comportement, de leurs problèmes de dépendance à une substance et de leurs antécédents judiciaires.

POSITIVE LIVING FRASER VALLEY SOCIETY
Projet P24 : Le Lighthouse Centre met en place un centre des ressources permettant aux personnes vivant dans la région de Fraser Valley d'accéder aux services communautaires afin de favoriser des comportements sains et de sensibiliser les gens au VIH/sida.

POSITIVE LIVING NORTH
Projet P25 : The Choice is Yours: Interactive, Targeted HIV/AIDS Education : Positive Living North propose une approche stratégique complète pour la prévention de la dissémination du VIH dans les populations autochtones vulnérables de la ville de Prince George et du Nord de la Colombie-Britannique.

Projet P26 : The Fire Pit: Fanning the Flames : Les objectifs du projet sont d'améliorer les initiatives de santé sexuelle et de réduction des méfaits associés à l'utilisation de drogues injectables qui visent les Autochtones à risque, de faciliter l'accès aux services de diagnostic, aux soins et au traitement, ainsi que de créer des possibilités de soutien social pour les personnes infectées par le VIH et atteintes d'autres maladies et affections connexes. Pour atteindre ces objectifs, l'organisme entreprendra des activités culturelles et facilitera la prévention adaptée à la culture, l'éducation et la tenue d'activités traitant de la santé sexuelle et de la réduction des méfaits associés à l'utilisation de drogues injectables.

POSITIVE LIVING NORTHWEST
Projet P27 : No Kheyoh T'Sih'En T'Sehena Society/Front Line Warriors : Positive Prevention : Le projet vise à créer et à offrir des présentations et du matériel promotionnel à l'intention des fournisseurs de services de première ligne et aux membres de la communauté à l'échelle locale, régionale et provinciale. On compte énormément sur les « guerriers de première ligne » pour raconter leurs histoires et leurs expériences.

POSITIVE WOMEN'S NETWORK
Projet P28 : Support Program for HIV-Positive Women : Le projet offre des programmes et des ressources utiles aux femmes, à leurs familles et à leurs fournisseurs de services, y compris des services culturellement adaptés aux femmes autochtones qui font face à de nombreux obstacles.

RED ROAD HIV/AIDS NETWORK
Projet P29 : Il offre un accès Internet au système d'information géographique et au magazine Bloodlines. Le système d'information géographique est une cartographie des services liés au VIH/sida offerts dans l'ensemble de la Colombie-Britannique.

Projet P30 : Il vise la collaboration avec le Sommet des Premières nations, le FN Leadership Council et l'Assemblée des Premières nations de la Colombie-Britannique en ce qui concerne les obstacles aux services dans les réserves et la mise en œuvre de politiques visant à les éliminer.

SURREY HIV/AIDS CENTRE SOCIETY
Projet P31 : La mission de la Surrey HIV/AIDS Centre Society est d'aider les membres de la communauté et les personnes atteintes du VIH/sida à faire face à la vulnérabilité, aux défis et à la stigmatisation grâce à l'éducation, à la défense des droits, à la recherche, à un soutien continu et à l'autonomisation.

VANCOUVER ISLAND PERSONS WITH AIDS SOCIETY
Projet P32 : La mission de la Vancouver Island Persons Living With HIV/ AIDS Society est d'offrir un soutien compatissant par les pairs et de fournir des renseignements à toutes les PVVIH.

VANCOUVER NATIVE HEALTH SOCIETY
Projet P33 : La Vancouver Native Health Society (VNHS) fournit des services médicaux, des services de consultation et des services sociaux en mettant l'accent sur les soins apportés aux communautés autochtones. Tous les programmes sont offerts gratuitement aux Autochtones et aux non-Autochtones qui habitent dans le centre-est de Vancouver. Ce quartier « ghettoïsé » est le lieu où habitent la plupart des gens les plus marginalisés des basses-terres continentales : personnes ayant une dépendance à une substance, souffrant d'une maladie mentale ou vivant avec le VIH/sida, les sans-abri, les immigrants, les jeunes en difficulté et les membres d'une Première nation.

VICTORIA AIDS RESOURCE AND COMMUNITY SERVICES SOCIETY
Projet P34 : La Victoria AIDS Resource and Community Services Society (VARCS) est un groupe sans but lucratif à Victoria qui apporte un soutien pratique, affectif et social aux PVVIH et à leurs fournisseurs de soins. Elle offre un programme des conducteurs, des services d'aide familiale, de défense des droits et d'aiguillage, des visites à domicile et à l'hôpital ainsi que le programme d'échange de seringues Mobile X.

YOUTHCO AIDS SERVICES
Projet P35 : The Peer (Promoting an Effective Education Response) to Youth & HIV/AIDS Program : Le projet offre des programmes de prévention du VIH aux jeunes à risque de contracter le virus, ainsi que des services de soutien aux jeunes atteints du VIH/sida.

VANCOUVER AIDS SOCIETY
Projet P36 : Volunteer Resources Program : Le projet guide la création de nouvelles occasions de bénévolat qui sont stimulantes et pertinentes. Il accroît la capacité et le niveau de compétence des bénévoles de l'organisme afin d'offrir des services qui permettront d'améliorer la qualité de vie des personnes qui sont infectées et touchées par le VIH/sida.

WINGS HOUSING SOCIETY
Projet P37 : La Wings Housing Society fournit une aide au logement aux personnes atteintes du VIH/sida, y compris des subventions au logement mobile (paiements partiels du loyer) partout en Colombie-Britannique et la location dans la partie ouest de Vancouver.

ALBERTA

AIDS BOW VALLEY (ABV) :
Projet P38 : La mission de AIDS Bow Valley comprend ce qui suit : approche communautaire; réduction de la stigmatisation et de la discrimination; prestation de services de soutien, d'aiguillage et de défense des droits aux PVVIH; accroissement de la connaissance du VIH/sida et des infections transmissibles sexuellement au sein des populations à risque élevé grâce à des stratégies d'éducation préventive en adoptant une approche de développement communautaire et de promotion de la santé; amélioration de l'accès aux outils de prévention à l'intention des populations à risque; accroissement de la connaissance des principes de réduction des méfaits ainsi que de l'utilisation de ces principes par les fournisseurs de services et de soins de santé et les membres de la communauté.

AIDS CALGARY AWARENESS ASSOCIATION (ACAA)
Projet P39 : Les activités entreprises par la AIDS Calgary Awareness Association dans les régions de Calgary, de Bow Valley et de Palliser dans le sud de l'Alberta comprennent les suivantes : prestation de services à l'intention des PVVIH; approche communautaire (y compris le programme HEAT pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes [HARSAH], Prison Outreach, IDU & Sex Trade Outreach, Spirit Helpers à l'intention des Autochtones et Youth Xchange pour les jeunes de la rue); développement communautaire; réseau de conférenciers; stratégies communautaires; formation des bénévoles; programmes relatifs aux droits de l'homme et au développement communautaire; le développement, les communications, la planification/l'évaluation, la recherche communautaire et l'établissement de fonds.

ALBERTA COMMUNITY COUNCIL ON HIV (ACCH)
Projet P40 : Le Alberta Community Council on HIV appuie les interventions communautaires en rapport au VIH/sida et offre une direction provinciale et donne une voix unifiée. Il contribue au renforcement des capacités et des compétences de ses membres, offre des services de défense des droits et de coordination, participe à la recherche communautaire et assure l'administration du Alberta Community HIV Fund (ACHF). En ce qui concerne le soutien apporté aux PVVIH, le Alberta Community Council on HIV contribue au financement et à la coordination de la conférence « Positive Voices » de l'Alberta qui a lieu deux fois par année.

CENTRAL ALBERTA AIDS NETWORK (CAANS)
Projet P41 : Les activités entreprises par le Central Alberta AIDS Network comprennent les suivantes : action communautaire; contribution au développement d'interventions appropriées et durables liées au VIH et à d'autres problèmes connexes au sein de la communauté; promotion de la santé, y compris les programmes permettant aux PVVIH et aux membres de leur réseau de soutien d'accéder à des services de promotion de la santé propres au VIH et aux problèmes connexes; réduction des effets négatifs de la toxicomanie et du commerce du sexe sur les gens, les familles et les communautés grâce à une approche de réduction des méfaits; prestation de services d'éducation et de prévention; prévention du VIH auprès des populations reconnues comme étant vulnérables au VIH en les aidant à acquérir des compétences pour agir de la bonne façon.

HIV EDMONTON
Projet P42 : Le mandat de HIV Edmonton comprend ce qui suit : amélioration de la capacité des fournisseurs de services communautaires, d'éducation, de soins de santé et sociaux à offrir des services exempts d'obstacles et non discriminatoires aux personnes infectées et touchées par le VIH et à risque de contracter le virus; prestation de soins de qualité aux PVVIH et à celles touchées par le VIH et à risque de contracter le virus; création d'environnements positifs en offrant des services de défense des droits et un appui stratégique; sensibilisation du public aux coûts pour la société et à l'incidence du VIH; orientation des politiques et des pratiques publiques; prestation de services d'éducation communautaires liés au VIH aux fournisseurs de services communautaires, d'éducation, de soins de santé et sociaux ainsi qu'aux personnes infectées et touchées par le VIH et à risque de contracter le virus.

HIV NORTH SOCIETY
Projet P43 : Le mandat de la HIV North Society comprend l'accroissement de la connaissance des stratégies de prévention du VIH auprès des personnes incarcérées, des jeunes, des populations à risque élevé, des Autochtones, des sans-abri et des populations de la rue, la création d'environnements de soutien en améliorant l'accès aux services sociaux des personnes aux prises avec le VIH/sida et de celles faisant partie des groupes cibles à risque élevé, et l'amélioration des réseaux de soutien à l'intention des personnes vivant avec le VIH, y compris les services de santé et de logement.

HIV SOCIETY OF SE ALBERTA
Projet P44 : Les objectifs du projet consistent, entre autres, à favoriser le développement et le maintien de la capacité des PVVIH dans la région sud-est de l'Alberta à accéder aux services ainsi qu'à améliorer le bien-être de ces personnes habitant dans cette région de la province.

KIMAMOW ATOSKANOW FOUNDATION (KAF)
Projet P45 : Full Circle : Le projet a pour but d'améliorer les initiatives de santé sexuelle et de réduction des méfaits associés à l'utilisation de drogues injectables qui visent et qui font participer les sous-populations vulnérables, notamment les personnes infectées et en particulier les personnes incarcérées et les anciennes personnes incarcérées, ainsi que les Autochtones co-infectés par le

VIH/sida. Il vise également à faciliter l'accès aux services de diagnostic, aux soins et au traitement, à créer des possibilités de soutien social pour les personnes infectées par le VIH ou atteintes de maladies connexes, et à élaborer des initiatives régionales de renforcement des capacités visant les programmes communautaires destinés aux Autochtones hors réserve. Ces objectifs seront atteints par la production de ressources médiatiques, l'apport d'un soutien social (y compris une formation sur la santé holistique et le mieux-être et une formation sur les capacités dont ont besoin les travailleurs de première ligne), et l'officialisation d'une alliance autochtone provinciale.

LETHBRIDGE HIV CONNECTION :
Projet P46 : Les objectifs du projet comprennent les suivants : augmenter l'acceptation et le soutien communautaires en ce qui concerne les personnes infectées ou touchées par le VIH/sida et à risque de contracter le virus; faire la promotion de la santé; améliorer la capacité des personnes atteintes du VIH à gérer leur état de santé.

SHINING MOUNTAINS LIVING COMMUNITY SERVICES
Projet P47 : Reducing Barriers : Les objectifs du projet sont d'améliorer les initiatives de santé sexuelle et de réduction des méfaits associés à l'utilisation de drogues injectables qui visent et qui font participer les sous-populations vulnérables, notamment les femmes et les jeunes à risque élevé, les utilisateurs de drogues injectables et les Autochtones vivant avec le VIH/sida. Pour atteindre ces objectifs, l'organisme assurera l'accès de nuit à du matériel de prévention adapté à la culture, offrira un soutien et des services de transport aux Autochtones vivant avec le VIH/sida, présentera des séances d'information sur des stratégies de guérison traditionnelles, établira des partenariats avec des organismes communautaires, organisera des cercles de soutien et des ateliers, et renforcera les capacités des Autochtones vivant avec le VIH/sida à gérer la maladie.

WOOD BUFFALO HIV & AIDS SOCIETY (WBHAS)
Projet P48 : Le projet vise, entre autres, à créer des environnements positifs, à accroître les connaissances des populations cibles sur le VIH et à les sensibiliser davantage aux initiatives et aux ressources liées au VIH ainsi qu'à améliorer la capacité des PVVIH dans la région à gérer leur état de santé sur les plans émotionnel, social, physique et financier.

SASKATCHEWAN

AIDS PROGRAMS SOUTH SASKATCHEWAN
Projet P49 : La mission de AIDS Programs South Saskatchewan, dont l'établissement remonte à 1986, est de contribuer à la santé de la communauté en transmettant de l'information et des ressources liées au VIH/sida à la population du sud de la Saskatchewan. Le projet aura comme but d'aider les fournisseurs de services à mieux comprendre le VIH/sida, de miser sur la coordination des soins et de contribuer à la prévention du VIH/sida.

AIDS SASKATOON
Projet P50 : Il offre un soutien aux personnes touchées par le VIH/sida et des services d'éducation au sujet de l'infection au VIH et de la prévention de ce virus. Le projet comprend un programme d'éducation efficace et durable en matière de VIH mis en œuvre en Saskatchewan qui est offert à la communauté et qui favorise sa participation.

ALL NATIONS HOPE AIDS NETWORK
Projet P51 : A Journey of Healing, Aboriginal People Living with HIV/AIDS (APHAs) Joining the Circle : Le projet a pour but d'élaborer des initiatives régionales de renforcement des capacités visant les programmes communautaires destinés aux Autochtones hors réserve. Pour atteindre cet objectif, l'organisme présentera des séances de formation adaptées à la culture, élaborera des documents à l'intention des fournisseurs de services autochtones sur des questions concernant les Autochtones vivant avec le VIH/sida, établira un bureau des conférenciers pour présenter des exposés à des ateliers et des conférences, et viendra en aide aux Autochtones bispirituels au moyen de l'établissement de partenariats, de la recherche, de la planification stratégique et d'activités.

BATTLEFORDS FAMILY HEALTH CENTRE INC.
Projet P52 : Circle of Change: Reducing Harm : Le projet a pour but d'améliorer les initiatives de santé sexuelle et de réduction des méfaits associés à l'utilisation de drogues injectables qui visent et qui font participer les sous-populations vulnérables, notamment les personnes incarcérées autochtones ainsi que les femmes et jeunes à risque élevé. Il vise également à faciliter l'accès aux services de diagnostic, aux soins et au traitement, ainsi qu'à créer des possibilités de soutien social pour les personnes infectées par le VIH et atteintes d'autres maladies et

affections connexes. Ces objectifs seront atteints en établissant des groupes éducatifs ciblés à l'intention des personnes incarcérées adultes et des jeunes, en mettant sur pied un groupe de soutien (service de porte ouverte), en mobilisant les jeunes autochtones de la rue et en créant un programme d'approche.

KIKINAHK FRIENDSHIP CENTRE INC.
Projet P53 : Kikinahk Sexual Health and Drug Use Awareness Program : Le projet a pour but d'élaborer des initiatives de santé sexuelle et de réduction des méfaits associés à l'utilisation de drogues injectables qui visent et qui font participer les sous-populations vulnérables, notamment les jeunes à risque élevé et les personnes qui vivent avec des utilisateurs de drogues injectables (UDI). Pour atteindre ses objectifs, l'organisme entreprendra certaines des activités suivantes : établissement de partenariats; création de groupes de discussion sur l'utilisation de drogues injectables; mise sur pied d'un atelier sur la prévention du VIH/sida et la vie avec le VIH/sida; élaboration d'un bulletin mensuel sur les ressources et les services disponibles en matière de VIH/sida; partage de matériel et d'expertise au moyen de conférences dans des écoles et au bureau local des toxicomanies; organisation de séances d'information sur le VIH/sida, la prévention de l'utilisation de drogues injectables et la réduction des méfaits.

PERSONS LIVING WITH AIDS NETWORK INC. OF SASKATCHEWAN
Projet P54 : Il vise à répondre aux besoins des PVVIH et d'autres pathogènes transmissibles par le sang grâce à des services d'éducation et de soutien ainsi qu'à la prise en charge des problèmes auxquels elles font face.

MANITOBA

MANITOBA PERSONS LIVING WITH HIV AND AIDS CAUCUS
Projet P55 : Positive Involvement, New Independence : Le projet vise à renforcer la capacité des PVVIH au Manitoba à prendre en main leur santé et leur bien-être en offrant des programmes de soutien par les pairs, y compris des services de consultation, un accès à l'information sur les traitements, une formation et un programme de développement des compétences à l'intention des bénévoles ainsi que la communication d'information par l'intermédiaire d'un bulletin.

KALI SHIVA AIDS SERVICES
Projet P56 : Le Positive Women's Program fournit un soutien et des services non médicaux aux PVVIH de même que des ressources aux femmes atteintes du VIH/sida au Manitoba en offrant un réseau de soutien à l'intention des femmes séropositives et de leurs enfants.

KA NI KANICHIHK – "THOSE WHO LEAD" INC.
Projet P57 : Aboriginal Women Responding to the AIDS Crisis (AWRAC) : L'objectif du projet est d'élaborer des initiatives nationales et régionales de renforcement des capacités visant les programmes communautaires destinés aux Autochtones hors réserve. Les activités qu'entreprendra l'organisme pour atteindre ses objectifs sont, entre autres, les suivantes : établissement d'un conseil consultatif et animation de groupes de discussion en vue d'établir un modèle de formation sur le renforcement des capacités dans le cadre d'un programme communautaire autochtone particulièrement axé sur les femmes; services d'enseignement aux Autochtones vivant avec le VIH/sida et aux bénévoles sur la façon de donner une formation sur le modèle; formation sur le modèle offerte à des organismes autochtones à l'occasion de conférences et de rassemblements régionaux.

NINE CIRCLES COMMUNITY HEALTH CENTRE
Projet P58 : An Integrated Community-based Response to HIV/AIDS : Nine Circles est un centre de soins de santé primaires polyvalent communautaire qui offre des services de prévention, de défense des droits, de soins, de traitement et de soutien aux PVVIH, touchées par ce virus ou à risque de le contracter. Le centre permet d'animer des groupes de discussion auprès des personnes suivantes : jeunes autochtones et jeunes à risque dans la région de Winnipeg afin d'examiner les perceptions du risque liées au VIH/virus de VHC (VHC) et aux infections transmissibles sexuellement; jeunes séropositifs afin d'examiner les perceptions liées aux services actuels offerts ainsi que les façons d'accroître la participation des jeunes; jeunes de la rue en vue de comprendre les besoins particuliers des jeunes vulnérables et leur utilisation des technologies mobiles pour la promotion de la santé. Le centre mettra également en œuvre Télésanté afin de faciliter les activités de prévention et éducatives auprès des fournisseurs de services dans le Nord du Manitoba, et il embauchera un employé pour une période d'un an afin de faciliter le renforcement des capacités entre le centre et les fournisseurs de services dans le Nord du Manitoba.

SEXUALITY EDUCATION RESOURCE CENTRE
Projet P59 : Improving Access to Services for Immigrant and Refugee Communities in Winnipeg and Brandon Regions : La mission du Sexuality Education Resource Centre est d'améliorer l'accès des immigrants et des réfugiés de Winnipeg et de Brandon aux services de prévention ainsi qu'aux services de soins, de traitement et de soutien connexes. Le projet vise à accroître la sensibilisation et les connaissances permettant d'améliorer la santé au sein de ces communautés.

ONTARIO

En Ontario, la province contribue au financement d'au plus 90 programmes et d'autres organismes de services sociaux ou communautaires par l'intermédiaire du Community-Based AIDS Education and Support Program, y compris les cliniques et les hôpitaux. Un grand nombre de ces projets, mais non la totalité, sont énoncés ci-dessous, ainsi que les projets recevant un financement fédéral. Les services comprennent en général des programmes de prévention du VIH/sida, ainsi que d'éducation et de soutien connexes, de même que des programmes d'aide concrète.

AIDS COMMITTEE OF CAMBRIDGE, KITCHENER, WATERLOO & AREA
Projet P60 : The "Aht Fra" Project: Accessibility through Interpreter Project for People with HIV/AIDS : Le projet établit des modèles pilotes de coordination et d'intégration de services afin d'améliorer l'accessibilité des services offerts aux PVVIH.

AIDS COMMITTEE OF DURHAM REGION
Projet P61 : Le AIDS Committee of Durham offre des services de soutien et de défense des droits liés au VIH/sida aux personnes, aux familles et aux groupes infectés ou touchés par le VIH/sida et à la communauté de la région de Durham.

AIDS COMMITTEE OF GUELPH & WELLINGTON COUNTY
Projet P62 : Positive Prevention – Train the Trainer : Les objectifs du projet comprennent l'accroissement des connaissances des éducateurs de pairs et l'amélioration de leur capacité à donner des séances de formation individualisées efficaces et à animer des ateliers éducatifs à l'intention des PVVIH et de celles co-infectées par le VIH/sida et VHC, de même que l'augmentation du degré de la santé sexuelle des personnes séropositives et du bien-être général des PVVIH et de celles co-infectées par VHC.

Projet P63 : Wellington and Grey Bruce Rural Prevention Outreach Program : Le projet a pour but, entre autres, de renseigner les Autochtones de la région de Grey-Bruce sur le VIH/sida, VHC et la santé sexuelle, de réduire l'isolement des Autochtones séropositifs, de diminuer la stigmatisation et la discrimination auxquelles font face les hommes gais, lesbiennes, bisexuels, transgenres et Autochtones des régions rurales, les membres de la communauté de la santé mentale et les PVVIH, d'accroître les connaissances et compétences des médecins en milieu rural qui soignent et traitent les PVVIH et d'améliorer leur capacité d'accéder aux ressources, d'accroître la connaissance des facteurs de risque psychosociaux ayant trait à la transmission chez les hommes gais des régions rurales, et enfin, de renseigner les PVVIH en milieu rural sur les traitements contre le VIH et les thérapies complémentaires.

AIDS COMMITTEE OF NORTH BAY AND AREA
Projet P64 : Le AIDS Committee of North Bay & Area vient en aide aux personnes de la région de North Bay et les environs qui sont infectées ou touchées par le VIH/sida.

COMITÉ DU SIDA D'OTTAWA
Projet P65 : Le Comité du SIDA d'Ottawa offre des services confidentiels gratuits aux PVVIH, touchées par ce virus et à risque de le contracter dans la région d'Ottawa.

AIDS COMMITTEE OF SIMCOE COUNTY (ACSC)
Projet P66 : Le AIDS Committee of Simcoe County apporte un appui aux personnes infectées et touchées par le VIH/sida et à risque de contracter ce virus en vue d'améliorer leur qualité de vie.

AIDS COMMITTEE OF TORONTO (ACT)
Projet P67 : Integrating a Common Approach to HIV, Sexually Transmitted Infections, and Hepatitis C : Le projet fournit des lignes directrices, des politiques et des outils organisationnels formels à l'intention du AIDS Committee of Toronto et d'autres organismes de lutte contre le VIH/sida afin qu'ils soient mieux préparés pour répondre aux besoins émergents des personnes atteintes du VIH et d'autres infections.

Projet P68 : Health Promotion for People with HIV/AIDS : Le projet vise, entre autres, à sensibiliser les PVVIH afin qu'elles puissent prendre des décisions éclairées à l'égard de leur santé et de leur bien-être, à renforcer la capacité des femmes atteintes du VIH/sida à améliorer leur état de santé et leur bien-être ainsi que réduire l'isolement de celles-ci, à améliorer l'accès aux services offerts aux PVVIH en offrant des possibilités de soutien par les pairs, d'échange d'information et de développement des compétences, et à réduire l'isolement social de nombreuses PVVIH en offrant des occasions de communication avec les pairs, d'échange d'information sur les problèmes de gestion de la santé et de participation à des activités pratiques de promotion de la santé.

Projet P69 : Positive Youth Outreach (PYO): Healthy Promotion and Outreach to HIV-Positive Youth : Le projet a pour but, entre autres, d'améliorer l'accès aux renseignements sur la promotion de la santé et aux possibilités de perfectionnement des compétences à l'intention des jeunes séropositifs, de réduire l'isolement social et d'améliorer l'accès aux services médicaux et psychosociaux associés au VIH, et de sensibiliser les gens au projet Positive Youth Outreach et aux services qu'il offre aux jeunes séropositifs et à d'autres organismes de lutte contre le VIH et organismes servant les jeunes dans la région de Toronto.

Projet P70 : VIVER: Portuguese-Speaking Case Management : Le projet vise, entre autres, à améliorer l'accès des personnes vivant avec le VIH de langue portugaise aux services de santé et sociaux, et à faciliter l'accessibilité aux services et aux programmes qui favorisent l'auto-efficacité, la diminution de l'isolement social et l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes vivant avec le VIH de langue portugaise.

Projet P71 : VIVER: Portuguese-Speaking Community Development : Les objectifs du projet comprennent l'amélioration de l'accès des personnes vivant avec le VIH de langue portugaise et touchées par le VIH/sida ou à risque de contracter le virus aux renseignements et aux services en lien avec le VIH/sida, l'amélioration de la capacité des bénévoles à communiquer des renseignements sur le VIH/sida, à offrir des services d'aiguillage et à faciliter l'accès des PVVIH aux services offerts, et l'amélioration de la capacité des programmes de services sociaux à l'intention des personnes de langue portugaise et de la capacité des organismes de services liés au sida à offrir des services aux personnes vivant avec le VIH de langue portugaise.

AIDS COMMITTEE OF WINDSOR (ACW)

Projet P72 : Le AIDS Committee of Windsor offre des services de soutien, d'éducation et d'approche aux PVVIH ou à risque de contracter le virus. AIDS Support Chatham-Kent (ASCK) est un bureau satellite du AIDS Committee of Windsor (ACW). Établi en 1995, le bureau de Chatham a permis à l'organisme d'étendre ses services et d'en faciliter l'accessibilité pour les clients.

AIDS COMMITTEE OF YORK REGION

Projet P73 : Le AIDS Committee of York Region offre des services d'éducation pour promouvoir le développement d'une société de bienveillance et de compassion et favoriser l'accès des personnes infectées ou touchées par le VIH/sida à des soins en toute dignité.

AIDS NIAGARA

Projet P74 : AIDS Niagara offre des services de soutien, d'éducation et de défense des droits dans un environnement confidentiel et sécuritaire aux personnes infectées ou touchées par le VIH/sida.

AIDS THUNDER BAY

Projet P75 : Enhancing Healthy Options : Les objectifs du projet comprennent l'augmentation des contacts sociaux des PVVIH, de leurs partenaires et des membres de leur famille, l'accroissement des compétences et des connaissances personnelles en ce qui concerne les options en matière de santé, et l'accroissement du niveau de connaissances/d'information et d'expériences réelles liées aux thérapies complémentaires et parallèles.

CONSEIL DES AFRICAINS ET CARIBÉENS SUR LE VIH/SIDA EN ONTARIO

a/s de Black Coalition for AIDS Prevention

Projet P76 : Words into Deeds: Engaging People living with HIV/AIDS in the response to HIV affecting African and Caribbean communities in Ontario : Le projet traite des divers problèmes liés à l'isolement social et à la discrimination auxquels font face les communautés africaines et caribéennes.

ALLIANCE FOR SOUTH ASIAN AIDS PREVENTION
Projet P77 : South Asian PHA Volunteer Program : Le projet a pour but, entre autres, de réduire les obstacles aux services offerts aux personnes de l'Asie du Sud vivant avec le VIH/sida, d'accroître la capacité des Asiatiques du sud vivant avec le VIH/sida à faire face aux problèmes psychosociaux associés au VIH/sida, d'accroître les connaissances et la capacité des Asiatiques du sud vivant avec le VIH/sida pour qu'ils puissent gérer leur propre santé, de favoriser un environnement positif pour les PVVIH auprès des fournisseurs de services et de la communauté sud-asiatique, et d'accroître, de diversifier et d'appuyer la participation des bénévoles afin de renforcer la capacité organisationnelle.

ASIAN COMMUNITY AIDS SERVICES (ACAS)
Projet P78 : Asian Community AIDS Services est un organisme communautaire qui offre des services de prévention du VIH/sida ainsi que des services d'éducation et de soutien connexes aux communautés originaires de l'Asie du Sud-Est à Toronto.

BARRETT HOUSE – GOOD SHEPHERD MINISTRIES
Projet P79 : Barrett House est un établissement de soins pour bénéficiaire interne à Toronto à l'intention des PVVIH. Cet établissement est une résidence et non un centre de soins palliatifs. Il offre un environnement familial, bienveillant et très digne aux PVVIH qui requièrent des soins continus. L'objectif de l'établissement Barrett House est d'offrir aux résidents un environnement positif, bienveillant et sécuritaire, soit une « famille ».

BLACK COALITION FOR AIDS PREVENTION (BLACK CAP)
Projet P80 : Case Management for Black, African and Caribbean People living with HIV/AIDS (PHA) : Le projet vise à renforcer la capacité organisationnelle en vue d'offrir des programmes aux personnes de race noire de descendance africaine et caribéenne vivant avec le VIH/sida à Toronto. La gestion de cas sera utilisée dans le cadre du projet pour aider les personnes vivant en union et les couples à risque de contracter le VIH. La gestion de cas, selon la définition de Black Cap, est une approche multidisciplinaire de la prestation de soins de santé et comprend des activités qui varient entre des séances de soutien en groupe à des séances de soutien individuelles (p. ex. conseiller non professionnel). Dans le cadre du projet, les participants bénéficieront d'un environnement confidentiel et sûr pour leur permettre de discuter de relations sexuelles et amoureuses, de trouver des façons de réduire les risques en adoptant des pratiques sexuelles plus sécuritaires et de communiquer plus efficacement leur séropositivité à leurs partenaires.

BRUCE HOUSE
Projet P81 : Volunteer Support Program : Bruce House offre des logements, des soins compatissants et un soutien à Ottawa aux PVVIH. Les objectifs comprennent les suivants : accroissement du nombre et du type d'occasions et d'activités de bénévolat qui appuient les programmes et services offerts par l'organisme Bruce House; renforcement de la capacité du Volunteer Support Program à offrir aux bénévoles un plus grand nombre de possibilités leur permettant de jouer des rôles importants et satisfaisants comme chef de file et décideur au sein de l'organisme; élaboration d'activités et d'outils appropriés aux fins du recrutement, de la formation, de la reconnaissance et du maintien en poste des bénévoles et accroissement du nombre et amélioration des activités et outils existants; accroissement des connaissances, des compétences et des capacités des PVVIH afin qu'elles participent de façon significative aux activités de l'organisme; augmentation du nombre d'occasions d'emploi ou de bénévolat.

CASEY HOUSE
Projet P82 : Casey House Hospice offre une gamme de soins compatissants aux personnes infectées et touchées par le VIH/sida grâce à un ensemble complet de services exemplaires de soins palliatifs et de soutien. Puisque les préoccupations des PVVIH à l'égard des traitements sont souvent complexes et évolutives, l'organisme Casey House adapte sans cesse ses pratiques en matière de soins en fonction des besoins changeants de ses clients. Grâce à des partenariats, l'organisme offre des soins dans divers endroits et de diverses façons (p. ex. à domicile, dans des cliniques et à partir d'un autobus de services de soins).

CENTRE FOR SPANISH-SPEAKING PEOPLES (CSSP)
Projet P83 : Le Centre for Spanish-Speaking Peoples vient en aide aux nouveaux immigrants provenant de 22 pays et à d'autres membres d'une communauté de langue espagnole très diversifiée. Il offre un programme de lutte contre le VIH/sida visant les PVVIH ou touchées par ce virus.

COMMITTEE FOR ACCESSIBLE AIDS TREATMENT (A/S DE TORONTO PEOPLE WITH AIDS FOUNDATION)

Projet P84 : Legacy Project: Structured mentorship support to promote community collaboration, succession and meaningful participation of people with HIV/AIDS : Le programme vise à accroître la capacité organisationnelle du Committee for Accessible AIDS Treatment (CAAT) afin de mieux servir les PVVIH et d'offrir des activités uniques permettant à ces personnes de demeurer en santé. Les activités du projet comprennent les suivantes : consultation des PVVIH tout au long du projet; élaboration, mise en œuvre et évaluation d'un programme de formation appuyé par un pair mentor; occasions d'apprentissage sous forme de travaux pratiques; services d'approche aux organismes; communication du modèle de programmes. Dans le cadre du projet, les PVVIH bénéficieront des conseils et du soutien offerts par les pairs mentors chevronnés atteints du VIH/sida afin qu'ils puissent siéger au conseil d'administration d'organismes et aux comités consultatifs de projets et les diriger. Un autre avantage de faire participer les PVVIH aux travaux de lutte contre le VIH/sida est le fait qu'elles permettent d'offrir des programmes plus appropriés et pertinents à la santé de ces personnes.

FIFE HOUSE

Projet P85 : AIDS Bereavement Project of Ontario: Turning to One Another – AIDS Service Organizations Bringing the *Greater Involvement of People Living with HIV/AIDS Principle to Life* : Le AIDS Bereavement Project of Ontario permettra d'accroître la capacité des organismes de services liés au sida de l'Ontario à faire participer les clients efficacement aux programmes et services. En plus de permettre d'améliorer la prestation de services aux clients, ce programme vise aussi à élargir leurs compétences et connaissances pour qu'ils puissent venir en aide à d'autres PVVIH en prenant part à la prestation de services. Les PVVIH et les organismes de services liés au sida dans la province participeront à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une stratégie permettant à ces organismes de faire participer de façon significative les personnes aux prises avec le VIH/sida à leurs travaux. En se fondant sur les leçons apprises, des ateliers de formation seront créés et offerts aux PVVIH pour qu'elles puissent travailler et faire du bénévolat dans le cadre de diverses initiatives de lutte contre le VIH/sida dans la province, y compris les programmes de soutien et les projets d'éducation concernant la prévention du VIH. Des ateliers de formation seront aussi créés et offerts au personnel des organismes de services liés au sida afin de leur enseigner comment faire participer d'une façon significative les clients aux initiatives connexes.

Projet P86 : Volunteer Services Program : Les objectifs du projet comprennent le maintien et l'amélioration de la force, de l'intégrité et de l'efficacité opérationnelle du Volunteer Program offert par l'établissement Fife House, la promotion des compétences en leadership et des connaissances des logements avec services de soutien pour les PVVIH auprès de la communauté de bénévoles de Fife House, l'amélioration de l'efficacité du Volunteer Services Program, et le maintien et l'augmentation de l'engagement de la part des bénévoles de Fife House.

HAMILTON AIDS NETWORK

Projet P87 : PHA Resource Program : Le projet vise, entre autres, à accroître les connaissances des PVVIH (y compris l'information et les ressources associées aux traitements et à la promotion de la santé), à améliorer et à appuyer le perfectionnement des compétences des PVVIH dans les domaines de la communication, de l'art oratoire, de l'animation et du leadership, à favoriser un environnement positif auprès des fournisseurs de soins de santé venant en aide aux PVVIH et aux jeunes grâce à des programmes d'éducation, et à accroître les possibilités de ressources fondées sur les pairs pour les PVVIH.

HEMOPHILIA ONTARIO

Projet P88 : Hemophilia Ontario s'engage à améliorer la qualité de vie des personnes touchées par l'hémophilie et d'autres troubles sanguins connexes et à chercher un traitement. Les programmes et initiatives de lutte contre le VIH et VHC comprennent les services d'éducation, de soutien et de défense des droits offerts aux personnes aux prises avec un trouble de saignement, le VIH/sida ou VHC.

HIV & AIDS LEGAL CLINIC OF ONTARIO (HALCO)

Projet P89 : HALCO est une clinique d'aide juridique qui offre des services juridiques gratuits aux PVVIH ou touchées par le VIH/sida en Ontario.

HIV/AIDS REGIONAL SERVICES (HARS)
Projet P90 : HARS offre des services d'éducation et de soutien aux personnes et aux organismes de Kingston et dans les environs. Ces services comprennent la prestation de conseils, la défense des droits, l'accès à des condoms gratuits, un programme d'échange de seringues et un grand centre de documentation et d'apprentissage.

HOSPICE TORONTO
Projet P91 : Hospice Toronto (anciennement Trinity Home Hospice) offre un suivi des soins grâce à des équipes de bénévoles aux personnes atteintes de maladies graves. Hospice Toronto offre un milieu confortable aux malades en phase terminale pour qu'ils puissent mourir en paix et avec dignité. Les services que procure Hospice Toronto complètent les ressources des clients et de la communauté grâce à des soins pratiques intégrés et à un soutien émotionnel apportés aux personnes atteintes de maladies graves ainsi qu'aux membres de leur famille et à leurs amis.

LOFT COMMUNITY SERVICES
Projet P92 : Centralized Service Coordination Pilot Project for People Living with HIV/AIDS (PHAs) Who Face Health and Mental Health Crises : Le projet vise à élaborer et à mettre à l'essai des modèles de coordination et d'intégration des services afin d'améliorer l'accessibilité des services offerts aux PVVIH.

ONTARIO ABORIGINAL HIV/AIDS STRATEGY (OAHAS)
Projet P93 : Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy est un organisme de services liés au sida mandaté par la province (hors réserve) qui offre des ateliers éducatifs ainsi que des services d'approche, de formation, de soins, de traitement et de soutien aux Autochtones vivant avec le VIH/sida, à leurs partenaires, à leurs familles et aux membres des communautés.

ONTARIO AIDS NETWORK
Projet P94 : PHA Program : Les objectifs du projet comprennent le maintien et l'amélioration du réseau existant de PVVIH au sein du Ontario AIDS Network et des partenariats communautaires qui appuient ces personnes, l'accroissement des connaissances et des compétences des PVVIH liées aux soins, aux traitements et au soutien, l'augmentation du nombre de PVVIH qui participent aux organismes communautaires (y compris les groupes membres du Ontario AIDS Network), et le maintien et l'accroissement de l'inclusion efficace des PVVIH et de la participation significative au Ontario AIDS Network.

Projet P95 : Capacity Building to Increase Community Engagement : Le projet vise à élaborer et à mettre à l'essai des modèles de coordination et d'intégration des services, ce qui contribuera au renforcement de la capacité des PVVIH à élaborer et à pourvoir en personnel des programmes efficaces. Il créera aussi des modèles de rôle pour d'autres PVVIH permettant de les encourager à participer et à contribuer pleinement à leurs communautés. Le projet permettra également d'accroître les compétences des PVVIH et de leur enseigner la façon d'élaborer des modules de formation, d'organiser des ateliers éducatifs et de diriger des groupes de soutien animé par les pairs. Les activités du projet comprennent les suivantes : élaboration d'un programme de formation, mise en œuvre d'initiatives, évaluation de l'effet des PVVIH jouant ces rôles, et élaboration et distribution d'un manuel de formation.

Projet P96 : Aboriginal Youth Peer Prevention Project : Le projet vise à améliorer la capacité organisationnelle afin de mieux servir les jeunes autochtones. Les jeunes autochtones séropositifs et séronégatifs participeront à un projet pilote dans la région de Chatham-Kent dans le but d'élaborer une stratégie à l'intention des jeunes autochtones ainsi que des outils visant la prévention du VIH en Ontario. Sept homologues régionaux seront choisis pour siéger à un comité consultatif provincial. Les jeunes autochtones apprendront à concevoir, à développer et à offrir des ressources et des activités de prévention efficaces visant à sensibiliser les gens au risque d'infection au VIH et aux moyens de transmission chez les jeunes autochtones. Cette stratégie sera communiquée à environ 800 jeunes autochtones et à leurs fournisseurs de services par l'intermédiaire d'un rapport final, qui leur fournira l'information et les ressources pédagogiques appropriées permettant de réduire la propagation du VIH/sida chez les jeunes autochtones en Ontario.

ONTARIO ASSOCIATION OF THE DEAF – DEAF OUTREACH PROGRAM
Projet P97 : Le projet offre des services d'éducation et de soutien liés au VIH/sida aux Ontariens sourds qui vivent avec le VIH/sida ou qui sont touchés par le VIH/sida.

PEEL HIV/AIDS NETWORK
Projet P98 : Health Promotion for People Living with, and Affected by, HIV/AIDS : Le projet a pour but, entre autres, d'accroître le niveau de connaissances et de compétences des PVVIH (y compris les personnes incarcérées et leurs fournisseurs de soins dans la région de Peel), d'améliorer l'accès aux traitements et aux services liés au VIH/sida dans la région de Peel, et d'augmenter la participation des communautés ethniques aux activités du Peel HIV/AIDS Network.

PETERBOROUGH AIDS RESOURCE NETWORK (PARN)
Projet P99 : Le Peterborough AIDS Resource Network offre des services de soutien, de promotion de la santé et de défense des droits aux personnes infectées ou touchées par le VIH/sida. Il offre aussi des services d'éducation aux personnes à risque de contracter le VIH et encourage la sensibilisation aux questions liées au sida auprès de la communauté élargie.

PLANNED PARENTHOOD OF TORONTO
Projet P100 : The Positive Prevention Project: Developing Youth-led Strategies Supporting a Common Approach to HIV, Hepatitis C and STI Prevention : Les objectifs du projet comprennent l'accroissement des connaissances des jeunes séropositifs sur la santé sexuelle de même que leurs compétences en animation et en leadership pour qu'ils puissent à leur tour renseigner leurs pairs sur le VIH, VHC et la prévention des infections transmissibles sexuellement, l'accroissement des connaissances des jeunes à risque sur le VIH et les infections transmissibles sexuellement (plus particulièrement la syphilis, la gonorrhée et la chlamydia), et la compréhension accrue des effets de la stigmatisation et de la discrimination ainsi que des meilleurs moyens pour communiquer aux jeunes les messages de prévention du VIH, de VHC et des infections transmissibles sexuellement.

PRISONERS WITH HIV/AIDS SUPPORT ACTION NETWORK (PASAN)
Projet P101 : Prison In-Reach Project : Le projet vise à réduire la transmission du VIH/sida chez les personnes incarcérées et les anciennes personnes incarcérées ainsi qu'à accroître la promotion de la santé et les services de santé pour les personnes incarcérées et anciennes personnes incarcérées vivant avec le VIH/sida et touchés par le VIH/sida en Ontario.

REGIONAL HIV/AIDS CONNECTION
Projet P102 : HIV/AIDS Regional Coordination and Integration Plan – Connecting Regional Persons Living with HIV/AIDS to Care and Support : Le projet a pour but de réduire les barrières régionales de l'isolement, du transport et de la stigmatisation auxquelles font face les PVVIH dans les comtés de Perth, de Lambton, d'Elgin et d'Oxford (où il n'y a aucun fournisseur de services propres au VIH), et d'améliorer la coordination et l'intégration des soins et des services de soutien liés au VIH/sida au sein de Middlesex et des comtés environnants.

RÉSEAU ACCESS NETWORK
Projet P103 : Le Réseau Access Network s'engage à promouvoir le bien-être, l'éducation et la réduction des méfaits et des risques dans la région de Sudbury. Le Réseau Access Network appuie chaque personne et vient en aide à l'ensemble de la communauté, y compris les personnes à risque, en adoptant une approche exhaustive et holistique en matière de VIH/sida, de traitement du virus de VHC et des problèmes de santé connexes.

THE TERESA GROUP
Projet P104 : The Teresa Group vient en aide aux enfants touchés par le VIH et le sida et aux membres de leur famille. Il offre une variété de services de soutien et de consultation ainsi que de services financiers. Il gère aussi le Infant Formula Program, qui vise à réduire le risque de transmission du VIH par le lait maternel en offrant gratuitement des préparations pour nourrissons pendant un an aux nouvelles mamans séropositives en Ontario.

Projet P105 : Volunteer Support Program : Les objectifs du projet sont d'augmenter le nombre de bénévoles, d'accroître les connaissances des bénévoles et de les conscientiser davantage au sujet des problèmes liés au VIH auxquels font face les enfants et les familles, d'accroître les compétences des bénévoles à moyen et à long terme en ce qui concerne les besoins changeants des clients, et de maintenir les possibilités de soutien et de reconnaissances offertes aux bénévoles.

TORONTO PEOPLE WITH AIDS FOUNDATION
Projet P106 : Food for Life : Le projet a pour but d'améliorer l'accès des PVVIH qui sont confinées chez elles à une alimentation adéquate et appropriée, de réduire l'isolement social des PVVIH à Toronto, et d'améliorer l'accès des PVVIH qui sont confinées chez elles aux programmes existants et aux services offerts par les organismes de services liés au sida de Toronto.

Projet P107 : PHA Engagement in POZ Prevention for Gay Men : Le projet a pour but d'accroître la capacité et la participation des personnes vivant avec le VIH en lien avec le programme de prévention Poz pour les hommes gais aux prises avec le VIH/sida et d'accroître la communication de ce programme et de l'information sur la santé sexuelle aux hommes gais atteints du VIH/sida.

TWO-SPIRITED PEOPLE OF THE FIRST NATIONS
Projet P108 : Two-Spirited People of the First Nations est un organisme qui offre des services d'éducation, d'approche, de prévention et de soutien/de consultation liés au VIH/sida aux personnes bispirituelles et autres vivant avec le VIH/sida ou touchées par le VIH/sida.

VOICES OF POSITIVE WOMEN
Projet P109 : Peer Network Community Collaboration Program : Le projet porte sur la priorité de financement liée à l'élaboration et à l'essai des modèles de coordination et d'intégration de services pour améliorer l'accessibilité des services offerts aux clients. Les activités comprennent les suivantes : création et distribution d'une liste de renvoi aux services urbains et ruraux; réalisation d'une évaluation des besoins afin d'établir et de mettre en œuvre un réseau de transport en vue d'améliorer l'accès aux services; conclusion d'ententes avec les bureaux de santé régionaux permettant aux clients d'être aiguillés rapidement vers des organismes pour obtenir des services; prestation de formation pédagogique à l'intention des fournisseurs de services; établissement d'un réseau de soutien par les pairs qui fera appel à des bénévoles séropositifs comme contacts locaux pour les personnes isolées désirant profiter des programmes et des services liés au VIH.

WABANO CENTRE FOR ABORIGINAL HEALTH, INC.
Projet P110 : Walking the Healing Path : Les objectifs du projet sont d'améliorer les initiatives de santé sexuelle et de réduction des méfaits associés à l'utilisation de drogues injectables qui visent les Autochtones à risque, de faciliter l'accès aux services de diagnostic, aux soins et au traitement, ainsi que de créer des possibilités de soutien social pour les personnes infectées par le VIH ou atteintes d'autres maladies et affections connexes. Pour atteindre ces objectifs, l'organisation élaborera des ressources adaptées à la culture, organisera plusieurs séances et ateliers d'information, et offrira des activités de sensibilisation (p. ex. visites à domicile, services de transport et groupes de soutien).

WOMEN'S HEALTH IN WOMEN'S HANDS COMMUNITY HEALTH CENTRE
Projet P111 : Negotiating Disclosure: an HIV Serostatus Disclosure Model for African and Caribbean Women : Le projet se penchera sur la priorité de financement liée à la réduction des obstacles systémiques afin d'améliorer l'accès aux services de santé des femmes à risque ainsi que des femmes vivant avec le VIH/sida faisant partie des communautés africaines et caribéennes.

YOUTHLINK INNER CITY
Projet P112 : YOUTHLINK offre une gamme de services allant de la prévention à l'intervention précoce en passant par les traitements à l'intention des jeunes âgés de 12 à 24 ans et de leurs familles/fournisseurs de soins habitant dans la Ville de Toronto fusionnée.

WOMEN AND HIV/AIDS WORKING GROUP
Projet P113 : Le Women and HIV/AIDS Working Group se penche sur les taux accrus de VIH chez les femmes en Ontario et est composé de personnel du ministère, de chercheurs, de représentants de la communauté et de personnes infectées ou touchées par le VIH/sida. Ce groupe de travail provincial appuie la recherche portant sur les femmes et le VIH/sida en Ontario, la mise en œuvre de politiques et de programmes et une stratégie exhaustive axée sur la prévention du VIH. Les activités du groupe comprennent la consultation auprès de femmes de divers milieux, une analyse documentaire approfondie (examen des publications) et un sondage mené auprès d'organismes offrant des services aux femmes. Un résultat initial de ce processus a été la création d'une série de fiches de renseignements sur les femmes et le VIH. La Ontario Women's Study research team, qui est affiliée au Women and HIV/AIDS Work Group, élabore un programme de recherche à l'échelle de l'Ontario qui tiendra compte des diverses expériences de la vie des femmes vulnérables à l'infection au VIH.

QUÉBEC

SIDA BÉNÉVOLES MONTRÉAL
Projet P114 : Client Support Services de SIDA Bénévoles Montréal : Le projet vise à améliorer la qualité de vie des gens vivant avec le VIH en les aidant à sortir de l'isolement, à accroître leurs liens avec d'autres personnes et en créant des possibilités d'accroissement de leurs compétences et de leurs connaissances personnelles.

BUREAU LOCAL D'INTERVENTION TRAITANT DU SIDA (BLITS)
Projet P115 : Trajectoire de vie : Le projet appuie les personnes vivant avec le VIH et les encourage à reprendre ou à mener une vie active selon leur situation individuelle.

CENTRE ASSOCIATIF POLYVALENT D'AIDE HÉPATITE C (CAPAHC)
Projet P116 : Sentinelle bleue : Le projet vise à créer un réseau de services et à le fusionner aux diverses ressources en matière de VIH/sida à l'intention des personnes incarcérées qui sont libérées d'établissements fédéraux du Québec en vue d'améliorer la gamme de services offerts de l'incarcération à la libération.

CENTRE D'ACTION SIDA MONTRÉAL (FEMMES)
Projet P117 : FEMMES + : L'objectif du projet est d'offrir des services aux femmes séropositives provenant de différentes cultures.

Projet P118 : Soutien réfugiés + : Le projet vise à appuyer les personnes réfugiées séropositives provenant de l'Afrique du Sud du Sahara.

CENTRE D'AMITIÉ AUTOCHTONE DE VAL D'OR
Projet P119 : projet de lutte contre le VIH/sida visant les personnes vulnérables de la communauté autochtone de Val-d'Or : Les objectifs du projet sont d'améliorer les initiatives de santé sexuelle et de réduction des méfaits associés à l'utilisation de drogues injectables qui visent les sous-populations vulnérables, de faciliter l'accès aux services de diagnostic, aux soins et au traitement, ainsi que de créer des possibilités de soutien social pour les personnes infectées par le VIH et atteintes d'autres maladies et affections connexes. Pour atteindre ces objectifs, l'organisme collaborera avec d'autres organismes régionaux, entreprendra des activités de sensibilisation et de prévention, améliorera la connaissance du VIH/sida et les capacités d'intervention connexes, et mettra en pratique l'approche de réduction des méfaits.

COALITION SIDA DES SOURDS DU QUÉBEC
Projet P120 : La Coalition SIDA des sourds du Québec est un organisme provincial sans but lucratif offrant des services de prévention du VIH/sida et des infections transmissibles sexuellement et par le sang et des services d'éducation connexes auprès des Québécois sourds et malentendants. Elle fournit aussi des services de soutien aux personnes sourdes et malentendantes atteintes du VIH/sida dans la langue des signes québécoise (LSQ) et dans le langage American Sign Language (ASL). Le Programme d'action communautaire sur le sida assure le financement d'un projet intitulé Site Internet qui réunit, dans un seul portail de langage gestuel, le plus de renseignements et de ressources possibles disponibles sur le sujet. Le site est géré par des groupes communautaires associés au VIH/sida et à la surdité.

COALITION DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE SIDA (COCQ-SIDA)
Projet P121 : Le projet a pour but d'encourager, d'appuyer et de renforcer l'action communautaire sur le sida au Québec. La COCQ-Sida a été créée afin de rassembler des organismes communautaires qui luttent contre le sida, de favoriser la solidarité auprès des gens et de regrouper les approches, les mesures et les ressources qui s'appliquent, tout en respectant l'indépendance des groupes membres.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR (CSSSPNQL)
Projet P122 : Cercle de partage et sensibilisation : Le projet vise à renforcer les liens entre les personnes incarcérées autochtones atteintes du VIH ou de VHC et les personnes et travailleurs autochtones ainsi qu'à accroître les connaissances sur le VIH/sida au sein des prisons.

CENTRE SIDA AMITIÉ
Projet P123 : Les objectifs du projet comprennent la prévention du VIH et du virus de VHC ainsi que le soutien et les traitements offerts aux personnes vivant avec le VIH.

CENTRE DES R.O.S.É.S. DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE/COORDONNATEUR AU SOUTIEN DES PVVIH
Projet P124 : Le projet vise à encourager l'intégration sociale en vue d'aider les PVVIH à sortir de l'isolement et à améliorer leur qualité de vie.

GROUPE D'ACTION POUR LA PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH ET L'ÉRADICATION DU SIDA (GAP-VIES)
Projet P125 : Par elles, pour elles, pour la vie : Le projet a pour but de répondre aux besoins des femmes vivant avec le VIH afin d'encourager la solidarité au sein de cette

population et de favoriser leur participation sociale et communautaire pour qu'elles puissent contribuer à la réduction de la stigmatisation à laquelle font face de nombreuses femmes séropositives de notre société.

GROUPE D'ENTRAIDE À L'INTENTION DES PERSONNES SÉROPOSITIVES ET ITINÉRANTES (GEIPSI)

Projet P126 : Poste de directeur : Le projet vise à appuyer l'organisme dans l'atteinte de la stabilité des ressources financières et humaines afin de venir en aide aux personnes vivant avec le VIH, aux sans-abri et aux gens souffrant de toxicomanie.

MOUVEMENT D'INFORMATION, D'ÉDUCATION ET D'ENTRAIDE DANS LA LUTTE CONTRE LE SIDA (LE MIENS)

Projet P127 : Le Miens est un organisme régional qui offre des renseignements, des services d'éducation et du soutien relativement au sida. Les activités sont principalement entreprises dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Par l'intermédiaire de son programme de prévention Mascu-lien, l'organisme apporte un appui aux HARSAH.

FOYER POUR FEMMES AUTOCHTONES DE MONTRÉAL

Projet P128 : Réduction des méfaits : Le projet a pour but, entre autres, de faciliter l'accès aux services de diagnostic, aux soins et au traitement, de créer des possibilités de soutien social pour les personnes infectées par le VIH et atteintes d'autres maladies et affections connexes, et d'accroître les initiatives régionales de renforcement des capacités visant les programmes communautaires destinés aux Autochtones hors réserve. Les objectifs du projet seront atteints au moyen de la tenue d'ateliers et de cérémonies culturelles, de l'élaboration d'une brochure sur les ressources disponibles, de la création d'un groupe de soutien exclusivement destiné aux femmes, et de l'accompagnement à des rendez-vous chez le médecin.

MOUVEMENT D'AIDE ET D'INFORMATION SIDA (MAINS)

Projet P129 : Coordination des bénévoles, de la promotion et du marketing social : Le projet vise à améliorer la qualité de vie des PVVIH, des membres de leur famille et de leurs amis, à sensibiliser davantage les groupes à risque élevé et à augmenter les activités de prévention au sein de ces groupes.

MAISON PLEIN CŒUR

Projet P130 : Maison Plein Cœur/Programme de coordination des bénévoles : Le projet a pour but d'aider les PVVIH à retourner à une vie sociale active grâce au bénévolat.

MOUVEMENT D'INFORMATION ET D'ENTRAIDE DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH-SIDA À QUÉBEC (MIELS-QUÉBEC)

Projet P131 : Promotion de la santé : Le projet vise à améliorer l'état de santé global (santé physique, mentale, émotionnelle, sexuelle, spirituelle, etc.) des PVVIH dans la ville de Québec.

Projet P132 : Vie communautaire : Le projet vise à promouvoir le bien-être et la qualité de vie des PVVIH, tout en encourageant la participation de ces dernières au processus décisionnel de MIELS-Québec.

REGROUPEMENT DES CENTRES D'AMITIÉ AUTOCHTONES DU QUÉBEC INC. (RCAAQ)

Projet P133 : Mobilisons notre support! : Les objectifs du projet sont d'améliorer les initiatives de santé sexuelle et de réduction des méfaits associés à l'utilisation de drogues injectables qui visent les sous-populations vulnérables, de faciliter l'accès aux services de diagnostic, aux soins et au traitement, de créer des possibilités de soutien social pour les personnes infectées par le VIH ou atteintes d'autres maladies et affections connexes, et d'élaborer des initiatives régionales de renforcement des capacités visant les programmes communautaires destinés aux Autochtones hors réserve. Pour atteindre ces objectifs, l'organisme examinera les ressources et services offerts aux Autochtones vivant avec le VIH/sida ou à risque de contracter le virus, organisera un atelier de sensibilisation à l'intention des jeunes à risque, et donnera une formation adaptée à chacun des centres d'amitié autochtones du Québec.

SIDACTION

Projet P134 : Sidaction inc. est fondée sur un principe fondamental, soit de rassembler les associations de recherche et de lutte contre le sida afin qu'elles prennent part à une vision intersectorielle. En prévoyant, en déterminant et en analysant les nouveaux besoins, en trouvant les réponses adéquates, en lançant de nouveaux axes de recherche, en préparant la recherche de demain en aidant les jeunes chercheurs, en réfléchissant à de nouvelles

méthodologies de prévention, en améliorant l'accès aux soins offerts dans les pays en développement et en adoptant de nouvelles formes de lobbying, Sidaction intervient dans tous les domaines afin de donner suite à l'évolution de l'épidémie et de répondre le plus efficacement possible aux besoins immédiats pour ce qui est du soutien aux patients, et ce, en finançant des programmes novateurs, en appuyant et en renforçant les programmes existants, en élaborant ses propres programmes et en encourageant la création de nouvelles initiatives.

NOUVEAU-BRUNSWICK

JOHN HOWARD SOCIETY

Projet P135 : La John Howard Society collabore avec des organismes de services liés au sida en vue d'appuyer les services de réduction des méfaits (p. ex. programme d'échange de seringues) et d'aider les jeunes infectés par le VIH à obtenir les services appropriés (p. ex. financement d'un projet des travailleurs de la rue).

SIDA NOUVEAU-BRUNSWICK

Projet P136 : Les objectifs du projet comprennent l'amélioration de l'accès aux renseignements/aux services en matière de prévention (p. ex. site Internet, centre de ressources, projets concertés, présentations, etc.), aux services de réduction des méfaits (p. ex. programme d'échange de seringues) et aux services de soutien offerts aux PVVIH et aux fournisseurs de soins (p. ex. bulletins, formation, ressources, soutien par les pairs), ainsi que l'amélioration du développement organisationnel (p. ex. planification stratégique, évaluation, participation des personnes vivant avec le VIH, perfectionnement des bénévoles/des membres).

SIDA NOUVEAU-BRUNSWICK, AGENT DE LIAISON DU NORD APPELÉ À TRAVAILLER À BATHURST (N.-B.)

Projet P137 : Le projet comprend l'extension des services de SIDA Nouveau-Brunswick dans le nord du Nouveau-Brunswick aux fins de l'exécution de son mandat. Les programmes et activités visent tous les groupes à risque, y compris les jeunes, les femmes, les HARSAH, les utilisateurs de drogues injectables et les PVVIH.

AIDS SAINT JOHN :

Projet P138 : L'organisme vient en aide aux personnes infectées par le VIH et aux membres de leur famille, aux jeunes et aux utilisateurs de drogues injectables.

SIDA-AIDS MONCTON

Projet P139 : La mission et l'objectif de SIDA-AIDS Moncton sont d'améliorer la qualité de vie des personnes infectées et touchées par le VIH/sida ainsi que de réduire la propagation du VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang. L'organisme offre des services de réduction des méfaits (p. ex. programme d'échange de seringues).

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

COMITÉ SIDA DE TERRE-NEUVE ET DU LABRADOR

Projet P140 : Le comité favorise l'amélioration de l'accès aux soins, aux traitements et au soutien offerts aux PVVIH et aux fournisseurs de soins (p. ex. collaboration avec le gouvernement provincial et d'autres partenaires, renseignements et soutien), l'amélioration de l'accès aux programmes de prévention (p. ex. formation, éducation, réduction des méfaits, collaboration) et le renforcement de l'organisation (p. ex. établissement d'un conseil, formation d'employés/de bénévoles).

Projet P141 : Services d'approche et de soutien aux clients offerts par le Comité SIDA de Terre-Neuve et du Labrador : Le comité offre des services d'éducation et d'approche de portée provinciale à bien des groupes différents dans l'ensemble de la province. Ces services comprennent des ateliers, des présentations et des services directs de soutien et de défense des droits.

AIDS COMMITTEE OF WESTERN NEWFOUNDLAND

Projet P142 : Le groupe de bénévoles s'emploie à sensibiliser davantage les personnes de la région au VIH/sida et à aider celles dont la vie a été touchée par le virus.

LABRADOR FRIENDSHIP CENTRE

Projet P143 : HIV/AIDS Labrador Project : Le projet a pour but d'améliorer les initiatives de santé sexuelle et de réduction des méfaits associés à l'utilisation de drogues injectables qui visent les femmes et jeunes autochtones à risque, les Autochtones atteints du VIH/sida, les personnes incarcérées et les utilisateurs de drogues injectables. L'organisme atteindra cet objectif en préparant des exposés sur la prévention, en organisant une campagne de sensibilisation du public et d'autres activités, en élaborant du matériel didactique, en participant à différentes activités destinées aux jeunes, en présentant des principes de base sur les infections transmises sexuellement au Labrador, et en organisant une formation sur les effets de l'alcool sur le fœtus dans le contexte du VIH/sida.

APPARTEMENTS DU TOMMY SEXTON CENTRE
Projet P144 : L'établissement offre des logements avec services de soutien aux PVVIH à Terre-Neuve-et-Labrador.

LITS D'URGENCE DU TOMMY SEXTON CENTRE
Projet P145 : L'établissement offre un refuge d'urgence à court terme aux PVVIH ou à risque d'être exposées au virus dans la région de Terre-Neuve-et-Labrador.

NOUVELLE-ÉCOSSE

AIDS COALITION OF NOVA SCOTIA (ACNS)
Projet P146 : Addressing HIV/AIDS-related Stigma & Discrimination in NS : Le programme offre un soutien et des soins directs par l'intermédiaire de services individualisés de consultation et d'activités de sensibilisation dans de nombreux domaines tels que la perte et le deuil, les traitements et les situations de soins à domicile. De plus, le programme produira des ressources tangibles pouvant être offertes à la population cible dans l'ensemble de la province. Plus particulièrement, il produira une ressource visant les principaux fournisseurs de soins qui viennent en aide aux PVVIH à l'étape des soins palliatifs, permettra de créer et distribuer des mises à jour semestrielles sur les traitements, et permettra de tenir à jour une banque de données sur les traitements. Dans le cadre du programme, des services de promotion de la santé aux PVVIH seront offerts par l'intermédiaire des thérapies complémentaires et parallèles, le fonds de santé sera administré et des ateliers d'une journée à l'intention des PVVIH seront organisés, ce qui permettra d'augmenter les services individualisés de soutien et les ressources produites. Le programme vise à résoudre les problèmes de stigmatisation et de discrimination en Nouvelle-Écosse en permettant d'animer des groupes de discussion auprès des PVVIH dans l'ensemble de la province, et ce, en vue d'appuyer l'élaboration d'une campagne de marketing social et d'un programme visant à réduire les incidences de la stigmatisation.

Projet P147 : ACNS Support Program : Le programme offre une gamme de services de soutien et de soins aux PVVIH et qui sont touchées par le virus dans la région de la Nouvelle-Écosse. L'objectif du programme est d'offrir des services qui favorisent la santé et permettent d'améliorer la qualité de vie des gens vivant avec le VIH/sida et de leurs principaux fournisseurs de soins.

AIDS COALITION OF CAPE BRETON
Projet P148 : AIDS Coalition of Cape Breton est un organisme communautaire qui existe grâce au bénévolat et qui offre des programmes et des services dans toute la région de l'île du Cap-Breton. Cet organisme vise à réduire la propagation du VIH et à créer des environnements positifs pour les personnes vivant avec le VIH et touchées par le virus.

HEALING OUR NATIONS
Projet P149 : Finding our Voices : Les objectifs du projet sont d'améliorer les initiatives de santé sexuelle et de réduction des méfaits associés à l'utilisation de drogues injectables qui visent les femmes et les jeunes autochtones à risque, les personnes bispirituelles et les utilisateurs de drogues injectables, de faciliter l'accès aux services de diagnostic, aux soins et au traitement, et de créer des possibilités de soutien social. Ces objectifs seront atteints en augmentant la capacité d'assurer une intervention unifiée en matière de VIH/sida dans la région, en élaborant un énoncé de politiques de nature pragmatique, en planifiant et en offrant des séances d'information sur le VIH/sida axées sur les préoccupations des femmes, en effectuant une mise à jour continue du matériel et en élaborant des ressources novatrices de sensibilisation au VIH/sida aux fins de diffusion régionale, en mettant en commun des occasions de formation avec des organismes partenaires, et en préparant une activité de formation et de renforcement des capacités destinée aux Autochtones vivant avec le VIH/sida.

NORTHERN AIDS CONNECTION SOCIETY (NACS)
Projet P150 : La Northern AIDS Connection Society est un organisme communautaire dont la mission est d'aider les PVVIH à se prendre en charge par le biais de la promotion de la santé et d'un soutien mutuel ainsi que de réduire la propagation du VIH dans la région de la Nouvelle-Écosse.

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

AIDS PEI
Projet P151 : Le projet vise les activités appuyant la prévention (p. ex. présentations, ateliers, réduction des méfaits et répartition des ressources) et l'amélioration de l'accès aux services de soutien en matière de santé et au soutien social offerts aux PVVIH (p. ex. programmes de soutien et ateliers).

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

NORTHWEST TERRITORIES HIV & HEPATITIS C SUPPORT NETWORK

Projet P152 : HIV & Hepatitis C Community Education Resources, Support Networks and Capacity Building : Le projet a pour but d'offrir des renseignements sur la prévention de VHC et du VIH/sida et des services d'éducation connexes au public et aux personnes adoptant des comportements à risque élevé, de la formation à d'autres fournisseurs de services, et des services de soutien aux PVVIH, aux membres de leur famille et à leurs amis.

NUNAVUT

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU GOUVERNEMENT DU NUNAVUT

Projet P153 : Le projet appuie le programme existant intitulé Fonds pour la promotion des modes de vie sains, qui est parrainé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement du Nunavut. Deux activités clés sont appuyées par le gouvernement du Nunavut. La première consiste en l'élaboration d'une stratégie sur la santé sexuelle visant l'adoption de modes de vie plus sains, particulièrement auprès de la population jeune et à risque du Nunavut, qui est également la population cible du Programme des modes de vie sains du Nunavut. Le financement apporté sera utilisé pour collaborer avec les principaux partenaires et intervenants afin de rassembler les preuves et les connaissances des communautés visant à éclairer la prise de décision liée à l'élaboration de la stratégie. La deuxième activité appuie la création d'une trousse éducative concernant la santé sexuelle et les infections transmissibles sexuellement en vue d'améliorer le nouveau programme scolaire du Nunavut en matière de santé et d'encourager son utilisation au sein des écoles et des communautés du Nunavut.

YUKON

BLOOD TIES FOUR DIRECTIONS CENTRE

Projet P154 : Au Yukon, le Blood Ties Four Directions Centre vise à offrir un soutien et des soins aux PVVIH et VHC, ainsi que des services de prévention du VIH/sida et de VHC et des services d'éducation et de sensibilisation connexes. Il vise aussi à réduire la transmission au sein des groupes de populations vulnérables grâce à la prestation de services de réduction des méfaits, y compris un programme d'échange de seringues et de l'équipement pour inhalation sécuritaire.

PARTENARIAT ENTRE LE CONSEIL DES PREMIÈRES NATIONS DU YUKON ET LE BLOOD TIES FOUR DIRECTIONS CENTRE

Projet P155 : Bringing the HIV and Hepatitis C Risk Assessment Guidelines to Remote Rural Northern Communities Project : Les objectifs du projet sont de faciliter l'accès aux services de diagnostic, aux soins et au traitement, de créer des possibilités de soutien social pour les personnes infectées par le VIH ou atteintes d'autres maladies et affections connexes, et d'offrir des séances de sensibilisation générale sur le VIH/sida dans les régions rurales éloignées du nord. Les activités que l'organisme entreprendra pour atteindre ses objectifs sont, entre autres, les suivantes : formation d'un comité directeur pour surveiller le projet; participation des représentants en matière de santé et des éducateurs communautaires dans le domaine du VIH à l'élaboration de documents adaptés à la culture portant sur la transmission et la prévention du VIH ainsi que les pratiques de réduction des méfaits; prestation d'un soutien à la population à risque de contracter le VIH et VHC au sein des communautés rurales et éloignées.