

Le Colloque de CATIE

Nouvelle science, nouvelles orientations en matière de VIH et de VHC

Rapport final

Novembre 2013



Canada's source for
HIV and hepatitis C
information

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

Table des matières

Introduction	3
Contexte : un savoir nouveau pour guider notre approche	3
Nouvelles connaissances biomédicales.....	4
Nouvelles compréhensions de l'intégration.....	4
Nouvelles compréhensions de notre système de santé	5
Le rôle de CATIE à titre de courtier en connaissances sur l'intégration	6
Le Colloque de CATIE : principes et objectifs directeurs	7
Quatre formes d'intégration pour guider notre réponse collective	7
Objectifs du colloque	8
Supporteurs et commanditaires du Colloque de CATIE	8
Comité consultatif du colloque.....	8
Partenaires nationaux du colloque	8
Commanditaires du colloque.....	9
Participants au Colloque de CATIE	9
Interprétation et traduction	9
Programme du Colloque de CATIE	9
Webinaires précolloque	10
Connexions aux webinaires	11
Appel de descriptions de programmes	12
Webdiffusion du Colloque de CATIE	12
Thèmes ayant émergé du Colloque de CATIE	13
Thèmes généraux du Colloque de CATIE.....	13
Thèmes additionnels ayant émergé de séances spécifiques.....	15
Évaluation du Colloque de CATIE	26
Méthodologie pour l'évaluation	27
Évaluation des webinaires préalables au colloque	27
Évaluation du colloque proprement dit.....	27
Résultats de l'évaluation	27
Résultats de l'évaluation des webinaires.....	27
Résultats de l'évaluation du colloque	29
Références.....	31
Annexe 1 : Comité consultatif du Colloque de CATIE	35

Annexe 2 : Programme du Colloque de CATIE.....	37
Annexe 3 : Formulaire d'évaluation des webinaires.....	38
Annexe 4 : Formulaire d'évaluation en personne.....	41

Introduction

Globalement, nous sommes à un tournant dans notre réponse au VIH et à l'hépatite C – une période remplie d'un vif optimisme. Depuis quelques années, nous assistons à une accélération marquée des conclusions de recherches sur la prévention du VIH, la transmission, les diagnostics et les traitements; de plus, des traitements plus efficaces et mieux tolérés, contre l'hépatite C, sont imminents. Nos connaissances plus récentes sur le VIH et le VHC incluent des éléments biomédicaux ainsi qu'une meilleure compréhension du continuum des soins (c.-à-d. les efforts de prévention, dépistage, traitement, soins et soutien), de même que des individus, des communautés, des systèmes de santé et des pratiques de première ligne.

S'il est intégré de façon appropriée dans les programmes de première ligne, ce savoir a le potentiel d'inverser le cours de l'épidémie. Cependant, appliquer ce savoir pour arriver à réduire le nombre de nouveaux cas d'infection et à améliorer la qualité de vie constitue un défi. Les nouvelles recherches modifient radicalement notre compréhension du traitement et de la prévention du VIH et de l'hépatite C, mais l'intégration des connaissances dans les programmes et l'abolition des compartiments, dans notre travail, sont des tâches complexes.

À titre de courtier en échange de connaissances sur le VIH et l'hépatite C, CATIE s'active à encourager et à appuyer le dialogue sur l'*intégration* – intégration des connaissances biomédicales dans les programmes, intégration par-delà les structures traditionnelles de notre travail de prévention, dépistage, traitement, soins et soutien, et plus généralement entre les programmes sur le VIH, le VHC et les ITSS.

Le Colloque de CATIE : Nouvelle science, nouvelles orientations en matière de VIH et de VHC, dont fait état le présent rapport, est un événement qu'a organisé CATIE afin de stimuler le dialogue sur les implications de cette intégration pour les programmes de première ligne.

L'événement, qui a eu lieu à Toronto (Ontario) les 18 et 19 septembre 2013, à l'Hôtel Eaton Chelsea, a amené 273 fournisseurs de services de première ligne et de soins de santé, responsables de la planification de programmes, décideurs politiques et personnes vivant avec le VIH et/ou le VHC à se mettre au défi les uns les autres d'envisager de quelles façons nous pourrions mieux répondre au VIH et au VHC, et à échanger des pratiques exemplaires en lien avec l'intégration.

Contexte : un savoir nouveau pour guider notre approche

Les nouvelles connaissances issues des recherches biomédicales sur le VIH et le VHC, sur le continuum des soins, sur notre système de santé et sur les communautés ont le potentiel de transformer notre réponse au VIH et au VHC, pour peu que nous les comprenions et les appliquions de façon appropriée.

Nouvelles connaissances biomédicales

Nos connaissances sur le VIH ont connu une expansion considérable, ces récentes années. L'un des développements les plus marquants en matière de recherche est possiblement ce qui concerne le « traitement comme outil de prévention » : notre constat que le traitement antirétroviral contre le VIH peut réduire la transmission ultérieure de cette infection.(1) Au même moment, des traitements anti-VIH mieux tolérés ont été développés et la recherche démontre non seulement que le traitement antirétroviral peut augmenter radicalement la santé à long terme d'une personne vivant avec le VIH, mais également que le traitement précoce procure des bienfaits clairs.(2)(3)

Ces connaissances mettent en relief l'importance croissante de réponses de première ligne qui adoptent une approche intégrée à la prévention, au dépistage, au traitement, aux soins et au soutien.

D'autres développements de recherches ont le potentiel d'améliorer également l'efficacité de notre réponse. Approximativement un quart des personnes vivant avec le VIH, au Canada, n'ont pas été diagnostiquées; il s'agit d'un groupe important à impliquer dans nos programmes.(4) Cette population cachée pourrait être en cause dans plus de 50 % des nouveaux cas d'infection par le VIH, en particulier les personnes infectées récemment et qui ont une forte charge virale.(5)(6)(7)

De plus, un nombre considérable de personnes ne sont pas diagnostiquées avant d'être en phase avancée de l'infection à VIH, et ne peuvent donc pas bénéficier d'un traitement plus précoce.(8)(9) De nouvelles technologies de dépistage sont associées à un recours accru au dépistage et permettent de détecter plus tôt l'infection à VIH.(10)(11)(12)(13)

La prévention et le traitement d'autres infections transmissibles sexuellement (ITS), chez les personnes vivant avec le VIH et celles qui n'ont pas le VIH, peuvent réduire le risque de transmission du VIH.(14)(15)(16) Les progrès des recherches sur l'aspect biologique de la transmission du VIH modifient la façon dont on discute du risque et des stratégies individuelles pour le réduire, dans le cadre du counseling sur la prévention.(17)(18) Des recherches ont par ailleurs démontré que des médicaments antirétroviraux peuvent prévenir la transmission du VIH lorsqu'ils sont pris en prophylaxie pré-exposition ainsi que post-exposition, mais ces outils n'ont pas encore été examinés par des recherches exhaustives, ni mis en œuvre à grande échelle, dans le contexte canadien.(19)(20)(21)(22)

Les traitements contre l'hépatite C progressent rapidement. De nouveaux médicaments antiviraux à action directe contre le VHC s'avèrent très prometteurs, quant à l'efficacité et à la tolérabilité. En conséquence, le traitement contre le VHC est en voie de devenir beaucoup plus facile à gérer, pour les personnes atteintes de cette infection. L'accès à ces nouveaux traitements en temps opportun et à un coût abordable, de même qu'à des services cliniques et communautaires pour soutenir les personnes vivant avec le VHC, est un enjeu pressant.(23)

Nouvelles compréhensions de l'intégration

Les nouvelles recherches n'offrent pas seulement de nouvelles stratégies et de nouveaux outils pour notre réponse en première ligne, au VIH : elles ont également démontré que la prévention, le dépistage, les soins, les traitements et le soutien sont des éléments qui se renforcent les uns les autres, dans le cadre d'une réponse efficace au VIH ainsi qu'au VHC. Il nous faut travailler à faire en sorte que les programmes soient mieux intégrés, centrés sur le patient, et tiennent compte de

l'implication et de l'arrimage à l'échelle complète du continuum de la prévention, du dépistage, des soins, des traitements et du soutien, afin d'abolir les cloisons traditionnelles entre divers services en matière de VIH.(24)(25)(26)

De plus, des recherches indiquent que des approches holistiques sont également nécessaires pour aborder les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ainsi que des facteurs de santé connexes (comme la santé mentale). De telles approches, situées dans un cadre de travail élargi en matière de santé sexuelle et/ou de réduction des méfaits, sont importantes pour plusieurs raisons : 1) elles conduisent à des services mieux intégrés et centrés sur le client, à l'échelle complète du continuum des soins; 2) elles impliquent des interventions similaires qui répondent à des éléments communs concernant les modes de transmission, les comportements à risque et les facteurs sociaux et structurels; et 3) elles tiennent compte des relations de synergie entre diverses épidémies de maladies transmissibles.(27)(28)(29)

À l'aide de ces éléments de compréhension, des chercheurs, des responsables de la planification dans le domaine de la santé ainsi que des travailleurs de première ligne commencent à élargir leur réflexion sur la combinaison des réponses de première ligne en tant que continuum de services intégrés englobant la prévention, le dépistage et les diagnostics, l'arrimage et la rétention aux soins, l'accès et l'amorce des traitements ainsi que le soutien continu pour favoriser l'observance thérapeutique.(30)(31)(32)

Cette approche intégrée soulève des questions nouvelles et importantes, pour la recherche, en particulier pour ce qui concerne les assises scientifiques des programmes – l'application systématique des connaissances issues des sciences afin d'améliorer la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de santé publique.(33)(34)(35)(36) Des programmes pilotes de recherche sur la mise en œuvre à grande échelle du « traitement comme outil de prévention » sont en cours en Colombie-Britannique (l'initiative STOP HIV/AIDS) et dans divers pays. Ces projets sont de vastes efforts coordonnés afin d'intégrer les nouvelles données probantes de la recherche, dans des programmes de prévention et de traitement, afin de réduire la transmission du VIH et d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH. Ils comportent également un volet de recherche qui vise à livrer des données probantes sur l'efficacité des programmes de première ligne ainsi qu'à servir de guide pour adapter, mettre à l'échelle et améliorer les programmes.

Nouvelles compréhensions de notre système de santé

Au fur et à mesure qu'ont convergé le traitement et la prévention du VIH, les programmes et le point de mire de la recherche se sont tournés vers l'intégration des systèmes de santé, en particulier pour ce qui concerne l'implication et l'arrimage des clients à l'échelle du continuum complet de la prévention, du dépistage et des diagnostics, des soins, des traitements et des services de soutien. Par exemple, le concept de *cascade du traitement du VIH* ou *des soins* concerne les étapes séquentielles nécessaires à la réussite thérapeutique, qui incluent le dépistage, l'implication active dans les soins, l'amorce du traitement, la rétention aux soins et la suppression à long terme de la charge virale.

En raison d'un manque d'implication ou de liens entre des services à divers points dans la cascade du traitement, des personnes vivant avec le VIH ou avec le VHC ne reçoivent pas de soins. En conséquence, il est possible que seule une mince proportion des personnes vivant avec le VIH parvienne à maintenir la suppression virale nécessaire pour que se concrétisent les bienfaits des traitements et de la prévention.(37) Aux États-Unis, par exemple, on estime que seulement entre

19 % et 28 % des personnes vivant avec le VIH ont une charge virale indétectable.(38)(39) Des données provisoires semblent indiquer qu'il existe des problèmes considérables dans la cascade des soins, au Canada;(40) et c'est là un champ important de recherches futures.

Certes, la cascade du traitement peut être utile pour conceptualiser des façons par lesquelles le modèle de prestation de services pourrait être amélioré, mais elle comporte plusieurs lacunes. L'une des plus importantes lacunes de la cascade du traitement réside dans le fait qu'elle n'inclut pas la prévention en tant que composante d'une réponse efficace. Étant un modèle des soins pour les personnes vivant avec le VIH, elle renforce indirectement le point de vue erroné voulant que la responsabilité de la prévention repose uniquement sur les épaules de celles-ci.

Il faut travailler dans un cadre plus intégré qui reconnaît que la prévention est en fait une responsabilité partagée et que toute personne, sans égard à son statut VIH, a un rôle important à ce chapitre. De plus, le traitement comme outil de prévention n'est qu'une stratégie efficace de prévention parmi tant d'autres; et toutes ces stratégies, si elles sont combinées de façon appropriée, constituent une réponse plus efficace qu'une seule.(41)(42)

Dans le développement de nos programmes de première ligne, nous devons réfléchir collectivement aux façons par lesquelles la prévention, le dépistage et les diagnostics, les soins, les traitements et le soutien, en matière de VIH et de VHC, sont tous des éléments qui renforcent l'efficacité de la réponse.

Le rôle de CATIE à titre de courtier en connaissances sur l'intégration

Les éléments de connaissance et de compréhension décrits ci-dessus, s'ils sont incorporés dans nos programmes de première ligne, offrent un potentiel d'altérer considérablement les épidémies de VIH et d'hépatite C. Par conséquent, à titre de courtier national en information sur le VIH et l'hépatite C, CATIE vise à améliorer la compréhension de ce savoir plus récent et à présenter des exemples de ce à quoi l'intégration peut ressembler dans la pratique, par le biais d'activités comme le *Colloque de CATIE : Nouvelle science, nouvelles orientations en matière de VIH et de VHC*.

Cet intérêt de CATIE à favoriser le dialogue et les connaissances au sujet d'approches plus intégrées n'est pas nouveau. L'organisme est né de l'ordre du jour de militantisme précoce du groupe AIDS ACTION NOW!, qui a mis l'accent sur les besoins de traitement des personnes vivant avec le VIH et qui a dénoncé l'inaction gouvernementale en matière de recherche sur le VIH. Le parcours de CATIE aborde depuis longtemps l'intégration de compartiments traditionnels, dans son travail, comme la prévention et le traitement du VIH. Bien avant que des données probantes démontrent que le traitement contribue à la prévention de la transmission ultérieure du VIH, CATIE liait l'un à l'autre – la nécessité de traitements sécuritaires et efficaces pour les personnes vivant avec le VIH, afin de prévenir la progression de l'infection à VIH vers le sida.

Plus récemment, soit en octobre 2012, CATIE a organisé un Dialogue délibératif sur invitation concernant les approches intégrées à la prévention et au traitement du VIH, dont les résultats ont grandement éclairé l'élaboration du Colloque de CATIE. Le Dialogue délibératif, auquel ont participé 40 fournisseurs de services, chercheurs, responsables des politiques et personnes vivant avec le VIH, avait pour but de susciter une discussion critique sur le sens de l'« intégration », en

ce qui a trait à la prévention du VIH, au dépistage, au traitement, aux soins et au soutien. Ceci a inclus un long dialogue au sujet des difficultés et des bienfaits associés à cette approche. Un effort soutenu a été consacré à l'objectif d'aller au-delà de la polarisation du dialogue, en identifiant des éléments et priorités en commun.

Alors que le Dialogue délibératif était concentré sur des discussions conceptuelles sur les défis et réussites, CATIE a entrepris en 2013 l'étape suivante de cette démarche en organisant un colloque national axé sur la discussion des implications concrètes de l'intégration pour les programmes de première ligne – le *Colloque de CATIE : Nouvelle science, nouvelles orientations en matière de VIH et de VHC*.

Le Colloque de CATIE : principes et objectifs directeurs

Tout au long du colloque, 273 fournisseurs de services de première ligne, intervenants en santé publique, planificateurs de programmes, fournisseurs de soins de santé, personnes vivant avec le VIH et/ou le VHC et décideurs politiques ont été mis au défi de discuter des implications de l'intégration pour nos réponses de première ligne. Plus particulièrement, le colloque visait à encourager l'apprentissage et le dialogue au sujet de quatre formes d'intégration, que nous décrivons ci-dessous.

Quatre formes d'intégration pour guider notre réponse collective

Le colloque visait à stimuler le dialogue à propos de quatre formes d'intégration :

1. **Intégration des connaissances biomédicales dans les programmes.** Un exemple de cette forme d'intégration : un programme qui met à profit nos connaissances sur le rôle de l'infection aiguë à VIH dans la transmission du VIH, afin d'éclairer les messages à disséminer et les façons de s'y prendre pour la prestation de services.
2. **Intégration des efforts et approches en matière de prévention, de dépistage et diagnostic, de traitement, de soins et de soutien.** Un exemple de cette forme d'intégration : un programme de dépistage du VIH qui a formellement établi des liens à des services de prévention améliorés, comme l'accès à la prophylaxie pré-exposition.
3. **Intégration des services et systèmes liés au VIH et au VHC.** Un exemple de cette forme d'intégration : un programme de dépistage qui promeut et offre l'accès simultané au dépistage du VIH et du VHC.
4. **Intégration des services liés au VIH et au VHC dans une approche plus générale aux « infections transmissibles sexuellement et par le sang » (ITSS).** Un exemple de cette forme d'intégration : un programme de première ligne sans rendez-vous qui fournit des connaissances complètes sur le VIH, l'hépatite C, les ITS et la tuberculose, le dépistage de ces infections ainsi que des services de réduction des méfaits.

Fait d'importance : au centre de toutes les formes d'intégration, se situent les personnes vivant avec le VIH et l'hépatite C ainsi que celles qui sont affectées d'autre façon par ces infections. Dans les réflexions au colloque, à propos des systèmes de santé, des approches des programmes ainsi que des pratiques exemplaires, « la personne » est demeurée au centre du dialogue, compte

tenu du fait que l'intérêt de l'individu est crucial à la réussite de tout programme. Cette considération, maintenue au centre de notre point de mire, contribue à faire en sorte que notre réponse demeure honnête et ancrée dans la réalité.

Ces quatre formes d'intégration ainsi que les recherches à la base de chacune ont été abordées dans une série de quatre webinaires préparatoires au colloque, qui sont décrits dans une prochaine section du présent rapport.

Objectifs du colloque

Le colloque avait pour objectifs de :

- Rehausser la compréhension des implications des nouvelles recherches biomédicales, pour les programmes, y compris des approches nouvelles à l'intégration de la prévention, du dépistage et des tests diagnostiques, des traitements, des soins et des services de soutien;
- Favoriser des réponses plus efficaces, en matière de VIH et/ou d'hépatite C, par le partage de modèles prometteurs d'intégration des services de traitement et de prévention ainsi que la collaboration entre programmes;
- Améliorer la compréhension de la prestation de services en matière de VIH et/ou d'hépatite C dans un cadre de travail élargi aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

En plus de ces résultats clairs chez les participants au colloque, CATIE souhaitait mettre l'événement à profit pour créer de nouveaux liens et partenariats entre organismes et réseaux, renforcer ceux qui existaient, et enrichir sa compréhension des façons par lesquelles les efforts en matière de VIH et d'hépatite C peuvent s'intégrer dans un cadre de travail élargi aux ITSS.

Partisans et commanditaires du Colloque de CATIE

Comité consultatif du colloque

Pour guider l'élaboration de l'ordre du jour et des objectifs du colloque, CATIE a convoqué un comité consultatif national de planificateurs de programmes, de cliniciens et de chercheurs. Ce comité a géré efficacement une Subvention des IRSC pour réunions, planification et diffusion, et fourni d'importantes rétroactions sur le programme de l'événement. De plus, les membres du comité consultatif étaient responsables de promouvoir périodiquement l'événement auprès de leurs membres/contacts. La composition du comité consultatif est présentée dans l'Annexe 1.

Partenaires nationaux du colloque

CATIE a mobilisé l'appui d'un certain nombre d'organismes nationaux, lors du développement initial de son colloque, notamment pour une demande fructueuse de Subvention des IRSC pour réunions, planification et diffusion. Les organismes nationaux partenaires de CATIE pour l'événement incluaient : l'Association canadienne de recherche sur le VIH (ACRV), le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS), l'Association canadienne de santé publique (ACSP), le Groupe de travail canadien sur le VIH et la réinsertion sociale (GTCVRS), l'Association

canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie (ACIIS), la Coalition interagence sida et développement (CISD) et Action hépatites Canada.

Commanditaires du colloque

L'événement n'aurait pas été possible sans l'appui de nos commanditaires.

- Donateurs catégorie Or : AbbVie, Gilead et Boehringer Ingelheim
- Donateurs catégorie Argent : Janssen, Roche et Merck Frosst
- Bailleurs de fonds gouvernementaux : Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)
- Partenaire de la webdiffusion : Réseau ontarien de traitement du VIH (OHTN)

Participants au Colloque de CATIE

Deux cent soixante-treize personnes ont participé au colloque. Les participants incluaient des fournisseurs de services de première ligne, des intervenants en santé publique, des planificateurs de programmes, des fournisseurs de soins de santé, des personnes vivant avec le VIH et/ou l'hépatite C et des responsables des politiques.

En encourageant une représentation nationale et diversifiée, CATIE a réussi à rassembler des participants de la plupart des régions du Canada :

- 38 participants de la Colombie-Britannique
- 32 participants des provinces des Prairies
- 116 participants de l'Ontario (sans compter 33 employés de CATIE)
- 31 participants du Québec
- 23 participants des provinces de l'Atlantique

Interprétation et traduction

CATIE a veillé à l'accessibilité de l'événement par divers moyens. Les webinaires qui ont eu lieu avant le colloque, les séances plénières ainsi que la webdiffusion ont été traduits simultanément en anglais et en français. De plus, les séances plénières étaient traduites simultanément en langage gestuel américain. CATIE a traduit en anglais ou en français (selon le cas) tous les diaporamas PowerPoint, y compris ceux présentés en séances simultanées. Pour ces séances, CATIE a imprimé toutes les présentations en français.

Les archives des webinaires et des séances plénières du colloque sont également disponibles en anglais et en français sur catie.ca.

Programme du Colloque de CATIE

Le programme du Colloque de CATIE était conçu pour permettre aux participants d'examiner les implications programmatiques des recherches biomédicales récentes et de découvrir de nouvelles approches à l'intégration des services de prévention, de dépistage, de traitement, de soins et de soutien. De plus, il visait à aider les participants à élaborer des stratégies en vue

d'approches plus intégrées à la prestation des services liés au VIH et au VHC. Il incluait également des séances visant à rehausser la compréhension de la prestation des services liés au VIH et au VHC dans le contexte élargi des infections transmissibles sexuellement et par le sang.

Cela a été accompli par l'élaboration d'un ordre du jour diversifié, débutant bien avant le colloque de deux jours par une série de webinaires (voir ci-dessous). L'ordre du jour du colloque proprement dit a impliqué plus de 70 conférenciers, lors de 19 séances plénières et simultanées.

Pour développer le programme de l'événement, CATIE a lancé un appel de descriptions de programmes, convoqué un comité consultatif d'experts externes, et puisé dans sa riche expertise interne. Il a également convoqué des sous-comités informels d'experts pour l'organisation des dix séances simultanées du colloque.

Afin d'élargir la portée du programme de son colloque, CATIE a collaboré avec le Réseau ontarien de traitement du VIH (OHTN) à la webdiffusion des exposés de plénière.

Pour consulter le programme du Colloque de CATIE, voir l'Annexe 2.

Webinaires pré-colloque

En juin et juillet 2013, dans le cadre du programme de son colloque, CATIE a présenté huit webinaires nationaux – quatre en anglais et quatre en français. Ouverts aux participants du colloque de même qu'aux non-inscrits, les webinaires étaient des introductions aux divers types d'intégration qui allaient être les thèmes du colloque. Ils portaient aussi sur les fondements de l'intégration et les données à son appui. Ils étaient conçus pour préparer les participants à contribuer à part entière au dialogue, lors du colloque proprement dit, et à échanger des connaissances sur les quatre formes d'intégration susmentionnées.

Les participants du colloque étaient vivement encouragés à participer aux webinaires. La série de webinaires a été annoncée à l'échelle nationale, afin de susciter la participation de professionnels de la santé, de travailleurs communautaires et de la santé publique et de planificateurs de programmes de première ligne en matière de VIH et de VHC. Ces webinaires ont été diffusés en direct, puis ajoutés à <http://www.catie.ca/fr/colloque#preforum> peu après leur diffusion. Ils sont disponibles pour visionnement et archivés sur [catie.ca](http://www.catie.ca).

Au total, 464 « connexions » aux webinaires ont été enregistrées. Toutefois, le nombre de spectateurs était supérieur au nombre total de connexions. Selon l'évaluation des webinaires, résumée dans une prochaine section, 70 p. cent des spectateurs étaient seuls lorsqu'ils ont visionné le webinaire, mais 17 p. cent l'ont fait avec une autre personne, 6 p. cent l'ont visionné avec deux autres personnes, et 7 p. cent l'ont visionné avec trois personnes ou plus (en moyenne avec six autres personnes). En appliquant ces réponses au nombre total de connexions, nous arrivons à une estimation prudente de 762 spectateurs.

La série de webinaires incluait :

Webinaire 1 : Nouveaux développements en recherche sur le VIH et leurs répercussions sur la pratique de première ligne

Présenté par James Wilton et Sophie Wertheimer (tous deux de CATIE), en anglais et en français respectivement, ce webinaire a examiné les nouveaux développements en recherche sur le VIH et leurs répercussions sur les programmes. Parmi les sujets traités, notons la charge virale et son lien avec la transmission du VIH, la PPE et la PPrE, les ITS et la transmission du VIH, et l'infection aiguë à VIH.

Webinaire 2 : Nouveaux développements en recherche sur le VHC et leurs répercussions sur la pratique de première ligne

Présenté par le D^f Curtis Cooper (Université d'Ottawa) et la D^{re} Marie-Louise Vachon (Centre hospitalier de l'Université Laval), en anglais et en français respectivement, ce webinaire a examiné les nouveaux développements en recherche sur l'hépatite C et leurs répercussions sur les programmes de première ligne. Parmi les sujets traités, notons les nouveaux traitements contre le VHC, la co-infection à VHC/VIH et la transmission sexuelle du VHC.

Webinaire 3 : Approches intégrées du traitement et de la prévention du VIH

Présenté par le D^f Tim Rogers et Michael Bailey (tous deux de CATIE), en anglais et en français respectivement, ce webinaire a exploré et présenté aux participants une structure intégrée pour la prestation de services qui propose des idées pour de nouvelles orientations en matière de prévention, de dépistage, de traitement, de soins et de soutien.

Webinaire 4 : Travailler du point de vue de la santé sexuelle ou de la réduction des méfaits : Intégration du VIH, du VHC, de la tuberculose et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Présenté par le D^f Marc Steben (Institut national de santé publique du Québec) en anglais et en français, ce webinaire a examiné les répercussions sur la pratique de l'intégration du VIH, du VHC et des autres ITSS.

Connexions aux webinaires

<i>Date</i>	<i>Titre</i>	<i>Connexions</i>
6 juin 2013	New developments in HIV research and their implications for frontline practice	80
11 juin 2013	Nouveaux développements en recherche sur le VIH et leurs répercussions sur la pratique de première ligne	13
17 juin 2013	New developments in HCV research and their implications for frontline practice	113
20 juin 2013	Nouveaux développements en recherche sur le VHC et leurs répercussions sur la pratique de première ligne	17
9 juillet 2013	Integrated approaches to HIV treatment and prevention	111
11 juillet 2013	Approches intégrées du traitement et de la prévention du VIH	12
22 juillet 2013	Working from a sexual health or harm reduction perspective: Integration of HIV, HCV, tuberculosis and other sexually	100

	transmitted and blood-borne infections	
24 juillet 2013	Travailler du point de vue de la santé sexuelle ou de la réduction des méfaits: Intégration du VIH, du VHC, de la tuberculose et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang	18

Appel de descriptions de programmes

Pour élaborer le programme de son colloque, CATIE a lancé pour la première fois un « appel de descriptions de programmes » aux fournisseurs de services, à l'échelle nationale, afin de mieux connaître leurs programmes.

Plus de 60 descriptions de programmes ont été soumises à CATIE pour examen. Ces soumissions décrivaient d'excellents programmes, partout au pays, et illustraient les quatre formes d'intégration abordées dans le colloque. À l'aide d'un système d'évaluation officielle, CATIE a sélectionné 26 programmes vedettes pour son colloque.

Pour cette sélection, chaque description de programme a été examinée et évaluée pour déterminer dans quelle mesure le programme démontrait :

- l'intégration des services de prévention, de dépistage, de traitement, de soins et de soutien;
 - l'intégration des services liés au VIH, au VHC et/ou aux ITS;
 - l'intégration des connaissances issues de recherches sur la prévention, la transmission, le dépistage ou le traitement du VIH ou du VHC; et
 - des services centrés sur le client.
- Par ailleurs, la diversité régionale a été prise en considération dans la sélection des programmes, de manière à assurer une représentation nationale. Vu le grand nombre de soumissions et le point de mire sur l'intégration, plusieurs programmes de qualité n'ont pu être retenus.

Webdiffusion du Colloque de CATIE

Afin de partager à grande échelle les connaissances présentées lors du colloque, CATIE a collaboré avec l'OHTN pour la webdiffusion en direct des séances plénières de l'événement, à l'aide d'*Instant Presenter*. Les exposés ont été filmés et diffusés en direct sur Internet à un vaste auditoire de fournisseurs de services, partout au pays. Les webémissions enregistrées sont disponibles en ligne. Pour visionner les exposés, voir <http://www.catie.ca/fr/colloque/archive-webemissions>.

On a enregistré 51 connexions distinctes en anglais et en français à la webdiffusion en direct du 18 septembre et 27 connexions distinctes en anglais et en français à celle du 19 septembre. Toutefois, vu la possibilité de multiples spectateurs pour chaque ordinateur, le nombre de personnes qui ont assisté aux webdiffusions pourrait être supérieur à ce qu'indiquent ces données.

Thèmes ayant émergé du Colloque de CATIE

Plusieurs thèmes clés ont émergé du Colloque de CATIE, jetant un éclairage sur l'état actuel de l'intégration dans la pratique, au Canada, ainsi que sur les priorités, les défis et les réussites de cette approche. De plus, des idées et des perspectives ont été soulevées lors des séances simultanées. Puisque ces séances n'ont pas été filmées ni archivées sur catie.ca (voir « Webdiffusion », ci-dessus), les thèmes qui en ont émergé sont documentés ci-dessous.

Thèmes généraux du Colloque de CATIE

Toutes les régions du Canada rencontrent des défis similaires, en dépit de leur diversité

Le colloque a permis d'examiner les défis locaux liés à la réponse au VIH, au VHC et à d'autres ITSS, et ce à quoi l'intégration peut ressembler « sur le terrain », dans divers contextes. Les réalités sont certes différentes dans chaque région du Canada, mais certains enjeux communs ont émergé, comme l'accès aux services, le faible degré d'implication et d'arrimage entre les services, et les lacunes dans le continuum de la prévention, du dépistage, des soins, du soutien et des traitements. De plus, toutes les régions ont signalé, de diverses façons, l'importance d'envisager l'intégration dans l'ensemble du système de santé – en particulier dans la perspective des soins holistiques et centrés sur le client.

L'importance de données rigoureuses et utilisables pour guider notre travail

Un certain nombre de conférenciers, notamment Tiffany West (Dare Global Innovation), Thomas Haig (SPOT, Montréal) et Chris Buchner (Vancouver Coastal Health), ont abordé l'importance de générer des données fiables et de s'en servir pour éclairer notre approche de réponse au VIH, au VHC et à d'autres ITSS. La production, l'accessibilité et l'utilisation de données fiables requièrent que les processus, les politiques et les protocoles relatifs aux données, y compris leur collecte, gestion, analyse et dissémination, soient intégrés à divers paliers de notre travail, comme l'échelon programmatique local, l'échelon organisationnel et la globalité du système de santé.

L'importance de l'implication significative des personnes vivant avec le VIH et l'hépatite C et affectées par ces maladies

L'importance de faire en sorte que les personnes vivant avec le VIH et l'hépatite C et affectées par ces maladies demeurent au centre de notre planification et de nos programmes, y compris (mais sans s'y limiter) qu'elles soient impliquées de manière significative dans nos programmes et politiques, a été un thème récurrent des deux journées de l'événement.

Lorsque nous considérons l'intégration, dans les services et les systèmes, nous devons garder à l'esprit que la santé et le bien-être généraux ne se limitent pas aux facteurs biomédicaux. De plus, le parcours dans le continuum des soins ou des services est rarement linéaire; pour réussir dans l'atteinte des objectifs, il est crucial de joindre les individus là où ils se situent dans ce continuum et de les aider à avancer comme ils le jugent approprié.

On a présenté divers programmes qui démontrent une implication significative des personnes vivant avec le VIH et l'hépatite C et affectées par ces maladies, notamment « Pause-Santé » du

CAPAHC et « Peer-Facilitated HIV Treatment Decisions » de la Toronto People with AIDS Foundation.

La vision limitée de ce qu'est l'« intégration » demeure problématique parmi les fournisseurs de services au Canada

De nombreux fournisseurs de services canadiens ont des programmes qui incluent une ou plusieurs formes d'intégration, mais les perspectives sont limitées, au pays, quant à ce que constitue l'« intégration ». Le colloque a révélé que plusieurs fournisseurs de services conçoivent l'« intégration » d'un seul point de vue — soit, par exemple, l'intégration des services liés au VIH et au VHC dans un seul programme, soit l'intégration des éléments du continuum des soins dans un seul organisme. Certains participants ont exposé une vision limitée du rôle que la collaboration programmatique et l'intégration des systèmes peuvent jouer dans l'amélioration de notre réponse au VIH et au VHC. Cela pourrait être dû en partie à l'absence d'une vision ou d'une stratégie nationale pour l'intégration, en matière de programmes et de systèmes de santé.

Cette compréhension limitée de l'« intégration » pourrait faire obstacle à l'adoption d'approches intégrées à la prestation de services, par les fournisseurs de services. Plusieurs séances du colloque ont suscité des commentaires quant à l'incapacité de fournir un « guichet unique » de services, en raison de limites liées à l'expertise, au temps ou à d'autres ressources, ou de la nature inadéquate de cette approche, en particulier pour certaines populations marginalisées.

Fait important, les approches de prestation intégrée des services vont bien au-delà des services « à guichet unique » (voir les définitions de l'« intégration », ci-dessus). Il est important de reconnaître que toutes les formes d'intégration ne sont pas appropriées à tous les services ou à toutes les communautés. Toutefois, cela ne devrait pas constituer un obstacle à la transition vers l'intégration de façon générale.

Le rôle des partenariats et de la collaboration dans le passage à des approches intégrées

Un important thème ayant émergé des deux journées du colloque concernait l'importance des partenariats et de la collaboration dans le passage à des approches intégrées. La collaboration et les partenariats entre les services, dans les domaines du VIH, du VHC et des ITS, et entre eux, jettent des ponts qui sont utiles aux clients et aux employés et qui permettent une meilleure continuité des services.

La collaboration entre les secteurs — soins cliniques, santé publique et organismes communautaires — a été illustrée par des programmes qui opèrent une transition fructueuse vers des approches plus intégrées. L'établissement de liens entre les services communautaires et cliniques, en impliquant des pairs dans les programmes cliniques et/ou en incluant des infirmières dans les services communautaires, favorise l'apprentissage, l'efficacité de l'arrimage, de même que l'implication des clients dans les services. Les programmes qui ont démontré une collaboration entre les secteurs incluaient notamment les « Services de pairs navigateurs » de Positive Living BC et le « Programme d'entraide active » de la région sanitaire Qu'Appelle de Regina.

En examinant l'ensemble du continuum des services et en identifiant où résident les lacunes, de nouvelles occasions de partenariat peuvent émerger. Nous pouvons examiner ce que nous faisons

bien dans nos organismes, et renforcer notre capacité à partir de ces forces plutôt que d'entreprendre des tâches pour lesquelles nous sommes mal outillés. De possibles occasions de partenariat et de collaboration à envisager, afin de soutenir les programmes pour lesquels nos organismes présentent des lacunes, pourraient être le meilleur moyen de développer des services plus intégrés et efficaces.

Thèmes additionnels ayant émergé de séances spécifiques

Le Colloque de CATIE comprenait dix séances simultanées, centrées sur une discussion entre les participants. La section qui suit résume des thèmes clés qui ont émergé des discussions, outre les thèmes transversaux susmentionnés.

Séance simultanée 1 : Communiquer le risque associé aux rapports sexuels aux personnes vivant avec le VIH ou à risque

Cette séance était fondée sur quatre exposés en plénière qui exploraient comment les nouvelles connaissances sur la transmission du VIH peuvent modifier notre manière de comprendre et de communiquer l'information sur le risque lié au VIH. La discussion visait à examiner comment les fournisseurs de services peuvent intégrer et transposer les nouvelles informations dans des outils et services pour l'évaluation du risque sexuel et le counseling.

Les fournisseurs veulent utiliser les nouvelles connaissances, mais la compréhension de la science demeure un défi

De nombreux fournisseurs de services souhaitent utiliser de nouvelles informations et approches pour expliquer et comprendre le risque de transmission du VIH. Toutefois, des défis persistent dans la compréhension et la communication adéquate des résultats des nouvelles recherches sur la transmission du VIH, comme l'essai clinique HPTN 052. Des organismes comme CATIE devraient continuer de traduire les connaissances de la recherche biomédicale en des informations que les fournisseurs de services peuvent utiliser.

La communication du risque nécessite une approche souple

Les expériences des fournisseurs de services, y compris dans le domaine des services sociaux et cliniques, révèlent que la communication sur le risque sexuel nécessite une approche flexible qui permet au client de parler de ses peurs, de ses angoisses et de ses préoccupations de santé mentale.

La communication du risque nécessite une compréhension de la criminalisation de la non-divulgence du VIH

Il est utile, pour les fournisseurs de services abordant le sujet du risque, de comprendre les implications de la décision de 2013 de la Cour suprême du Canada concernant la criminalisation de la non-divulgence du statut VIH. Toutefois, ces lois ne devraient pas nécessairement dicter quelles informations sur la santé sont communiquées et comment elles le sont.

Séance simultanée 2 : Stratégies relatives au dépistage du VIH, des ITS et de l'hépatite C et à la notification des partenaires

Cette séance a débuté par quelques « présentations éclair » sur le dépistage du VIH, du VHC et des ITS ainsi que les stratégies de notification des partenaires. On a ensuite discuté de moyens d'impliquer des personnes qui ne connaissent pas leur statut VIH et d'approches d'implication et d'arrimage propices à la réussite.

L'intégration des services de dépistage peut accroître les sentiments de sécurité et de confidentialité des clients

L'intégration du dépistage du VIH dans d'autres services, comme le dépistage des ITS, pourrait atténuer les préoccupations liées à la confidentialité de l'accès au test de dépistage du VIH et faire en sorte qu'un plus grand nombre d'individus y aient recours. Lors de cette séance, des fournisseurs de services de dépistage du VIH et d'ITS de divers milieux ont discuté des défis liés à la confidentialité et ont signalé que, lorsque de multiples services sont offerts au même endroit, les clients pourraient être plus susceptibles de recourir au dépistage.

Les stratégies de dépistage actuelles peuvent conduire à laisser de côté des occasions d'impliquer des individus dans les services de soins de santé

L'estimation du risque est la pierre angulaire de l'approche au dépistage du VIH, au Canada. Certes crucial à notre stratégie de dépistage générale, le dépistage du VIH fondé sur le risque peut toutefois nous faire manquer des occasions d'impliquer des personnes à risque dans le dépistage, dans certains contextes, comme l'a démontré le Projet STOP de Vancouver en l'offrant systématiquement dans le cadre des soins de courte durée. L'approche fondée sur le risque nécessite que l'individu reconnaisse son risque et demande le dépistage et/ou que le fournisseur de services reconnaisse le risque et le lui offre.

L'adoption de stratégies de dépistage intégrées — combinant des approches fondées sur le risque et d'autres approches comme l'offre systématique — pourrait aider à optimiser les occasions d'impliquer des personnes à risque dans le dépistage du VIH et de l'hépatite C et dans d'autres services.

La combinaison de l'approche fondée sur le risque et de l'offre systématique du test de dépistage du VIH peut également être envisagée dans certains milieux où le dépistage du VIH n'est pas offert avec celui d'autres ITS, en particulier dans des régions qui présentent un taux élevé d'ITS comme la gonorrhée et la chlamydia, et là où il serait approprié d'introduire l'offre systématique du test de dépistage du VIH dans d'autres contextes comme les soins primaires.

La discussion sur la nécessité du counseling pré- et post-test de dépistage du VIH se poursuit

L'intégration du test de dépistage du VIH dans d'autres services de santé comme les soins primaires pourrait nécessiter de réévaluer les protocoles de counseling pré- et post-test de dépistage, comme on l'a fait dans le cadre des initiatives pilotes du Projet STOP de Vancouver.

Toutefois, certaines préoccupations persistent, parmi les fournisseurs de services/cliniciens, quant au virage du counseling vers l'information pré-dépistage. Par exemple, les cliniciens qui fournissent ces informations doivent être qualifiés; or certains professionnels de la santé pourraient ne pas avoir les connaissances nécessaires à fournir ce service de manière compétente.

Séance simultanée 3 : Mentorat par les pairs pour naviguer le système de santé

La séance a débuté par quelques présentations éclair sur le mentorat entre pairs, l'aide à la navigation par les pairs et les programmes pour faciliter la navigation dans des systèmes de santé. Par la suite, les participants ont pris part à une discussion animée sur l'implication des personnes vivant avec le VIH ou l'hépatite C dans les traitements, les soins et le soutien, à l'aide de ces types de programmes.

Les services de navigation peuvent répondre aux obstacles liés à l'accessibilité des soins, des traitements et du soutien et à la rétention

Les participants ont signalé divers obstacles que rencontrent des personnes vivant avec le VIH ou le VHC, dans l'accessibilité et la continuité des services de soins, de traitement et de soutien. Ces obstacles incluent l'arrimage déficient aux procédures de soins dans les sites de dépistage; les défis de la navigation des systèmes de soins de santé centrés sur le VIH et le VHC et des systèmes alliés; la méfiance à l'égard des organismes communautaires et/ou la discrimination qu'on peut y rencontrer; le manque de compréhension de l'expérience du client/patient, chez certains professionnels de la santé; la désinformation ou les connaissances limitées, chez des clients, quant aux nouvelles réalités des médicaments; et la compartimentation des soins médicaux et communautaires.

Les programmes présentés ont démontré diverses approches pour répondre à ces obstacles par des services de navigation fondés ou non sur les pairs.

L'implication significative des personnes vivant avec le VIH ou le VHC par des programmes de navigation peut prendre diverses formes

Pour certains programmes, comme les « Services de pairs navigateurs » de Positive Living BC, l'implication significative de personnes vivant avec le VIH en tant que paires a nécessité, entre autres, d'accorder au programme un local distinct dans l'hôpital. Grâce à l'aménagement d'un bureau dans la clinique, les pairs ont pu impliquer les clients plus efficacement dans le programme; et l'utilité de leur intervention en tant que fournisseurs de soins a été démontrée concrètement. Les programmes de navigation doivent tenir compte des vies et des réalités des pairs impliqués et collaborer à déterminer avec eux ce qu'est une implication significative.

La rémunération des pairs varie selon le contexte

La plupart des programmes de mentorat et d'aide à la navigation par les pairs présentés lors du colloque rémunèrent les pairs pour leur travail, mais quelques-uns ne le font pas. Les programmes ayant recours aux pairs sur une base plus soutenue (plutôt que comme animateurs d'une série d'ateliers occasionnels) rémunèrent ces individus pour leur travail et leur formation, et les considèrent comme des employés rémunérés ou contractuels.

Il est important d'envisager la possibilité de rémunérer financièrement les pairs pour leur implication dans des programmes de navigation. Une discussion avec les pairs déjà impliqués dans le programme pourrait aider à déterminer la meilleure approche.

Il est important d'examiner les coûts et avantages possibles de la conception et de la mise en œuvre de programmes de mentorat ou de navigation par les pairs, avant leur mise en œuvre

Les conférenciers et les participants ont discuté des coûts et avantages du développement et de la mise en œuvre de programmes de mentorat et de navigation par les pairs. Les « coûts » incluaient des enjeux qui pourraient ne pas être abordés efficacement, mais qui valent l'effort compte tenu des avantages de ces programmes pour les clients. Par exemple, l'implication active de pairs/clients dans les programmes peut brouiller la démarcation employé/patient — une démarcation qui peut être importante pour la confidentialité du client et le maintien de limites professionnelles. De plus, l'embauche de pairs peut soulever des enjeux de pouvoir/contrôle entre des pairs et d'autres employés. Toutefois, avec de la patience et une formation adéquate des employés et des pairs, ce coût peut être atténué.

Une formation adéquate et un soutien continu aux pairs sont également très importants pour gérer la confusion concernant le rôle des pairs dans l'organisme/clinique, en particulier s'ils sont des clients/patients actuels ou antérieurs de l'organisme/clinique.

L'attribution d'un local (p. ex., un bureau) aux pairs peut priver l'organisme ou la clinique d'un espace précieux pour d'autres services. La rémunération des pairs, une composante importante de plusieurs programmes, mobilise évidemment des ressources financières limitées — une autre considération de taille.

Les avantages des programmes de mentorat et de navigation par les pairs semblaient clairs pour les conférenciers et les participants. Lorsque leur mise en œuvre est réussie, ces programmes rehaussent les soins centrés sur le patient et améliorent l'éducation et l'autogestion des clients. Les pairs navigateurs apportent une expérience vécue à la clinique et peuvent faciliter aux clients l'accès aux ressources communautaires. Fait important, ces programmes peuvent aussi réduire l'écart entre le dépistage, les traitements, les soins et le soutien — un objectif du virage vers des services plus intégrés.

Séance simultanée 4 : Infirmiers, infirmières et autres fournisseurs de soins de santé et mentorat

Vu l'évolution rapide de notre système de soins de santé et la demande de nouvelles connaissances en matière de santé, les infirmiers, infirmières et autres professionnels de la santé sont constamment au défi de se tenir au courant des nouveautés pertinentes à leur profession. Cette séance a porté sur des initiatives d'éducation et de mentorat qui contribuent au renforcement de l'expertise professionnelle et à la prestation des meilleurs soins possible aux patients. Elle était co-animée par l'ACIIS (Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie), l'ACIH (Association canadienne des infirmières d'hépatologie) et CATIE.

Défis liés à l'implication d'infirmiers/infirmières et d'autres fournisseurs de soins de santé dans l'éducation

Bien que l'éducation soit cruciale à fournir les meilleurs soins possible aux patients, l'implication de fournisseurs de soins de santé déjà surchargés, dans de telles initiatives, peut être un défi. Nous devons modifier la façon dont l'éducation est perçue – d'une « bonne chose à avoir », en plus d'une charge de travail complète, vers un élément « indispensable » pour fournir

des soins de qualité. Il est également difficile de financer la formation continue des fournisseurs de soins de santé, en particulier dans un contexte de ressources limitées.

La diversité des spécialités et des milieux de soins peut faire obstacle à l'éducation

Les patients affectés par le VIH et le VHC entrent dans le système de soins de santé et en sortent et ont des besoins plus généraux, quoique souvent similaires. La séparation entre les soins aigus/hospitaliers, les soins de santé primaires/communautaires, la santé publique et les soins de longue durée peut constituer un obstacle à la prestation des meilleurs soins possible. Il est important d'identifier ou d'établir des liens entre ces domaines. Par ailleurs, les infirmières spécialistes du VIH pourraient bénéficier d'une éducation sur le VHC, et les infirmières en hépatologie, d'une éducation sur le VIH.

Il est important d'accroître la conscientisation et l'appui aux occasions d'éducation

Une meilleure connaissance des occasions de mentorat et d'éducation est nécessaire afin d'appuyer l'implication dans les programmes de formation et d'éducation, dans toutes les disciplines. Une stratégie pour y arriver est d'adopter une approche d'équipe interdisciplinaire qui inclut des spécialistes du VIH et du VHC.

Séance simultanée 5 : L'intégration du VIH et du VHC dans nos organismes de santé communautaire de lutte contre le sida

Reconnaissant que l'intégration de services pour l'hépatite C dans les organismes de santé communautaire et centrés sur le VIH implique un processus qui peut être long et complexe, cette séance a examiné la pertinence et la faisabilité de cette transition vers une approche intégrée ainsi que les obstacles possibles, dans la perspective des besoins de santé des utilisateurs de services. Les résultats préliminaires du projet du CCSAT pour développer un *Manuel de bonnes pratiques pour l'intégration du VIH et du VHC* ont été présentés, pour orienter les discussions, et les organismes impliqués directement dans des efforts d'intégration ont ajouté leurs commentaires.

L'histoire du VIH qui a conduit à la création du « secteur des organismes de lutte contre le sida » diffère grandement de celle du VHC

Le secteur général des organismes de lutte contre le sida, qui livre des services spécifiques au VIH et de plus en plus de services liés au VHC, a émergé d'un contexte historique très particulier. Au début de l'épidémie du VIH, des services dédiés étaient importants et requis de toute urgence, étant donné la nature dévastatrice de la maladie, la stigmatisation qui l'entourait et la réponse lacunaire du système de soins de santé existant. Toutefois, vu les pressions que subit le système de soins de santé et la nature différente de l'hépatite C, il existe très peu d'appui à l'établissement d'un système distinct de réponse au VHC dans l'ensemble du continuum de la prévention et des soins. Cette séance a envisagé l'idée selon laquelle ce modèle spécifique à la maladie ne gagnera pas d'appuis. Nous devrions plutôt envisager des manières d'intégrer plus efficacement les services liés au VHC dans les structures existantes de prestation de soins de santé.

L'intégration des programmes en matière de VIH et de VHC est amorcée, dans les organismes communautaires, mais l'implication dans le développement des partenariats nécessaires et la collaboration demeurent un défi pour certains

Plusieurs organismes communautaires et organismes de lutte contre le sida font déjà un travail axé sur le VIH et le VHC, principalement auprès de personnes qui consomment des drogues. Toutefois, rares sont ceux qui ont développé des mesures concrètes de soutien à l'intégration du VHC dans leur travail, comme des modifications constitutionnelles, un mandat ou une mission explicite, ou des énoncés de position spécifiques. Pour ceux qui ont procédé à l'intégration, le fait que le VIH et le VHC affectent des populations similaires a rendu la transition relativement facile. Le maintien d'une approche explicite de réduction des méfaits, le recours à un modèle de soins complets et le développement de partenariats solides ont aussi été mentionnés comme des éléments qui facilitent l'intégration.

Les obstacles à l'intégration incluent le travail auprès de certaines populations susceptibles de se préoccuper d'une maladie plus que de l'autre (p. ex., hommes gais) et la stigmatisation liée au VHC (par association à l'injection de drogue). Par ailleurs, il peut être difficile de développer les partenariats nécessaires à l'intégration efficace des services; l'engagement solide de l'organisme au développement de partenariats est essentiel.

La formation est importante, pour les fournisseurs de soins de santé qui n'ont pas encore de compétences en soins du VHC ou de compétence culturelle pertinente aux personnes qui consomment des drogues

Les participants ont discuté de la nécessité d'améliorer la formation des omnipraticiens et autres fournisseurs de soins de santé qui s'occupent de personnes qui consomment des drogues et qui sont affectées par l'hépatite C. Plusieurs ne connaissent pas les bases de la transmission du VHC et peuvent être appréhensifs en ce qui concerne le traitement. De plus, la stigmatisation associée à l'usage de drogue peut créer des obstacles à l'accès à des soins de qualité, auxquels la formation des fournisseurs de soins de santé pourrait répondre en partie.

Séance simultanée 6 : Approches pratiques des services de santé intégrés pour les communautés autochtones

Cette séance codirigée par le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) et CATIE visait à susciter une discussion sur les implications particulières d'une approche intégrée en matière d'ITSS pour les organismes et cliniques qui fournissent des services à des communautés autochtones, au Canada. Nous avons examiné en quoi consistent des modèles intégrés et appropriés à la culture et avons établi des connexions nationales entre des services autochtones qui s'efforcent de répondre aux besoins particuliers de leurs communautés.

L'utilisation du terme « intégration » pourrait ne pas être appropriée à certaines communautés, mais le concept demeure utile

Dans cette séance, il a été signalé que le terme « intégration » pourrait avoir une connotation négative pour certaines communautés autochtones, vu la longue histoire de la colonisation et les tentatives du Gouvernement du Canada d'« intégrer » les communautés autochtones dans la culture générale. Toutefois, des approches plus « intégrées » ou « holistiques » sont utiles. Le

RCAS a commencé à utiliser le terme anglais « *wholistic* » (amalgamant « *whole* » [complet] et « *holistic* » [holistique]) pour reconnaître que les approches intégrées consistent à soutenir la personne dans sa globalité et à atteindre l'équilibre de l'esprit, du corps et de l'âme, dans la communauté.

Des services intégrés et appropriés à la culture doivent prendre plusieurs formes

Des services de santé intégrés à l'intention des communautés autochtones devraient englober un large éventail d'enjeux de santé, outre le VIH et le VHC — y compris (sans s'y limiter) le diabète, la sécurité alimentaire, l'ostéoporose, les dépendances, la santé mentale, les services de soins à domicile et communautaires — selon les besoins de la communauté.

De plus, lorsque nous envisageons les « traditions culturelles » et les « services appropriés à la culture », nous devrions garder à l'esprit que chaque peuple autochtone a une histoire et des traditions qui lui sont propres. La « communauté autochtone » est une population extrêmement diversifiée; tous ses membres ne s'identifient pas nécessairement aux traditions de leur communauté des Premières Nations, Inuit ou Métis. Pour fournir des services compétents, les fournisseurs devraient comprendre que la manière de vivre sa vie et de se connecter à son identité est un choix individuel.

L'expansion de la portée pour vaincre l'isolement géographique est un défi

Les animateurs ont invité les participants à voir au-delà des mesures traditionnelles, pour élargir nos services et vaincre plus efficacement l'isolement géographique dans lequel vivent plusieurs communautés. Cela pourrait nécessiter d'inclure de nouveaux fournisseurs de services et d'autres ressources pour agrandir les équipes qui travaillent déjà dans ces communautés. Certains participants ont fait état de leur recours fructueux à la télésanté et de l'importance de l'éducation — lorsque les gens ne comprennent pas une maladie, ils développent des idées erronées. L'éducation est essentielle pour enrayer la stigmatisation associée au VIH, au VHC et à l'usage de drogue dans toutes les communautés, et en particulier celles qui sont éloignées.

Les limites de juridiction peuvent créer des obstacles à l'intégration

La gestion des soins de santé autochtones, au Canada, soulève parfois d'importants enjeux de compétence qui peuvent faire obstacle à la prestation de services complets et intégrés pour les communautés autochtones. Dans certaines communautés, comme la Première Nation Big River (Saskatchewan), les fournisseurs de services ont développé des programmes qui transcendent ces limites — mais cela est rare.

Pour éliminer ces obstacles, il est important que les communautés collaborent avec les provinces et des organismes nationaux à répondre aux enjeux de santé. Un leadership local et provincial engagé assurera le développement de partenariats efficaces et évitera que la division des champs de compétence ne crée d'obstacles aux services sociaux et de santé, en particulier pour les personnes qui circulent entre leur réserve et l'extérieur.

Séance simultanée 7 : Portrait des services de santé intégrés pour hommes gais

Cette séance a donné lieu à une discussion avec animateur sur les programmes et services existants pour les hommes bispirituels, gais, bisexuels et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, au Canada, y compris en matière de prévention du VIH et de santé de ces hommes dans une perspective plus large.

Il existe un besoin de réseautage et de partage de pratiques exemplaires, entre fournisseurs de services aux hommes gais, bisexuels, queer et HARSAH

Le travail relatif à la santé des hommes gais est réalisé en collaboration avec d'autres initiatives de santé des personnes *queer*, à travers le pays; toutefois, les occasions de réseautage et de partage de pratiques exemplaires entre professionnels sont rares, en particulier parce que les services et les occasions sont souvent compartimentés par province. De plus, certains travailleurs de proximité et organismes ont de la difficulté à répondre aux besoins d'hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes sans être affiliés ou identifiés à la « communauté gaie ». Des pratiques novatrices et prometteuses devraient être identifiées, décrites et partagées, pour répondre aux besoins de ces hommes. Par ailleurs, les fournisseurs de services généraux aux hommes gais pourraient tirer parti de l'expérience d'intervenants plus familiers avec les besoins des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et qui sont de nouveaux arrivants ou immigrants — une population fortement diversifiée et dont les besoins sont complexes.

La nature changeante de la relation des hommes gais avec le VIH entraîne l'émergence de nouveaux enjeux

À mesure qu'évolue la relation au VIH, chez les hommes gais, de nouveaux enjeux émergent et doivent être pris en compte par les fournisseurs de services et les responsables des politiques — par exemple, comment les structures de financement répondent (ou non) aux besoins de santé généraux des hommes gais. Par ailleurs, un manque de sources de financement viables à l'extérieur du secteur du VIH rend difficile le fait de ratisser plus large que la santé sexuelle, dans la compréhension de la santé des hommes gais et la réponse à leurs besoins généraux en la matière.

Séance simultanée 8 : Approches pratiques des services de santé intégrés dans le contexte de la réduction des méfaits

Cette séance a porté sur les implications de l'intégration, pour notre travail de réduction des méfaits. Les participants ont eu l'occasion de s'informer sur l'intégration du VIH, du VHC et des ITSS, de même que sur l'intégration d'autres questions de santé dans les travaux sur le VIH et le VHC, dans le contexte des services et programmes pour les personnes qui consomment des drogues. Ils ont examiné ce que d'autres ont fait pour répondre aux besoins des personnes qui consomment des drogues, dans une approche intégrée; étudié les obstacles rencontrés; et discuté de l'allure que pourrait prendre l'« intégration » en ce qui concerne la réduction des méfaits.

Des services intégrés ne se limitent pas au VIH, au VHC et aux ITSS

Lors de cette séance simultanée, les participants ont discuté du fait que, dans le contexte de la réduction des méfaits, l'« intégration » va au-delà du VIH, du VHC et des ITS. Nos services intégrés doivent aborder d'autres enjeux liés aux soins de santé, comme la pauvreté, la santé mentale, la stigmatisation, le logement et les dépendances. On a discuté des « services globaux »,

par lesquels un plus grand nombre de programmes ou de partenariats intégrés peuvent fournir des services pour des besoins élémentaires comme la nutrition ainsi que la recommandation à des services médicaux.

Dans le travail auprès de personnes qui consomment des drogues, « intégration » veut dire « flexibilité ». Les fournisseurs de services devraient évaluer dans quelle mesure ils peuvent être souples, selon les besoins des clients qui consomment des drogues, et s'ils font tout ce qui est possible pour fournir des services faciles d'accès, sans préjugés et de manières qui conviennent à ces clients.

L'abolition des obstacles à l'accès aux soins de santé est un aspect important de l'intégration

Les obstacles rencontrés par les clients et les stratégies pour résoudre ces facteurs ont été abordés. Il peut être difficile pour les fournisseurs de services et pour les clients de collaborer avec des fournisseurs de soins de santé qui ne veulent pas fournir des soins de santé adéquats à des personnes qui s'injectent des drogues, ou qui ne sont pas habilités à le faire. Des clients qui consomment des drogues peuvent rencontrer de la discrimination dans le milieu des soins de santé et dans des organismes communautaires — ce qui peut créer un important obstacle à l'accès aux services. Les stratégies pour répondre aux obstacles à l'accès incluent le développement de partenariats entre plusieurs organismes et secteurs (clinique/organisme communautaire/unité de santé publique) et la prestation de services mobiles, y compris le travail de proximité sur le terrain.

La prestation de services de santé intégrés en milieu rural nécessite des approches sur mesure

Les participants à cette séance ont discuté des défis et des éléments facilitateurs de la prestation de services de santé intégrés dans le contexte de la réduction des méfaits, dans des milieux ruraux et sous-financés. Ils ont convenu que, pour une prestation de services optimale, plusieurs services devraient être sortis du cabinet ou de la clinique et déplacés vers les lieux que les clients fréquentent. Le travail de proximité et les partenariats sont vitaux.

L'implication des utilisateurs de drogue en tant que fournisseurs de services est cruciale à la réussite des programmes

L'embauche de personnes qui ont une expérience d'usage de drogue (y compris des utilisateurs actuels) est importante à la prestation de programmes fructueux dans toutes les régions, en particulier les régions rurales et éloignées. Même là où l'on craint d'être « étiqueté » comme utilisateur de drogue, on trouve souvent des leaders naturels qui peuvent être embauchés pour joindre ceux qui préfèrent l'anonymat. Il pourrait aussi être utile d'exploiter d'autres points communs entre les communautés et les populations, outre les maladies et les tendances de l'usage de drogue, afin de rassembler des gens pour répondre aux besoins liés à des maladies ou à l'usage de drogue.

Séance simultanée 9 : Les services de santé intégrés pour les femmes et les personnes trans

Cette séance a porté sur les enjeux, les forces et les limites des services de santé intégrés pour les femmes et les personnes trans. La discussion a permis d'identifier des obstacles et des éléments qui facilitent les services.

Contexte politique et juridique de la prestation de services

Des « services intégrés » ne signifient pas nécessairement qu'ils sont « centralisés ». Dans certains cas, des services plus centralisés pourraient ne pas convenir aux femmes et aux personnes trans. Par exemple, les femmes et les personnes trans impliquées dans le commerce du sexe pourraient vouloir accéder à des services de santé et à d'autres services par le biais d'une clinique ou d'un organisme spécialisé qui fait plus de place à des services anonymes et où les dossiers ne seront pas partagés ou faciles d'accès. Cet exemple souligne l'importance de prendre en considération le contexte politique et juridique plus large qui façonne les expériences des femmes et des personnes trans. Ce contexte juridique général doit être abordé activement dans la conception et la prestation de services.

Les femmes et les personnes trans rencontrent des obstacles dans l'accès aux services

Les femmes et les personnes trans rencontrent de nombreux obstacles dans l'accès aux services, comme le manque de ressources pour le transport, le manque de temps ou leurs responsabilités familiales. Les autres obstacles incluent des problèmes inhérents aux services, comme le manque d'inclusion des femmes trans dans les services pour les femmes, ou la préséance de la santé génésique sur d'autres aspects de la santé.

Dans les discussions sur les services de santé intégrés, comme pour tout autre type de service, il est important de tenir compte de ces obstacles et d'y répondre (par exemple, par des services de garde d'enfants, du soutien financier au transport, etc.).

La violence réelle ou potentielle affecte l'implication et la rétention dans les services

Il est important de porter une attention particulière à l'impact potentiel ou réel de la violence dans la vie des femmes et des personnes trans, et sur leur accès aux services. La violence ou la crainte de violence pourrait affecter la capacité des femmes et des personnes trans de « donner suite » aux services (p. ex., elles pourraient éviter de prendre des médicaments par crainte que quelqu'un les découvre). Une approche pourrait être de concevoir des programmes qui collaborent avec les partenaires et la famille au développement de services pour les femmes et les personnes trans, notamment en faisant en sorte que les hommes qui ont des rapports sexuels avec des femmes soient considérés comme des partenaires actifs des programmes de santé sexuelle et génésique.

L'éducation au sens large

Puisque de nombreuses femmes et personnes trans continuent de rencontrer de la discrimination, des préjugés ou des idées erronées dans les soins de santé, les fournisseurs devraient recevoir une formation plus approfondie, qu'ils soient novices ou expérimentés.

Les participants ont aussi recommandé une meilleure éducation de la population générale, notamment dans les écoles, et des représentations plus nuancées des personnes vivant avec le VIH et/ou l'hépatite C dans les médias. En rehaussant la sensibilisation, on atténuera la stigmatisation et on facilitera un tant soit peu l'accès aux services.

Enfin, on observe un besoin d'information supplémentaire et ciblée, à l'intention des femmes et des personnes trans. Les ressources devraient s'inspirer d'approches plus traditionnelles (dépliants, par exemple) et des nouvelles technologies de communications, notamment les médias sociaux.

Séance simultanée 10 : Faire avancer la recherche axée sur l'intervention au Canada

Cette séance a été organisée avec l'appui de l'Agence de la santé publique du Canada, des Instituts de recherche en santé du Canada, du Centre en recherche sociale des IRSC pour la prévention du VIH, du Centre REACH des IRSC et de l'Aboriginal HIV & AIDS Community-Based Research Collaborative Centre. On a examiné des moyens de faire avancer concrètement la recherche interventionnelle, au Canada, de manière à soutenir des approches intégrées de la prévention, du dépistage, du traitement, des soins et du soutien.

Nous comprenons nos épidémies et nos communautés de multiples façons, mais la transposition de ces connaissances dans des programmes améliorés est un défi

Il est crucial de comprendre ce qui fonctionne dans nos approches à la prévention, au dépistage, au traitement, aux soins et au soutien en matière d'ITSS, pour fournir les meilleurs soins possible aux clients. Il existe plusieurs interventions et programmes comportementaux et biomédicaux — mais dans un contexte de ressources limitées, il faut faire des choix quant aux programmes à réaliser. Pour ce faire, nous avons besoin de plus d'information sur ce qui fonctionne, pour qui, dans quelles circonstances et pourquoi.

Une des raisons de la lenteur et de l'incertitude de la transposition de la recherche dans la pratique est probablement le point de mire de la science sur des modèles explicatifs et des concepts d'efficacité, plutôt que sur des approches plus pragmatiques. La recherche interventionnelle et, à plus grande échelle, la science programmatique peuvent aider à combler ce fossé.

Nous devrions envisager la « science programmatique » — la recherche intégrée dans les programmes

Au lieu de concevoir la « recherche interventionnelle » comme un ensemble de projets de recherche distincts, il est utile d'envisager plus généralement la « science programmatique », qui englobe le processus complet de connexion entre la recherche et la réponse de première ligne. En science programmatique, le processus de recherche peut différer considérablement des approches de recherche traditionnelles comme les essais cliniques. Des planificateurs de programmes, des intervenants de première ligne, des membres de la communauté et des chercheurs collaborent à établir les priorités de la recherche, à développer des interventions et à interpréter les résultats. Le processus de recherche est itératif; les résultats préliminaires servent de fondement à l'amélioration des interventions. Les questions de recherche abordent des enjeux liés à la mise en œuvre, au contexte et à l'adaptabilité, en plus d'éléments plus traditionnels liés aux résultats.

Les co-organisateur de cette séance sont des leaders de la recherche sur le VIH à l'échelle nationale; ils collaborent à l'avancement de la recherche interventionnelle et de la science programmatique au Canada.

Collaborer dès le début avec la communauté, les intervenants de première ligne et les responsables des politiques

En recherche interventionnelle et en science programmatique, il est important d'impliquer à part entière les partenaires communautaires dès le début. On observe un intérêt pour la recherche d'interventions alimentées par les besoins de première ligne et sensibles au contexte communautaire, y compris aux déterminants sociaux de la santé. L'implication de tous les dépositaires d'enjeux est très importante, tout au long du processus, y compris l'établissement des priorités, la conception/mise en œuvre de l'intervention et l'interprétation des résultats de la recherche. Cela contribuera à faire en sorte que les interventions soient pertinentes et adaptables et que le système ait la capacité de soutenir le travail une fois la recherche terminée.

La viabilité, la transférabilité et la mise à l'échelle des programmes par la science programmatique

Il est très important que les recherches que nous réalisons considèrent la viabilité à long terme des interventions. Les priorités et la conception de la recherche doivent tenir compte de la capacité du système de soutenir les interventions à long terme. Elles doivent aussi envisager les questions relatives à l'adaptation des interventions à d'autres régions ou contextes communautaires ainsi que la possibilité de mise à l'échelle des interventions. Il est arrivé que l'on finance des recherches sur des interventions liées au VIH qui n'étaient pas viables et/ou dont la mise à l'échelle aurait été trop coûteuse.

Les modèles de financement doivent envisager des mesures d'intégration

Dans le paysage actuel du financement au Canada, les fonds pour la recherche et ceux pour les programmes viennent de sources différentes. En général, le financement de la recherche ne couvre pas les coûts liés aux programmes (ou encore, il ne le fait que pour la période d'évaluation du programme, après quoi la continuité des fonds devient problématique) et le financement des programmes ne couvre pas les coûts liés à la recherche. De plus, cette séparation entre le financement des programmes et de la recherche implique que les priorités des programmes ne coïncident pas nécessairement avec celles de la recherche, ce qui crée une frontière entre les types de programmes qui sont « financables » et les objets de la recherche. Ces enjeux rendent difficile l'application de la science programmatique, dans le contexte canadien.

Évaluation du Colloque de CATIE

Les webinaires du Colloque de CATIE et le programme de l'événement ont été évalués afin de savoir si leurs objectifs avaient été atteints. CATIE procède à des évaluations comme celles-ci pour tirer des leçons qui éclaireront ses orientations afin de concevoir et de mettre en œuvre des activités d'échange de connaissances sur des thèmes pertinents à l'« intégration ».

Les évaluations étaient conçues pour apporter des réponses à trois questions, d'après le cadre évaluatif de CATIE :

1. L'événement était-il *bien organisé* et/ou *accessible*?

2. L'événement était-il *pertinent* pour les participants?
3. L'événement a-t-il été *efficace* pour l'échange de connaissances (c.-à-d. que les participants ont fait état d'une augmentation de leurs connaissances et de leur capacité à les utiliser, en raison de l'événement).

Méthodologie pour l'évaluation

Évaluation des webinaires préalables au colloque

Un formulaire d'évaluation a été développé, dans SurveyMonkey, et communiqué aux participants aux webinaires (voir l'Annexe 3). Des descriptifs de fréquence ont été produits afin de résumer les résultats pour les webinaires. De plus, un « test t » pour données appariées a été réalisé afin d'examiner les variations des déclarations des répondants en ce qui concerne leurs connaissances.

Évaluation du colloque proprement dit

Un formulaire d'évaluation (voir l'Annexe 4) à remplir à la fin de l'événement a été distribué aux participants. Les employés de CATIE ont recueilli les formulaires remplis. Des descriptifs de fréquence ont été produits afin de résumer les résultats pour l'événement.

Résultats de l'évaluation

Résultats de l'évaluation des webinaires

On a analysé 146 formulaires d'évaluation remplis. Au total, 463 sites ont participé à des webinaires. Le taux de réponse est donc de 32 % (les formulaires d'évaluation avaient été envoyés par courriel à ceux qui s'étaient connectés aux webinaires).

D'après les réponses au questionnaire, les webinaires ont joint les divers publics visés :

- 29 % des participants étaient d'un organisme de lutte contre le sida.
- 12 % des participants étaient d'un centre de santé communautaire.
- 6 % étaient d'un « autre » organisme communautaire.
- 21 % des participants étaient d'une unité de santé publique/clinique de santé sexuelle.
- 14 % des participants étaient d'un organisme gouvernemental.
- 1 % des participants étaient d'une clinique ou d'un hôpital.
- 2 % des participants étaient des services correctionnels.
- 5 % des participants étaient d'une université ou d'un établissement scolaire.
- 9 % des participants étaient d'un « autre » type d'organisme.
- 1 % des participants n'étaient pas affiliés à un organisme.

Les webinaires étaient-ils accessibles?

D'après les réponses au questionnaire, la technologie des webinaires était facile à utiliser et elle favorisait l'apprentissage :

- 92 % étaient d'accord ou tout à fait d'accord avec l'énoncé que la technologie était facile

à utiliser.

- 91 % étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que le webinaire avait favorisé l'apprentissage.
- 92 % étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire qu'ils avaient aimé la formule du webinaire.

Les webinaires étaient-ils pertinents pour les participants?

Les webinaires étaient très pertinents pour les intervenants de première ligne :

- 96 % étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que le webinaire correspondait à leurs besoins.
- 96 % étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que le contenu du webinaire était pertinent pour eux et pour leur travail.
- 91 % étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire qu'ils recommanderaient le webinaire à leurs collègues/amis.
- 86 % étaient satisfaits ou très satisfaits de l'événement.
- 86 % ont répondu que le webinaire avait été utile ou très utile pour le travail qu'ils effectuent.

Les webinaires ont-ils été efficaces pour l'échange de connaissances?

Les webinaires ont été efficaces pour accroître les connaissances et la sensibilisation concernant la nature du VIH/sida et d'autres infections :

- 80 % étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que les webinaires avaient contribué à accroître leurs connaissances sur le VIH et/ou l'hépatite C.
- En moyenne, les répondants ont évalué leur niveau de connaissance du VIH et/ou de l'hépatite C, avant les webinaires, à 7,0 (sur une échelle de 10). Cela a augmenté à 7,6 (en moyenne) après les webinaires ($P > 0,01$). Une augmentation des connaissances, sur cette échelle, a été signalée par 51 % des répondants.

Les webinaires ont été très efficaces pour accroître la capacité des individus et des organismes à appliquer leurs connaissances et à répondre au VIH et/ou à l'hépatite C :

- 91 % étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire qu'ils allaient utiliser/appliquer dans leur travail ou dans leur vie les connaissances acquises lors des webinaires.
- 82 % étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que les webinaires avaient contribué à rehausser leur capacité à répondre au VIH et/ou à l'hépatite C au sein de leur communauté ou dans leur vie personnelle.

Thèmes principaux concernant l'échange de connaissances

Les participants aux webinaires étaient invités à répondre à une série de questions qualitatives. En ce qui concerne les façons par lesquelles ils prévoyaient utiliser l'information acquise lors des webinaires, deux principaux thèmes ont émergé : 1) partager des connaissances avec d'autres personnes, y compris clients, professionnels de la santé et praticiens; et 2) développer et adapter des ressources.

En ce qui a trait au principal avantage des webinaires pour les participants ou leurs organismes, les principaux thèmes qui se dégagent des réponses ont été : 1) information sur les plus récentes recherches et pratiques exemplaires; 2) accroissement du degré de capacité/aisance en lien avec le sujet; 3) aspect pratique de la formule des webinaires.

Résultats de l'évaluation du colloque

On a analysé 123 formulaires d'évaluation remplis. Sans compter les 33 employés de CATIE qui y ont assisté, 243 personnes ont participé au Forum de CATIE. Le taux de réponse est donc de 51 %. (On avait demandé aux employés de CATIE de ne pas remplir de formulaire d'évaluation.)

D'après les réponses au questionnaire, les participants au colloque étaient représentatifs de la diversité des publics visés :

- 31 % des participants étaient d'un organisme de lutte contre le sida.
- 10 % des participants étaient d'un centre de santé communautaire.
- 11 % étaient d'un « autre » organisme communautaire.
- 18 % des participants étaient d'une unité de santé publique/clinique de santé sexuelle.
- 3 % des participants étaient d'un organisme gouvernemental.
- 5 % des participants étaient d'une clinique ou d'un hôpital.
- 3 % des participants étaient des services correctionnels.
- 6 % des participants étaient d'une université ou d'un établissement scolaire.
- 12 % des participants étaient d'un « autre » type d'organisme.
- 1 % des participants n'étaient pas affiliés à un organisme.

Le colloque était-il bien organisé?

Le colloque était extrêmement bien organisé :

- 100 % étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que le colloque était bien organisé.

Le colloque était-il pertinent pour les participants?

Dans l'ensemble, le colloque était très pertinent pour les participants :

- 98 % étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que le colloque correspondait à leurs besoins.
- 97 % étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que le colloque était pertinent pour leur travail de leur organisme.
- 86 % ont répondu que le colloque avait été utile ou très utile pour le travail qu'ils effectuent.
- 86 % étaient satisfaits ou très satisfaits de l'événement.
- 98 % étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire qu'ils recommanderaient à CATIE de continuer de présenter ce type d'événement.

Les séances ont été évaluées également. Les participants les ont toutes trouvées utiles :

- 85 % ont trouvé que la séance intitulée « Préparer le terrain – points de vue sur l’intégration (séance plénière d’ouverture) » avait été utile ou très utile pour le travail qu’ils effectuent.
- 90 % ont trouvé que la séance intitulée « Services communautaires intégrés : Concevoir des programmes pour répondre de façon holistique aux besoins des clients » avait été utile ou très utile pour le travail qu’ils effectuent.
- 88 % ont trouvé que la séance intitulée « Systèmes de santé intégrés : Concevoir des systèmes pour répondre de façon holistique aux besoins des clients » avait été utile ou très utile pour le travail qu’ils effectuent.
- 95 % ont trouvé que la séance intitulée « Intégrer les nouvelles connaissances : faire connaître le risque sexuel aux personnes vivant avec le VIH et aux personnes à risque » avait été utile ou très utile pour le travail qu’ils effectuent.
- 91 % ont trouvé que l’atelier intitulé « Intégrer la prévention, le dépistage et les soins : joindre les personnes qui ne connaissent pas leur statut » avait été utile ou très utile pour le travail qu’ils effectuent.
- 92 % ont trouvé que l’atelier intitulé « Intégration : accroître la participation et l’arrimage aux soins des personnes vivant avec le VIH ou le VHC » avait été utile ou très utile pour le travail qu’ils effectuent.
- 94 % ont trouvé que les séances simultanées du jour 1 (18 sept. 2013) avaient été utiles ou très utiles pour le travail qu’ils effectuent :
 - Communiquer le risque associé aux rapports sexuels aux personnes vivant avec le VIH ou à risque
 - Stratégies relatives au dépistage du VIH, des ITS et de l’hépatite C et à la notification des partenaires
 - Mentorat par les pairs pour naviguer le système de santé
 - Infirmiers, infirmières et autres fournisseurs de soins de santé et mentorat
 - Intégration du VIH et du VHC dans nos organismes de santé communautaire de lutte contre le sida
- 90 % ont trouvé que la séance intitulée « Intégration du VIH, du VHC et des ITSS : Données probantes et pratique » avait été utile ou très utile pour le travail qu’ils effectuent.
- 94 % ont trouvé que la séance intitulée « Intégration du VIH, du VHC, des ITSS et des autres facteurs de santé : exemples tirés de la pratique » avait été utile ou très utile pour le travail qu’ils effectuent.
- 92 % ont trouvé que les séances simultanées du jour 2 (19 sept. 2013) avaient été utiles ou très utiles pour le travail qu’ils effectuent :
 - Portraits des services de santé intégrés pour hommes gais, bisexuels et hommes ayant des relations sexuelles avec d’autres hommes
 - Les services de santé intégrés pour les femmes et les personnes trans : Défis et opportunités
 - Approches pratiques des services de santé intégrés pour les communautés autochtones
 - Approches pratiques des services de santé intégrés dans le contexte de la réduction des méfaits
 - Faire avancer la recherche axée sur l’intervention au Canada

Le colloque a-t-il été efficace pour l’échange de connaissances?

Le colloque a été efficace pour accroître les connaissances et pour créer des réseaux :

- 92 % étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que le colloque avait contribué à accroître leur connaissance des nouvelles orientations concernant les programmes en matière de VIH et/ou de VHC.
- 98 % étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que le colloque leur avait offert la possibilité de réseauter avec d'autres personnes.

Le colloque a été très efficace pour accroître la capacité des individus et des organismes à appliquer leurs connaissances et à répondre au VIH et/ou à l'hépatite C :

- 97 % étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire qu'ils allaient utiliser/appliquer dans leur travail ou dans leur vie les connaissances acquises lors du colloque.
- 92 % étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que le colloque avait contribué à rehausser leur capacité à répondre au VIH et/ou à l'hépatite C au sein de leur communauté.

Thèmes principaux concernant l'échange de connaissances

Les participants au colloque étaient invités à répondre à une série de questions qualitatives. Ils ont signalé plusieurs façons par lesquelles le colloque pourrait contribuer à éclairer leur travail. Voici les principaux thèmes qui ont émergé : 1) nouvelles idées pour les programmes/améliorations à des programmes existants; 2) nouvelles connaissances à partager avec d'autres personnes, y compris clients, professionnels de la santé et praticiens; 3) l'intégration et ce qu'elle signifie pour eux ou pour leur organisme (connaissances, exemples concrets); 4) réseautage; et 5) idées de partenariats.

Les participants au colloque ont également indiqué plusieurs façons par lesquelles le colloque avait été utile. Plusieurs thèmes principaux ont émergé : 1) variété, diversité et qualité des conférenciers; 2) présentation d'une diversité de modèles et d'approches pour la prestation de services, aux quatre coins du pays; 3) réseautage; et 4) accroissement des connaissances sur les programmes et l'intégration.

En outre, les participants ont suggéré quelques éléments qui auraient contribué à améliorer le colloque. Les principaux thèmes incluaient : 1) plus de temps ou moins de conférenciers; 2) plus de présentations par des pairs; 3) inclure des présentations par affiches.

Références

1. Cohen J. Breakthrough of the year. HIV treatment as prevention. *Science*. 2011 Dec 23; 334(6063):1628.
2. Siegfried N, Uthman OA, Rutherford GW. Optimal time for initiation of antiretroviral therapy in asymptomatic, HIV-infected, treatment-naïve adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; (3):CD008272.
3. Fidler S, Porter K, Ewings F, Frater J, Ramjee G, Cooper D, et al. Short-course antiretroviral therapy in primary HIV infection. *N Engl J Med*. 2013 Jan 17; 368(3):207–17.

4. Government of Canada PHAC. HIV/AIDS Epi Updates — July 2010 — Public Health Agency of Canada [Internet]. [cited 2011 May 12]. Available from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/2010/2-eng.php>
5. Brenner BG, Roger M, Routy J-P, Moisi D, Ntemgwa M, Matte C, et al. High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 infection. *J Infect Dis.* 2007 Apr 1; 195(7):951–9.
6. Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Janssen RS. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2005 Aug 1; 39(4):446–53.
7. Miller WC, Rosenberg NE, Rutstein SE, Powers KA. Role of acute and early HIV infection in the sexual transmission of HIV. *Current Opinion in HIV and AIDS.* 2010 Jul; 5(4):277–82.
8. 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. *Clinical Infectious Diseases.* 2010 Jun; 50(11):1512–20.
9. 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 Feb; 23(2):93–9.
10. Zetola NM, Pilcher CD. Diagnosis and Management of Acute HIV Infection. *Infectious Disease Clinics of North America.* 2007 Mar; 21(1):19–48.
11. Lewis NM, Gahagan JC, Stein C. Preferences for rapid point-of-care HIV testing in Nova Scotia, Canada. *Sex Health.* 2013 Feb 1;10(2):124-132.
12. Schwandt M, Nicolle E., Dunn S. Preferences for Rapid Point-of-Care HIV Testing in Primary Care. *J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic).* 2012 Jun; 11 (3):157–63.
13. 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 Mar; 22 (3):195–204.
14. Ward H, Rönn M. Contribution of sexually transmitted infections to the sexual transmission of HIV. *Curr Opin HIV AIDS.* 2010 Jul; 5(4):305–10.
15. Grosskurth H, Mosha F, Todd J, Mwijarubi E, Klokke A, Senkoro K, et al. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial. *Lancet.* 1995 Aug 26;346(8974):530–6.
16. Kalichman SC, Pellowski J, Turner C. Prevalence of sexually transmitted co-infections in people living with HIV/AIDS: systematic review with implications for using HIV treatments for prevention. *Sex Transm Infect.* 2011 Apr; 87(3):183–90.

17. Wilton J. Certainly Uncertain: Challenges in communicating HIV risk. *Prevention in Focus* [Internet]. 2012;(6). Available from: <http://www.catie.ca/en/pif/summer-2012/certainly-uncertain-challenges-communicating-hiv-risk>
18. Powers KA, Poole C, Pettifor AE, Cohen MS. Rethinking the heterosexual infectivity of HIV-1: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2008 Sep; 8(9):553–63.
19. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, et al. Pre-exposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. *N Engl J Med* [Internet]. 2010 Nov 23 [cited 2010 Dec. 13]; (Epub ahead of print). Available from: <http://www.nejm.org.myaccess.library.utoronto.ca/doi/full/10.1056/NEJMoa1011205>
20. Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, Srivastava PU, Marcus R, Abiteboul D, et al. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. *The New Engl J Med*.1997 ;337(21):1485.
21. Baeten JM, Donnell D, Ndase P, Mugo NR, Campbell JD, Wangisi J, et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. *New Engl J Med*. 2012 Aug 2;367(5):399–410.
22. Leonardi M, Lee E, Tan DHS. Awareness of, usage of and willingness to use HIV pre-exposure prophylaxis among men in downtown Toronto, Canada. *Int J STD AIDS*. 2011 Dec;22(12):738–41.
23. Hosein S. What to expect over the next two years in HCV drug development. *Treatment Update* [Internet]. 2013 Aug [cited 2013 Oct 28];198. Available from: <http://www.catie.ca/en/treatmentupdate/treatmentupdate-198/hepatitis-c-virus/what-expect-over-next-two-years-hcv-drug-devel>
24. Church K, Lewin S. Delivering integrated HIV services: time for a client-centred approach to meet the sexual and reproductive health needs of people living with HIV? *AIDS*. 2010 Jan 16;24(2):189–93.
25. Veinot TC. The Case for an Integrated Approach to HIV/AIDS Prevention. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*. 2006;5(3-4):181–99.
26. Mykhalovskiy E, Patten S, Sanders C, Bailey M, Taylor D. Conceptualizing the integration of HIV treatment and prevention: findings from a process evaluation of a community-based, national capacity-building intervention. *Int J Public Health*. 2009;54(3):133–41.
27. Integrated prevention services for HIV infection, viral hepatitis, sexually transmitted diseases, and tuberculosis for persons who use drugs illicitly: summary guidance from CDC and the U.S. Department of Health and Human Services. *MMWR Recomm Rep*. 2012 Nov 9;61(RR-5):1–40.
28. Schim van der Loeff MF, Giuliano AR. Human papillomavirus vaccination: component of an integrated HIV prevention program? *AIDS*. 2012 Nov 13;26(17):2251–2.

29. Kieran J, Dillon A, Farrell G, Jackson A, Norris S, Mulcahy F, et al. High uptake of hepatitis C virus treatment in HIV/hepatitis C virus co-infected patients attending an integrated HIV/hepatitis C virus clinic. *Int J STD AIDS*. 2011 Oct;22(10):571–6.
30. McNairy ML, Cohen M, El-Sadr WM. Antiretroviral Therapy for Prevention Is a Combination Strategy. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2013 Jan 31;10(2):152-8.
31. McNairy ML, El-Sadr WM. The HIV care continuum: no partial credit given. *AIDS*. 2012 Sep 10;26(14):1735–8.
32. Sepúlveda J. The “Third Wave” Of HIV Prevention: Filling Gaps In Integrated Interventions, Knowledge, And Funding. *Health Aff*. 2012 Jul 1;31(7):1545–52.
33. Schackman BR. Implementation science for the prevention and treatment of HIV/AIDS. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010 Dec;55 Suppl 1:S27–31.
34. Padian NS, Isbell MT, Russell ES, Essex M. The future of HIV prevention. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2012 Aug 1;60 Suppl 2:S22–26.
35. Chang LW, Serwadda D, Quinn TC, Wawer MJ, Gray RH, Reynolds SJ. Combination implementation for HIV prevention: moving from clinical trial evidence to population-level effects. *Lancet Infect Dis*. 2013 Jan;13(1):65–76.
36. Blanchard JF, Aral SO. Program Science: an initiative to improve the planning, implementation and evaluation of HIV/sexually transmitted infection prevention programmes. *Sex Transm Infect*. 2011 Feb;87(1):2–3.
37. Hull MW, Wu Z, Montaner JSG. Optimizing the engagement of care cascade. *Current Opinion in HIV and AIDS*. 2012 Nov;7(6):579–86.
38. Gardner EM, McLees MP, Steiner JF, Del Rio C, Burman WJ. The Spectrum of Engagement in HIV Care and its Relevance to Test-and-Treat Strategies for Prevention of HIV Infection. *Clinical Infectious Diseases*. 2011 Mar 1;52(6):793–800.
39. Vital signs: HIV prevention through care and treatment — United States. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2011 Dec 2;60(47):1618–23.
40. Adam BD. Epistemic fault lines in biomedical and social approaches to HIV prevention. *Journal of the International AIDS Society*. 2011;14(Suppl 2):S2.
41. Kurth AE, Celum C, Baeten JM, Vermund SH, Wasserheit JN. Combination HIV prevention: significance, challenges, and opportunities. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2011 Mar;8(1):62–72.
42. Alsallaq RA, Baeten JM, Celum CL, Hughes JP, Abu-Raddad LJ, Barnabas RV, et al. Understanding the Potential Impact of a Combination HIV Prevention Intervention in a Hyper-Endemic Community. *PLoS ONE*. 2013;8(1):e54575.

Annexe 1 : Comité consultatif du Colloque de CATIE

Nom		Organisme
Stephen	Alexander	Sida Nouveau-Brunswick
Jonathan	Angel	Association canadienne de recherche sur le VIH (ACRV)
James	Blanchard	Université du Manitoba
Chris	Buchner	Vancouver Coastal Health (VCH)
Liviana	Calzavara	Centre des IRSC en recherche sociale pour la prévention du VIH (CRS)
Tara	Carnochan	Nine Circles Community Health Centre
Ken	Clement	Réseau canadien autochtone du sida (RCAS)
Curtis	Cooper	Institut de recherche de l'hôpital d'Ottawa
André	Corriveau	Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
Michelle	Crosby	Association canadienne des infirmières d'hépatologie (ACIH)
Ian	Culbert	Association canadienne de santé publique (ACSP)
LeAnn	Dolan	Groupe de travail canadien sur le VIH et la réinsertion sociale (GTCVRS)
Monique	Doolittle-Romas	Société canadienne du sida (SCS)
Marilou	Gagnon	Université d'Ottawa
Scott	Harrison	Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie (ACIIS)
Evin	Jones	Pacific AIDS Network (PAN)
Rick	Kennedy	Ontario AIDS Network (OAN)
Susan	Kirkland	Atlantic Interdisciplinary Research Network (AIRN)
Akim Ade	Larcher	Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements (CCSAT)
Lisa	Lockie	Gouvernement de la Saskatchewan
Frank	McGee	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
Deborah	Money	Oak Tree Clinic
Julio	Montaner	BC Centre for Excellence in HIV/AIDS (BC-CfE)
Ken	Monteith	COCQ-SIDA
Robin	Montgomery	Coalition interagence sida et développement (CISD)

Tracy	O'Hearn	Pauktuutit
Joanne	Otis	Université du Québec à Montréal (UQAM)
Sean	Rourke	Centre REACH des IRSC sur le VIH/sida
Deb	Schmitz	Action hépatites Canada
Rita	Shahin	Toronto Public Health
Marc	Steben	Institut national de santé publique du Québec
Darryl	Tan	St. Michael's Hospital
Tom	Wong	Agence de la santé publique du Canada (ASPC)



Nouvelle science



Nouvelles orientations
en matière de VIH et de VHC

TORONTO SEPTEMBRE
18 AU 19
2013

HÔTEL EATON CHELSEA
Toronto, ON



www.catie.ca/fr/colloque
#CATIEforum



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

7 h 30 | **Inscription et petit déjeuner**

Foyer Churchill

8 h 30 | **Ouverture du Colloque et mot de bienvenue**



Salle de bal Churchill



Trevor Stratton, RCAS & Mississaugas of the New Credit First Nation
Laurie Edmiston, CATIE

8 h 45 | **Séance plénière d'ouverture :**



Préparer le terrain – points de vue sur l'intégration



Salle de bal Churchill

Lors de cette séance, les conférenciers présenteront aux participants leurs perspectives sur l'intégration des connaissances issues de la recherche dans les programmes ainsi que l'intégration des services, des secteurs et des systèmes. En examinant leurs perspectives personnelles sur la santé publique et la prestation de services, nous apprendrons comment l'intégration peut améliorer l'expérience des clients ainsi que les résultats pour leur santé.

Modérateur : Tim Rogers, CATIE

Conférenciers :

- Tiffany LaDana West, DARE Global Innovations
- Murray Jose-Boerbridge, Toronto People With AIDS Foundation & Gay Men's Sexual Health Alliance

9 h 45 | **Intégrer les services communautaires :**



Concevoir des programmes pour répondre de façon holistique aux besoins des clients



Salle de bal Churchill

Des programmes intégrés de première ligne seront présentés, lesquels soulignent l'importance d'utiliser les connaissances acquises grâce à la nouvelle recherche sur le VIH et le VHC pour élaborer des services novateurs. Nous discuterons également de la façon dont ces programmes ont intégré avec succès le VIH et le VHC et/ou les composantes du continuum de soins.

Modérateur : Ed Jackson, CATIE

Conférenciers :

- Thomas Haig, SPOT

- Julie Kille, Immunodeficiency Clinic, St. Paul's Hospital
- Carla Pintera, Nine Circles Community Health Centre

10 h 30 | **Pause**

Foyer Churchill

10 h 45 | **Intégrer les systèmes de santé :**



Concevoir des systèmes pour répondre de façon holistique aux besoins des clients

Salle de bal Churchill

Les conférenciers présenteront trois approches régionales intégrées différentes, en matière de VIH ou de VHC. Les exposés comprendront une discussion sur les façons dont la recherche éclaire les stratégies, et aborderont les principaux défis et les principales réussites de la mise en œuvre d'une intégration systématique des systèmes de santé.

Modératrice : Laurie Edmiston, CATIE

Conférenciers :

- Chris Buchner, Vancouver Coastal Health
- Samantha Earl, Stratégie de lutte contre l'hépatite C du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
- Lisa Lockie, ministère de la Santé, gouvernement de la Saskatchewan

11 h 30 | **Intégrer les nouvelles connaissances :**



Faire connaître le risque sexuel aux personnes vivant avec le VIH et aux personnes à risque

Salle de bal Churchill

La nouvelle recherche sur la transmission du VIH change la façon dont nous comprenons et communiquons l'information sur les risques relatifs au VIH. Quatre professionnels d'expérience en matière d'analyse et de communication de nouvelles connaissances scientifiques sur la transmission du VIH expliqueront leur procédé pour intégrer l'information nouvelle et pour l'appliquer dans les outils et services d'évaluation du risque sexuel ainsi que dans le counseling.

Modérateur : Len Tooley, CATIE

Conférenciers :

- Ann Burchell, Risk Assessment Tool, OHTN

- Jody Jollimore, Do the Math, Health Initiative for Men
- Mona Loutfy, Communicating risk with serodiscordant couples, Maple Leaf Clinic
- Rahim Thawer, AIDS Committee of Toronto

12 h 30 | **Dîner**

Foyer et salle de bal Churchill

13 h 30 | **Intégrer la prévention, le dépistage et les soins :**



Joindre les personnes qui ne connaissent pas leur statut

Salle de bal Churchill



Environ 25 % des personnes vivant avec le VIH ne connaissent pas leur statut. Inciter cette population à subir des tests de dépistage du VIH et l'arrimer vers d'autres services constitue une priorité dans de nombreuses régions. Lors de cette séance, des travailleurs de première ligne proposeront de nouvelles approches pour joindre les personnes à risque pour le VIH.

Modératrice : Tsitsi Watt, CATIE

Conférenciers :

- Réka Gustafson, Implementing the routine offer of HIV testing in hospitals, Vancouver Coastal Health
- Lorraine Dreaver, Big River First Nation
- Johnmark Opondo, notification des partenaires, Saskatoon Health Region

14 h 15 | **Intégration :**



Accroître la participation et l'arrimage aux soins des personnes vivant avec le VIH ou le VHC

Salle de bal Churchill



Modérateur : Michael Bailey, CATIE

Les aspects de notre pratique en matière de dépistage, de traitement, de soins et de soutien sont souvent fournis séparément les uns des autres (de manière compartimentée). L'intégration de ces éléments nécessite une réflexion sur des moyens d'inciter les individus et les communautés à s'impliquer dans chacun des éléments du service que nous fournissons.

Cette séance examinera certains programmes qui rehaussent les liens entre les éléments du continuum des services et encouragent l'implication des personnes vivant avec le VIH ou le VHC.

Conférenciers :

- Cindy MacIsaac, Direction 180
- Glen Bradford, Peer Navigators, Positive Living BC
- Laurence Mersilian, Pause-Santé, CAPAHC
- Sam Milligan, Maximally Assisted Support Program, Central Interior Native Health Society
- Ivan Martinez Arredondo, STOP HIV/AIDS Outreach Team, Vancouver Coastal Health

15 h | **Pause**

Foyer Churchill

15 h 30 | **Séances simultanées**

Séance simultanée 1 :

Communiquer le risque associé aux rapports sexuels aux personnes vivant avec le VIH ou à risque

An

Carlyle

Cette séance approfondira le contenu de la séance plénière *Faire connaître le risque sexuel* présentée plus tôt la même journée : nous examinerons des scénarios (études de cas), puis les panélistes et les participants feront un remue-méninge collectif sur les façons de communiquer pour clarifier le risque de transmission sexuelle du VIH.

Animateur : Len Tooley, CATIE

Panel :

- Ann Burchell, OHTN
- Jody Jollimore, Health Initiative for Men
- Mona Loutfy, Maple Leaf Clinic
- Rahim Thawer, AIDS Committee of Toronto

Séance simultanée 2 :

An/Fr

Stratégies relatives au dépistage du VIH, des ITS et de l'hépatite C et à la notification des partenaires

Rossetti

[Des employés bilingues de CATIE aideront à l'interprétation.]

Cette séance débutera par quelques « présentations éclair » sur le dépistage du VIH, du VHC et des ITS ainsi que les stratégies de notification des partenaires. L'animatrice invitera ensuite les participants à discuter de moyens pour joindre et impliquer des personnes qui ne connaissent pas leur statut VIH, et d'approches pour susciter l'implication et faciliter l'arrimage — deux éléments importants pour réussir. Cette séance permettra aux participants d'approfondir le contenu de la séance plénière Joindre les personnes qui ne connaissent pas leur statut, présentée plus tôt la même journée.

Animatrice : Tsitsi Watt, CATIE

Conférenciers/panel :

- Lyn Pierre-Pitman, HIV Point-of-Care Testing in Aboriginal Communities, London InterCommunity Health Centre
- Mark Randall, HEAT: Threeway in the Bathhouse, AIDS Calgary
- Claire O'Gorman, Know on the Go, YouthCO HIV & Hep C Society
- Martine Stomp, Dépistage intégré de l'hépatite C, Centre Sanguen
- Bruce Clarke, Partner Notification with InSpot, Toronto Public Health

Panel :

- Réka Gustafson, Vancouver Coastal Health
- Lorette Dreaver, Big River First Nation
- Johnmark Opondo, Saskatoon Health Region

Séance simultanée 3 :

An/Fr

Mentorat par les pairs pour naviguer le système de santé

Salle de bal Churchill

Cette séance débutera par quelques « présentations éclair » sur le mentorat entre pairs, l'aide à la navigation par les pairs et les programmes pour faciliter la navigation dans des systèmes de santé. L'animateur invitera ensuite les participants à discuter de l'implication des personnes vivant avec le VIH ou avec l'hépatite C, dans les traitements, les soins et le soutien, à l'aide de ces types de programmes.

Animateur : Thomas Egdorf, CATIE

Panel :

- Kira Haug, Health Navigator/Health Services, ASK Wellness Centre
- Nicole Bachynski, Peer to Peer Program, Regina Qu'Appelle Health Region
- Maureen Ringlein, Prenatal Group, Teresa Group
- Sylvain Beaudry, Ma vie avec le VIH, ACCM
- Rick Julien, Peer-Facilitated HIV Treatment Decisions, Toronto People With AIDS Foundation
- Danièle Dubuc, Messagers de rue, Cactus Montréal
- Glen Bradford, Peer Navigation Services, Positive Living BC

Séance simultanée 4 :

Infirmiers, infirmières et autres fournisseurs de soins de santé et mentorat

An

Scott

Séance coanimée par CATIE, l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie (ACIIS) et l'Association canadienne des infirmières d'hépatologie (ACIH).

L'évolution rapide de notre système de soins de santé et la demande de nouvelles connaissances en matière de santé sont un défi pour les infirmiers, les infirmières, et autres professionnels de la santé, dans la tâche de se tenir au courant des nouveautés pertinentes à leur profession. Les initiatives d'éducation et de mentorat sont importantes pour renforcer les compétences particulières et pour fournir les meilleurs soins possibles aux patients.

Cette séance débutera par quelques « présentations éclair » concernant des exemples de programmes d'éducation et de mentorat s'adressant aux infirmières, et à d'autres professionnels des soins de santé. Ensuite, une discussion avec animatrice invitera les participants à aborder diverses approches à l'éducation et au mentorat ainsi que les principaux enjeux qui s'y rattachent. Ceux-ci incluent le développement d'une base de référence des connaissances sur le VIH et l'hépatite C, des défis et des réussites dans l'apprentissage multisectoriel, l'implication de personnes vivant avec le VIH et/ou l'hépatite C comme « pairs » dans l'éducation, et les façons dont les fournisseurs de soins pour le VIH et l'hépatite C pourraient apprendre davantage les uns des autres.

Animatrice : Lara Barker, CATIE

Panel :

- Susanne Nasewich, Pacific to Prairies Partnership, Regina Qu'Appelle Health Region
- Michelle Crosby, Association canadienne des infirmières d'hépatologie
- Christina Clarke, HIV Quality Improvement Network, BC-CfE
- Vera Caine, A Critical Look at a Mentorship Model for Health Care Professions, University of Alberta
- Jane McCall, Caring for Clients who are at Risk for and Living with HIV/AIDS : Best Practices, CANAC
- Diane Sylvain & Kathy Tremblay, Programme national de mentorat sur le VIH-sida

Séance simultanée 5 :

An

Intégration du VIH et du VHC dans nos organismes de santé communautaire de lutte contre le sida

Wren

Coanimée par CATIE et le CCSAT

L'intégration de services pour l'hépatite C, dans les organismes de santé communautaire et concentrés jusqu'ici sur le VIH ne survient pas toute seule : elle nécessite un processus qui peut être long et complexe. Lors de cette séance, nous examinerons ce processus et discuterons de la pertinence et de la faisabilité de cette transition vers une approche intégrée ainsi que des obstacles possibles, dans la perspective des besoins de santé des utilisateurs de services. Les résultats préliminaires du projet du CCSAT pour développer un *Manuel de bonnes pratiques pour l'intégration du VIH et du VHC* seront présentés, pour orienter les discussions, et les organismes impliqués concrètement dans ces efforts d'intégration ajouteront leurs commentaires.

Animateurs : Paul Sutton, CCSAT et Ed Jackson, CATIE

17 h | Réception de réseautage

Market Garden Court (premier étage)

DEUXIÈME JOUR : Jeudi 19 septembre 2013

7 h 30 | Inscription et petit déjeuner

Foyer Churchill

9 h | Mot de bienvenue

An/fr



Salle de bal Churchill



Laurie Edmiston, CATIE

9 h 15 | Intégration du VIH, du VHC et des ITSS :

An/fr



Données probantes et la pratique

Salle de bal Churchill



Lors de cette séance, nous examinerons ce que signifie l'intégration du VIH et du VHC dans le contexte des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang ainsi que la raison d'être des services entièrement intégrés. Cette séance traitera également des données probantes existantes sur l'efficacité des pratiques à l'appui de la prestation de services intégrés de même que de leur pertinence dans le contexte canadien.

Modératrice : Laurie Edmiston, CATIE

Conférenciers :

- Dana Paquette, Agence de la santé publique du Canada
- Marc Steben, Institut national de santé publique du Québec
- Gina Ogilvie, Clinical Prevention Services, BC Centre for Disease Control
- Brian Lester, Regional HIV/AIDS Connection

10 h 30 | Pause

Foyer Churchill

10 h 45 | Intégration du VIH, du VHC, des ITSS et des autres facteurs de santé :

An/fr



Exemples tirés de la pratique

Salle de bal Churchill



Cette séance comprendra une série de « présentations éclair » axées sur les programmes de santé sexuelle et de réduction des méfaits qui présentent différentes formes d'intégration, notamment les services liés

au VIH, au VHC et aux ITTS ainsi qu'à d'autres facteurs pour la santé. Ces présentations éclaireront les séances de discussion qui auront lieu plus tard dans la journée.

Modérateur : Ed Jackson, CATIE

Conférenciers : *Programmes intégrés de réduction des méfaits*

- Darwin Fisher, Insite, Portland Hotel Society
- Suzanne Pierlot, Outreach Urban Health, Interior Health
- Michelle Crosby, Positive Wellness North Island : North Island HIV & HCV Services, Vancouver Island Health Authority : Positive Wellness North Island
- Keri McGuire-Trahan, Hepatitis C Triple Therapy Program, AIDS Committee of North Bay and Area
- Lorrie Dodwell, Delivering Culturally Sensitive Care and Support, Ahtahkakoop First Nation Health Centre

Conférenciers : *Programmes intégrés sur la santé sexuelle*

- David Lessard, l'Actuel sur Rue, Clinique médicale l'Actuel
- Pierre-Yves Comtois, Sexposer, Portail VIH/sida du Québec
- Lyne Massie, Pouvoir Partager/Pouvoirs Partagés, UQAM
- Gina McKay, SERC (Sexuality Education Resource Centre)

11 h 45 | Dîner

Foyer et salle de bal Churchill

12 h 45 | Séances simultanées

Séance simultanée 1 :

An

Portrait des services de santé intégrés pour hommes gais, bisexuels et hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

Carlyle

Au Canada, les programmes et services pour les hommes bispérituels, gais, bisexuels et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ont une portée variable, entre l'accent marqué sur la prévention du VIH et la prestation de services qui abordent les besoins de santé de ces hommes dans une perspective plus large. Quels devraient être nos buts, en créant des services intégrés pour ces populations? Comment les valeurs et les

objectifs d'un mouvement centré sur la santé des hommes gais pourraient-ils être présentés et rendus accessibles à de nouvelles personnes dans la communauté?

déclencher une discussion sur l'allure que pourraient prendre ces services. On mettra l'accent en particulier sur les nouveaux arrivants et immigrants qui ont des rapports sexuels avec des hommes, afin de stimuler la réflexion sur la possibilité que des programmes et services destinés à des populations soient adaptés pour des individus qui ont un vécu et des besoins particuliers.

Animateurs : Hywel Tuscano, CATIE et Len Tooley, CATIE

Conférencier : Bill Ryan, Université McGill

Séance simultanée 2 :

An/fr

Les services de santé intégrés pour les femmes et les personnes trans : Défis et opportunités

Wren

[Des employés bilingues de CATIE aideront à l'interprétation.]

Au cours de l'histoire de la pandémie du VIH, les femmes et les personnes trans ont lutté pour revendiquer leurs besoins complexes, et s'assurer que les services y répondent adéquatement. Une approche intégrée aux services de santé soulève plusieurs défis et opportunités en ce qui a trait à la prestation de services pour les femmes et les personnes trans, ainsi que les organismes et institutions qui travaillent auprès d'elles.

Cette séance spéciale débutera avec une série de discours catalyseurs, qui soulèveront des enjeux importants et offriront des exemples concrets de services intégrés pour les femmes et les personnes trans présentement disponibles dans diverses régions canadiennes. Par le biais de conversations en petits groupes, les participants pourront par la suite discuter de ces enjeux et de leurs propres expériences, afin d'élaborer ensemble un portrait réaliste des forces, défis et opportunités offerts par une approche intégrée aux services de santé pour les femmes et les personnes trans.

Animatrices : Sophie Wertheimer, CATIE et Louise Binder, Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida (section Amérique du Nord)

Séance simultanée 3 :

An

Approches pratiques des services de santé intégrés pour les communautés autochtones

Rossetti

Cette séance codirigée par CATIE et le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) a pour objectif de susciter une discussion sur les implications particulières d'une approche intégrée en matière d'ITSS pour les organismes et cliniques qui fournissent des services à des communautés autochtones, au Canada. Nous examinerons en quoi consistent des modèles intégrés qui sont appropriés à la culture et nous aborderons les enjeux et les obstacles de la prestation de services intégrés ainsi que certains moyens pratiques pour surmonter les défis.

Animateurs : Ed Bennett, RCAS & Art Zoccole, RCAS

Séance simultanée 4 :

An



Approches pratiques des services de santé intégrés dans le contexte de la réduction des méfaits

Salle de bal Churchill

Cette séance portera sur les implications de l'intégration, pour notre travail de réduction des méfaits. Les participants auront l'occasion de s'informer sur l'intégration du VIH, du VHC et des ITSS, de même que sur l'intégration d'autres troubles de santé dans nos travaux sur le VIH et le VHC, dans le contexte des services et programmes pour les personnes qui consomment des drogues. Nous examinerons ce que d'autres ont fait pour répondre aux besoins des personnes qui consomment des drogues, par le biais d'une approche intégrée; nous observerons les obstacles rencontrés et nous discuterons de ce en quoi une « intégration » peut consister dans le cadre de la réduction des méfaits.

Animatrices : Tsisti Watt et Barb Panter, CATIE

Séance simultanée 5 :

An

Faire avancer la recherche axée sur l'intervention au Canada

Scott

Organisée avec l'appui du Centre REACH, du CRS, des IRSC, de l'ASPC et du RCAS.

Dans cette séance, nous nous concentrerons sur les moyens de faire avancer concrètement la recherche interventionnelle, au Canada, de manière à soutenir des approches intégrées de la prévention, du dépistage, du traitement, des soins et du soutien. Les conférencières présenteront brièvement le travail de leurs organismes respectifs, en recherche interventionnelle, et donneront un aperçu des priorités qu'elles observent au Canada. Elles seront ensuite au premier plan dans la discussion dirigée qui suivra.

Animateur : Tim Rogers, CATIE

Conférencières :

- Dana Paquette, Agence de la santé publique du Canada
- Jennifer Gunning, Instituts de recherche en santé du Canada
- Liviana Calzavara, CIHR Social Research Centre in HIV Prevention
- Renee Masching, Aboriginal HIV & AIDS Community-Based Research Collaborative Centre
- Jean Bacon, Centre des IRSC d'action sur le VIH/sida (REACH)

14 h 30 | **Pause**

14 h 45 | **Séance plénière de clôture :**



À quoi nos services devraient-ils ressembler dans cinq ans?

Salle de bal Churchill

Quelles pourraient être les implications des connaissances partagées lors de ce Colloque de CATIE, pour les pratiques futures au Canada? Dans cette séance, nous découvrirons plus en détail les perspectives de six leaders de la prévention, du dépistage, du traitement et des soins en matière de VIH et d'hépatite C, de même que de soutien aux personnes touchées. Ils nous mettront au défi de considérer ce que nous pouvons apprendre les uns des autres, et de réfléchir à d'autres choses que nous pouvons faire pour répondre à ces épidémies.

Modératrice : Laurie Edmiston, CATIE

Conférenciers :

- Ezra James
- Marvelous Muchenje
- Trevor Stratton
- Cheryl Reitz
- Mario Gagnon
- Bob Leahy

16 h à
16 h 15

| **Remerciements et mot de la fin**



Salle de bal Churchill

Laurie Edmiston, CATIE

TORONTO SEPTEMBRE
18 AU 19
2013

Nouvelle science
Nouvelles orientations
en matière de **VIH** et de **VHC**

Annexe 3 : Formulaire d'évaluation des webinaires

Vos commentaires sur ce colloque sont les bienvenus!

Nous vous remercions de prendre le temps de remplir ce formulaire d'évaluation. Cette information servira à évaluer cette série de webinaires ainsi qu'à améliorer tout événement futur. Veuillez ne choisir qu'une seule réponse par question. Certaines de ces questions ne sont peut-être pas pertinentes pour ces webinaires – le cas échéant, veuillez choisir « sans objet » (S. O.).

- 1. Veuillez sélectionner le webinaire que vous évaluez. Si vous voulez évaluer plus d'un seul webinaire, veuillez remplir un formulaire pour chacun auquel vous avez participé.**

<i>Date</i>	<i>Nom</i>
6 juin 2013/ 11 juin 2013	New developments in HIV research and their implications for frontline practice/ Nouveaux développements en recherche sur le VIH et leurs répercussions sur la pratique de première
17 juin 2013/ 20 juin 2013	New developments in HCV research and their implications for frontline practice/ Nouveaux développements en recherche sur le VHC et leurs répercussions sur la pratique de première ligne
9 juillet 2013/11 juillet 2013	Integrated approaches to HIV treatment and prevention/Approches intégrées du traitement et de la prévention du VIH
22 juillet 2013/ 24 juillet 2013	Working from a sexual health or harm reduction perspective: Integration of HIV, HCV, tuberculosis and other sexually transmitted and blood-borne infections/ Travailler du point de vue de la santé sexuelle ou de la réduction des méfaits : Intégration du VIH, du VHC, de la tuberculose et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang

- 2. Veuillez cocher la case qui reflète le mieux votre opinion.**

	Tout à fait en désaccord	En désaccord	En accord	Tout à fait d'accord	S. O.
Le webinaire était bien présenté.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le formateur du webinaire connaissait bien le sujet de discussion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le webinaire correspondait à mes besoins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le contenu du webinaire était pertinent pour moi/pour le travail que je fais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je recommanderais ce webinaire à mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

collègues de travail/amis.					
J'utiliserai/je mettrai en application les connaissances acquises durant ce webinaire dans mon travail/ma vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le webinaire m'a permis d'accroître ma capacité à répondre au VIH et/ou à l'hépatite C au sein de ma communauté ou de ma vie personnelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans l'ensemble, le webinaire m'a permis d'accroître mes connaissances sur le VIH et/ou l'hépatite C.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La technologie du webinaire était facile à utiliser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le webinaire favorisait l'apprentissage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai aimé la formule du webinaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Selon une échelle de 1 à 10, veuillez évaluer votre niveau de connaissance du VIH et/ou de l'hépatite C AVANT ce webinaire :

Aucune connaissance										Expertise
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

4. Selon une échelle de 1 à 10, veuillez évaluer votre niveau de connaissance du VIH et/ou de l'hépatite C APRÈS ce webinaire :

Aucune connaissance										Expertise
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

5. Dans l'ensemble, quel est votre niveau de satisfaction concernant ce webinaire?

insatisfait quelque peu satisfait satisfait très satisfait

6. Dans l'ensemble, dans quelle mesure le webinaire a-t-il été utile pour le travail que vous effectuez?

inutile plutôt utile utile très utile

7. Par rapport à mon niveau d'expérience, le webinaire était :

trop élémentaire satisfaisant trop avancé

8. Combien de personnes ont visionné le webinaire sur le même ordinateur à votre site?

- Je l'ai visionné seul
- Deux personnes (y compris moi-même)
- Trois personnes (y compris moi-même)
- Plus de trois (veuillez préciser)

9. Quelle description convient le mieux à votre organisme?

- Organisme de lutte contre le sida
- Centre de santé communautaire
- Autre organisme communautaire
- Unité de santé publique/clinique de santé sexuelle
- Organisme gouvernemental (autre qu'une unité de santé publique)
- Clinique/hôpital
- Services correctionnels
- Établissement scolaire/université
- Sans objet
- Autre (veuillez préciser) _____

10. Comment pourriez-vous utiliser l'information recueillie lors de ce webinaire dans votre travail/vie?

11. Quel est le principal avantage de ce type de webinaire pour vous ou votre organisme?

Nous vous remercions pour votre temps et vos efforts!

Toutes les réponses sont confidentielles et seront strictement utilisées dans le but d'améliorer les services offerts par CATIE.

Veuillez remettre ce formulaire à un représentant de CATIE.

Annexe 4 : Formulaire d'évaluation en personne

Nouvelle science, nouvelles orientations en matière de VIH et de VHC

Vos commentaires sur ce colloque sont les bienvenus!

Nous vous remercions de prendre le temps de remplir ce formulaire d'évaluation. Veuillez ne choisir qu'une seule réponse par question.

1. Veuillez évaluer l'utilité de chaque séance pour le travail que vous effectuez. Veuillez n'évaluer que celles auxquelles vous avez participé.

	Inutile	Plutôt utile	Utile	Très utile	Pas participé	Ne sais pas
Séance plénière d'ouverture : Préparer le terrain – points de vue sur l'intégration (18 septembre, 8 h 45 - 9 h 45)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services communautaires intégrés : Concevoir des programmes pour répondre de façon holistique aux besoins des clients (18 septembre, 9 h 45 - 10 h 30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systèmes de santé intégrés : Concevoir des systèmes pour répondre de façon holistique aux besoins des clients (18 septembre, 10 h 45 - 11 h 30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intégrer les nouvelles connaissances : faire connaître le risque sexuel aux personnes vivant avec le VIH et aux personnes à risque (18 septembre 11 h 30 - 12 h 30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intégrer la prévention, le dépistage et les soins : joindre les personnes qui ne connaissent pas leur statut (18 septembre, 13 h 30-14 h 15)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intégration : accroître la participation et l'arrimage aux soins des personnes vivant avec le VIH ou le VHC (18 septembre, 14 h 15-15 h)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Séances simultanées (18 septembre, 15 h 30-17 h)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intégration du VIH, du VHC et des ITSS : Données probantes et pratique (19 septembre, 9 h-10 h 15)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intégration du VIH, du VHC, des ITSS et des autres facteurs de santé : exemples tirés de la pratique (19 septembre, 10 h 30-11 h 45)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Séances simultanées (19 septembre, 12 h 45-14 h 30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Séance plénière de clôture : À quoi nos services devraient-ils ressembler dans cinq ans? (19 septembre, 14 h 45-16 h)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les questions suivantes concernent le colloque. Veuillez cocher la case qui reflète le mieux votre opinion.

	Tout à fait en désaccord	En désaccord	En accord	Tout à fait d'accord	S.O.
Le colloque était bien organisé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le colloque correspondait à mes besoins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le colloque était pertinent pour le travail de mon organisme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ce colloque m'a offert la possibilité de réseauter avec d'autres personnes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le colloque m'a permis d'accroître mes connaissances sur les nouvelles orientations en matière de programmes sur le VIH et/ou le VHC.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le colloque m'a permis d'accroître ma capacité à répondre au VIH et/ou au VHC au sein de ma communauté.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'utiliserai/je mettrai en application les connaissances acquises durant le colloque dans mon travail.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je recommanderais à CATIE de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

continuer d'organiser ce type d'événement.					
--	--	--	--	--	--

2. Dans l'ensemble, quel est votre niveau de satisfaction concernant le colloque?

- insatisfait quelque peu satisfait satisfait très satisfait

3. Dans l'ensemble, le colloque a-t-il été utile pour le travail que vous effectuez?

- inutile plutôt utile utile très utile

4. Quelle description convient le mieux à votre organisme?

- Organisme de lutte contre le sida
- Centre de santé communautaire
- Autre organisme communautaire
- Unité de santé publique/clinique de santé sexuelle
- Organisme gouvernemental (autre qu'une unité de santé publique)
- Clinique/hôpital
- Services correctionnels
- Établissement scolaire/université
- Sans objet
- Autre (veuillez préciser) _____

5. Veuillez donner un exemple de la façon dont la participation à ce colloque pourrait éclairer le travail que vous effectuez.

6. Qu'avez-vous trouvé utile, dans ce colloque?

7. Selon vous, quelles améliorations pourraient être apportées au Colloque de CATIE?

Nous vous remercions pour votre temps et vos efforts!

Toutes les réponses sont confidentielles et seront strictement utilisées dans le but d'améliorer les services offerts par CATIE.

Veuillez remettre ce formulaire à un représentant de CATIE.