
**AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU
CANADA**

ET

**CENTRE DE COLLABORATION
NATIONALE DES MALADIES
INFECTIEUSES**

FORUM SUR LA PRÉVENTION DU VIH

Compte rendu de réunion

**Les 12 et 13 avril 2007
Hôtel Delta
Ottawa (Ontario)**

Agence de la santé publique du Canada

Notre mission est de promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.

Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses

Notre mission est de protéger la santé des Canadiens en facilitant l'utilisation des données probantes et émergentes sur les maladies infectieuses de sorte à éclairer les programmes et les politiques de santé publique.

On peut se procurer ce rapport (PDF) :

Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida
Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses
Agence de la santé publique du Canada
Pré Tunney, indice de l'adresse : 0601A
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
aidsida@phac-aspc.gc.ca

Table des matières

CONTEXTE ET INTRODUCTION	5
Accueil, D ^r Allan Ronald et Geneviève Tremblay.....	5
Mot d'ouverture, D ^r David Butler-Jones.....	5
GRUPE D'EXPERTS DU POINT DE VUE INTERNATIONAL.....	6
Maintien de la prévention du VIH : Tests de dépistage du VIH en milieux de Soins de santé, D ^r Kevin Fenton.....	6
Prévention du VIH – Point de vue de la France, D ^r Pascal Chevit.....	7
Intervention de l'Australie en matière de prévention du VIH, D ^{re} Bronwen Harvey.....	8
Obstacles à la prévention du VIH parmi les homosexuels en Angleterre, Nick Partridge.....	8
Période de questions et réponses.....	9
GRUPE D'EXPERTS SUR LES PERSPECTIVES FÉDÉRALE, PROVINCIALE ET MUNICIPALE.....	10
Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada, Nina Arron.....	10
Prévention du VIH au Canada - Perspective future, D ^r Michael Rekart.....	11
Avenir de la prévention du VIH dans cinq ans - Perspectives d'une direction de santé publique régionale, D ^r Alix Adrien.....	12
Prévention du VIH - Point de vue de l'échelon local, D ^{re} Rita Shahin.....	13
Période de questions et réponses.....	13
SONDAGE AUPRÈS DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ PUBLIQUE – PRIORITÉS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DU VIH, Dr Allan Ronald.....	14
GRUPE D'EXPERTS SUR LA PERSPECTIVE COMMUNAUTAIRE.....	15
Reconnaissance et soutien solides à l'égard de la participation des collectivités à la lutte visant à enrayer le VIH, Phillip Banks.....	15
Forum sur la prévention du VIH – Perspectives communautaires, Monique Doolittle-Romas.....	16
Forum sur la prévention du VIH, René Lavoie.....	16
Période de questions et réponses.....	17
GRUPE D'EXPERTS SUR LA RECHERCHE.....	18
Innovation et orientation stratégique dans le cadre de la recherche sur le VIH/sida, D ^r Bhagirath Singh.....	18
Forum sur la prévention du VIH – Perspective souhaitée, D ^r Ted Myers.....	19
Évaluation de l'établissement d'infection plus sûre sous surveillance médicale de Vancouver et analyse de l'accroissement de l'accès au traitement antirétroviral hautement actif afin de freiner la croissance de l'épidémie de VIH, D ^r Julio Montaner.....	19
Période de questions et réponses.....	20
LEÇONS EN PRÉVENTION DU VIH, D ^{re} Cate Hankins.....	21
ALLOCUTION SUR LA SANTÉ PUBLIQUE ET LES DROITS DE LA PERSONNE, Louise Binder.....	21
SÉANCES DE TRAVAIL.....	22
Exposé : Dépistage, Marc-André Gaudreau.....	22
Principaux points de discussion relatifs au dépistage.....	23

Exposé : Surveillance liées à la prévention du VIH, Dr Robert Remis.....	24
Principaux points de discussion relatifs à la surveillance.....	25
Exposé : Co-infection avec les maladies transmises sexuellement, Dr Paul MacPherson....	26
Principaux points de discussion relatifs à la co-infection.....	26
Exposé : Échange et diffusion des connaissances, Dr Sean Rourke.....	28
Principaux points de discussion relatifs à l'échange et la diffusion des connaissances.....	28
Autres recommandations.....	30
MOT DE LA FIN.....	30
ANNEXE A – PARTICIPANTS.....	31
ANNEXE B – COMPTE RENDU DES DISCUSSIONS AUX TABLES SUR LE DÉPISTAGE.....	36
ANNEXE C – COMPTE RENDU DES DISCUSSIONS AUX TABLES SUR LA SURVEILLANCE.....	46
ANNEXE D – COMPTE RENDU DES DISCUSSIONS AUX TABLES SUR LA CO-INFECTION.....	50
ANNEXE E – COMPTE RENDU DES DISCUSSIONS AUX TABLES SUR L'ÉCHANGE ET LA DIFFUSION DES CONNAISSANCES.....	57

Contexte et introduction

Le présent rapport offre un résumé des discussions tenues dans le cadre du Forum sur la prévention du VIH qui a eu lieu les 12 et 13 avril 2007 à l'hôtel Delta d'Ottawa (Ontario). Le Forum était organisé par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), de concert avec le Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses (CCNMI). L'atelier visait les objectifs suivants :

- Présenter un aperçu des activités de prévention du VIH réalisées ou financées par le gouvernement du Canada dans le cadre de l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida, le CCNMI et d'autres intervenants;
- Mettre en relief des pratiques exemplaires et des interventions éclairées par des données probantes axées sur la prévention du VIH et définir des possibilités d'échange de connaissances, de promotion des pratiques exemplaires et d'activités de recherche axées sur la prévention;
- Encourager les partenariats avec les provinces et les territoires et parmi les fournisseurs de services, les praticiens et les décideurs de la santé publique, les organisations communautaires offrant des services, les laboratoires, les chercheurs et leurs établissements et d'autres intervenants clés.

Le forum était divisé en deux parties. La première était axée sur le partage de renseignements et de connaissances et comportait quatre panels de discussion. Ces présentations visaient à offrir aux participants divers points de vue à l'échelle internationale, fédérale, provinciale et municipale et au niveau des groupes communautaires et des chercheurs. Dans la seconde partie, les participants ont eu la possibilité de discuter de questions liées à la prévention du VIH, de définir des stratégies en vue d'appuyer et d'examiner les questions du dépistage, de la surveillance, de la co-infection et du transfert et de la diffusion du savoir et de déterminer, parmi ces stratégies, celles qui recueillaient le plus d'appui.

Le forum réunissait 128 participants représentant un groupe hétérogène d'intervenants, y compris des personnes vivant avec ou touchées par le VIH/sida, des chercheurs, des délégués fédéraux, provinciaux, territoriaux et municipaux, des représentants d'organismes bénévoles communautaires et nationaux, des professionnels de la santé et des experts internationaux. On trouve une liste des participants à l'annexe A.

Accueil

D^r Allan Ronald, directeur scientifique, Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses

Geneviève Tremblay, gestionnaire, Agence de la santé publique du Canada

Allan Ronald et Geneviève Tremblay ont démarré l'atelier en accueillant les participants et en soulignant l'importance de se réunir afin d'enrayer l'épidémie de VIH. Geneviève Tremblay a indiqué que les commentaires et suggestions recueillis dans le cadre de l'atelier seraient utilisés pour éclairer et appuyer l'élaboration d'un cadre stratégique en matière de prévention du VIH de l'ASPC. Elle a encouragé les participants à profiter du forum pour définir de nouveaux partenariats et de nouvelles stratégies pour appuyer leurs initiatives de prévention.

Mot d'ouverture

D^r David Butler-Jones, administrateur en chef de la santé publique du Canada

Le D^r David Butler-Jones a prononcé l'allocution d'ouverture à l'intention des participants. Il a présenté l'Agence de la santé publique du Canada, conformément à sa loi de mise en oeuvre, et a abordé sa propre double fonction d'administrateur général de l'Agence chargé de conseiller le ministre de la Santé sur les questions de santé publique et les activités de l'Agence et d'administrateur en chef de la santé publique du Canada devant s'adresser aux Canadiens en tant que porte-parole crédible et fiable sur les questions de santé publique. Citant



Sir William Olser, un médecin, le D^r Butler-Jones a déclaré : « *prévenir la maladie, alléger la souffrance et guérir les malades... voilà en quoi consiste notre travail* ». Lorsque l'on fait face à une pandémie comme celle du VIH/sida, la réussite des interventions dépend de la capacité de saisir les occasions de se pencher sur les obstacles communs et d'examiner les rôles et les responsabilités relatifs à la manière d'aborder ces obstacles. La prévention peut prendre diverses formes; cependant, il s'agit, en fin de compte, de réaliser les meilleurs résultats possibles, d'assurer l'équilibre entre la prévention, les soins et les traitements et d'utiliser l'expertise et les éléments probants nécessaires à cette fin.

Des exemples de mesures préventives comprennent: l'utilisation plus précoce et vigoureuse d'un traitement antirétroviral hautement actif; l'élaboration d'une politique en matière de santé qui permet de protéger le public et de réduire la stigmatisation et la discrimination; le soutien de la recherche, y compris la recherche communautaire et axée sur le comportement; une meilleure connaissance des résultats des études sur la circoncision; les nouvelles technologies (vaccins et microbicides vaginaux et rectaux); la réduction des méfaits, notamment l'utilisation constante de préservatifs et d'aiguilles propres; l'élargissement de la portée des tests de dépistage et de counselling en matière de VIH; le renforcement des capacités communautaires considérées comme notre avantage critique; le soutien du principe GIPA et l'appui d'approches visant des populations particulières, élément caractéristique de notre intervention.

Le D^r Butler-Jones a rappelé aux participants la nécessité d'adopter une approche stratégique et le fait que la santé publique doit mettre l'accent sur les personnes, sur les collectivités et sur leur interaction. La santé publique s'entend de l'initiative organisée de la société en vue d'améliorer la santé et le bien-être de la population. Le Dr Butler-Jones a affirmé que le forum permettrait de mieux comprendre les possibilités qui s'offrent à nous et de définir des stratégies afin d'exploiter ces possibilités. Il a terminé son allocution en citant Henry Van Dyke : « Mettez tous vos talents à profit, car les bois seraient très silencieux si seuls les oiseaux qui chantent le mieux se faisaient entendre ».

Groupe d'experts du point de vue international

Quatre experts provenant de différents pays étaient invités à présenter de l'information sur les initiatives en cours dans leurs territoires respectifs et à partager les pratiques exemplaires et les leçons tirées. Des copies des exposés suivants seront disponibles sous pli séparé.

Maintien de la prévention du VIH : Tests de dépistage du VIH en milieu de soins de santé

D^r Kevin Fenton, Centre national de prévention du VIH/sida, de l'hépatite virale, des MTS et de la tuberculose (National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD and TB Prevention), Centres de contrôle et de prévention des maladies (Centers for Disease Control and Prevention), États-Unis

Le D^r Kevin Fenton a expliqué que les tests de routine constituent un élément important de la stratégie de prévention du VIH des Centres de contrôle des maladies (CDC). Il a commencé son exposé en offrant un aperçu des principales populations touchées par le VIH/sida et des pratiques actuelles en matière de dépistage aux États-Unis. Les responsables des CDC estiment que la plupart des personnes qui reçoivent un diagnostic de VIH/sida ont été infectées par le biais d'un contact sexuel et qu'environ 1,2 million d'Américains atteints du VIH/sida n'ont pas reçu de diagnostic.

Selon ces renseignements, les CDC ont publié des recommandations révisées en ce qui concerne le dépistage du VIH chez les adultes, les adolescents et les femmes enceintes en milieu de soins de santé. Le dépistage du VIH constitue un élément important d'une vaste stratégie de prévention du VIH; en outre, de nouvelles données probantes révèlent que la



sensibilisation à l'infection à VIH entraîne une réduction considérable du comportement sexuel à risque élevé. Les recommandations révisées comportent des tests de routine et volontaires de dépistage du VIH dans les milieux de soins de santé pour toutes les personnes âgées de 13 à 64 ans, ainsi que des tests annuels en ce qui concerne les personnes qui présentent un risque connu. Les patients séropositifs pour le VIH devraient être dirigés vers des services de soins cliniques, de counselling, de soutien et de prévention.

Le D^r Fenton a mis en relief le fait que la mise en oeuvre des recommandations révisées en matière de dépistage exigera l'élaboration de nouveaux partenariats et stratégies avec des organismes nationaux, en plus de formation et d'assistance technique. Par exemple, les CDC collaborent avec la New York City Health and Hospital Corporation, et ont obtenu des résultats significatifs à ce jour, le nombre de diagnostics ayant presque doublé dans la première année de mise en oeuvre du partenariat. De concert avec les principaux intervenants, les CDC, élaborent des lignes directrices en matière de mise en oeuvre axées sur divers milieux.

Le D^r Fenton croit que la stratégie de dépistage proposée peut être mise en pratique dans les milieux actuels de soins de santé, selon les lois, les règles et les règlements en vigueur. Il a terminé en affirmant qu'un certain nombre d'initiatives de mise en oeuvre sont en cours et que les partenariats joueront un rôle clé dans leur réussite.

Prévention du VIH – Point de vue de la France

D^r Pascal Chevit, directeur, division du VIH/sida, ministère de la Santé de la France

Le D^r Pascal Chevit a présenté le contexte français en matière d'épidémiologie, dans lequel on estime que 130 000 personnes sont infectées par le VIH et que 6 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année. L'épidémie touche principalement les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH), les personnes originaires d'Afrique et les femmes. Cependant, l'accès accru aux traitements antiviraux a permis de réduire considérablement le nombre de décès attribuables au VIH/sida. Le D^r Chevit a ensuite précisé que la prévention du VIH en France relève principalement du ministère de la Santé, du ministère de l'Éducation, de l'Institut national de la prévention et de l'éducation pour la santé (INPES) et de diverses associations financées par le biais de contributions gouvernementales. Il a ajouté que la plupart des activités sont centralisées à l'échelon national et que quelques initiatives sont dirigées par les collectivités locales.

Le D^r Chevit a souligné quelques réalisations découlant de la stratégie française de prévention du VIH/sida, y compris l'accroissement de la sécurité des transfusions sanguines, la réduction des risques parmi les utilisateurs de drogues injectables (UDI), la réduction de la transmission d'une mère à son enfant et l'utilisation accrue de préservatifs parmi les jeunes. Il a souligné également des sujets de préoccupation, notamment le faible taux de dépistage, l'éducation insuffisante en santé sexuelle, la vulnérabilité des travailleurs de l'industrie du sexe et l'accroissement du taux de transmission parmi les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes.

La lutte contre le VIH est de plus en plus complexe. La prévention du VIH n'est plus prioritaire en France (bien qu'elle demeure un sujet politiquement délicat), et les groupes de défense de la lutte contre le VIH semblent être moins nombreux. Des technologies novatrices prometteuses, comme la deuxième génération de préservatifs pour femmes, les traitements de pré exposition, la circoncision et les vaccins anti-VIH, donnent un peu d'espoir; cependant, de nombreuses questions doivent être examinées de manière approfondie, notamment l'acceptation des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes au sein de programmes de dons de sang, les approches axées sur les tests de dépistage rapide et systématique et les stratégies de prévention auprès des détenus.

Le Dr Chevit a terminé son exposé en exposant son point de vue sur l'avenir de la prévention du VIH, qui comporte notamment un dépistage plus systématique, qui favorise des approches



expressément adaptées à des populations distinctes et qui mobilise les personnes et les ressources collectives dans le cadre de l'élaboration d'une approche communautaire.

Intervention de l'Australie en matière de prévention du VIH

D^{re} Bronwen Harvey, conseillère médicale, section du VIH/sida et des ITS, direction des programmes ciblés et de la prévention (Targeted Programs and Prevention Branch), ministère de la Santé et du Vieillessement (Department of Health and Ageing), Australie

La D^{re} Bronwen Harvey a offert un aperçu de l'intervention de l'Australie en matière de prévention du VIH. Elle a tout d'abord présenté une brève description de la composition démographique et du gouvernement de l'Australie. Au milieu des années 1980, les autorités australiennes ont commencé à élaborer une intervention coordonnée à l'égard du VIH, et ont lancé la première stratégie nationale de lutte contre le VIH en 1989. Cette stratégie exigeait une « approche axée sur le partenariat » et la participation concertée de la collectivité, des professionnels des milieux médicaux et scientifiques et du gouvernement. L'Australie met actuellement en oeuvre sa cinquième stratégie nationale de lutte contre le VIH/sida (2005-2008), qui vise à réduire la transmission du VIH à réduire au minimum les conséquences individuelles et sociales de l'infection à VIH/sida parmi des groupes-cibles prioritaires, y compris les hommes homosexuels actifs, les personnes vivant avec le VIH/sida, les aborigènes et les insulaires du détroit de Torres, les UDI, les travailleurs du sexe et les personnes en milieux carcéraux.

L'Australie affiche un taux relativement faible de VIH/sida parmi les UDI, les travailleurs du sexe et la population en général. Cependant, tout comme dans d'autres pays développés, le VIH/sida continue d'atteindre un nombre important d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Le nombre annuel de diagnostics de VIH a grimpé au cours des cinq dernières années, tandis que le taux de prévalence a augmenté compte tenu de l'accessibilité d'un traitement antirétroviral hautement actif (HAART).

L'Australie possède une solide capacité éprouvée pour la mise en oeuvre de programmes efficaces de prévention du VIH. La D^{re} Harvey a attribué cette capacité à la participation de la collectivité à la prestation de services et au développement de l'éducation en matière de prévention, à une infrastructure et des partenariats bien établis entre les gouvernements, les collectivités et les chercheurs, ainsi qu'à l'adoption précoce et à la poursuite de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues qui ont permis de réduire considérablement le taux de VIH/sida parmi les UDI. La D^{re} Harvey a expliqué que les autorités australiennes doivent connaître les facteurs responsables de l'augmentation du nombre d'infections à VIH. Elle a mentionné quelques facteurs importants à prendre en compte, notamment, la lassitude relative au message axé sur les « pratiques sexuelles sans risque », l'accessibilité de traitements HAART et le taux croissant d'infections transmises sexuellement (ITS).

La D^{re} Harvey a affirmé que les milieux de la prévention sanitaire de l'Australie doivent dynamiser leur approche afin de maximiser leur influence. Le gouvernement australien a demandé la mise en oeuvre de recherches pour examiner les données qualitatives et quantitatives existantes, y compris les données en matière de surveillance et de recherche sociale, et consulte les intervenants afin de mieux comprendre les facteurs qui contribuent à l'augmentation du nombre d'infections. Les résultats des recherches éclaireront l'élaboration d'initiatives plus énergiques d'éducation et de prévention.

Obstacles à la prévention du VIH parmi les homosexuels en Angleterre

Nick Partridge, administrateur général, Terrence Higgins Trust, Royaume-Uni

L'exposé de Nick Partridge était axé sur la prévention du VIH parmi les homosexuels, puisque ces derniers représentent 75 % des nouveaux diagnostics établis au Royaume-Uni, en particulier les homosexuels de plus de 30 ans. La recherche relative au comportement et les données épidémiologiques révèlent ce qui suit :



- Les hommes séropositifs et séronégatifs utilisent des mesures de réduction des risques;
- Les hommes qui n'ont pas reçu de diagnostic de VIH représentent un pourcentage important des cas de transmission du VIH;
- Aucune donnée n'indique une augmentation de l'incidence du VIH chez les hommes de moins de 25 ans à Londres;
- Le comportement en matière de risque évolue avec l'âge;
- Certains groupes d'hommes ne sont pas suffisamment sensibilisés à la proximité du VIH;
- La population homosexuelle évolue par suite de la migration, particulièrement à Londres;
- La santé sexuelle des homosexuels séropositifs se détériore.

Le ministère de la Santé britannique finance la stratégie communautaire de prévention du VIH/sida (CHAPS) depuis 1996. La stratégie est coordonnée par le Terrence Higgins Trust et des partenaires communautaires régionaux. Les autorités locales de la santé financent également des activités de prévention extérieures à la stratégie CHAPS. Selon M. Partridge, la prévention du VIH ne constitue plus une priorité nationale et n'est pas suffisamment financée. La prévention du VIH fait maintenant partie d'une stratégie générale en matière de santé sexuelle. M. Partridge a souligné que le VIH ne peut pas être abordé comme une épidémie évitable et que les efforts devraient être axés sur la réduction de la transmission subséquente du VIH par les personnes chez qui le virus n'a pas été diagnostiqué.

M. Partridge a terminé son exposé par quelques messages clés :

- Il faut réinvestir des ressources dans la prévention du VIH parmi les homosexuels et étendre les programmes nationaux de prévention du VIH auprès de ces derniers.
- Il faut intégrer les programmes nationaux et locaux et favoriser le dépistage du VIH à l'échelle communautaire.
- Il faut accroître les interventions au niveau des centres de dépistage du VIH, ainsi que les activités menées auprès des personnes atteintes du VIH et de MTS.

Période de questions et réponses

Suite aux quatre exposés, les participants ont eu la possibilité de poser des questions. Voici un sommaire des principaux points soulevés :

- Certains membres du groupe d'experts ont parlé du faible taux d'infection au VIH parmi les UDI dans leurs pays, suite à la mise en oeuvre de programmes de réduction des méfaits et d'échange d'aiguilles. En France par exemple, même si le taux d'infection au VIH parmi les UDI est faible, l'augmentation des cas d'hépatite C pourrait être attribuée au fait que la maladie se transmet plus facilement que le VIH.
- Les experts ont touché à l'importance de la prévention communautaire dans d'autres pays:
 - L'Australie reconnaît l'importance de la participation des groupes communautaires, et elle a établi une bonne relation de collaboration avec ces derniers.
 - Au Royaume-Uni, la plupart des activités sont menées par des organismes communautaires et le ministère de la santé publique.
 - Les États-Unis reconnaissent la contribution importante des organisations communautaires et des organismes non gouvernementaux à la mise en oeuvre de leur stratégie.
 - Pour des raisons historiques et culturelles, il fut noté que la France a adopté une attitude sceptique à l'égard des approches communautaires et de leur incidence sur la cohésion sociale.
- Les CDC ont obtenu l'appui de collectivités clés touchées par le VIH/sida par le biais de vastes consultations auprès de divers intervenants. Lorsque les recommandations ont



été émises, l'association des personnes atteintes du sida (Association for People Living with Aids) les a appuyées, en précisant toutefois que les stratégies de prévention devraient être axées sur les personnes et protéger leurs droits. Les recommandations ont suscité certaines discussions. Bien que certains États aient choisi de maintenir leurs lignes directrices existantes en matière de dépistage, de nombreux autres ont entrepris un examen de leur législation afin de permettre la mise en oeuvre des recommandations. Les CDC reconnaissent l'importance d'évaluer l'efficacité de ces recommandations et s'appuieront sur les collectivités et les organismes partenaires pour saisir et surveiller les résultats des stratégies.

- Un processus de dépistage plus étendu et accessible doit être mis en place, mais il doit être accompagné d'autres mesures de prévention.
- Le Royaume-Uni a observé que l'on peut déduire les tendances et les observations relatives à l'épidémie à partir des plus récents cas d'infection et étudie encore un moyen de mettre à profit les progrès technologiques en matière de dépistage de manière à repérer les personnes récemment infectées et à identifier des interventions appropriées afin de réduire davantage la transmission du virus.
- Les CDC font face à un problème semblable et envisagent la possibilité d'utiliser les réseaux sociaux et, entre autres, de remanier les stratégies de notification aux partenaires.

Groupe d'experts sur les perspectives fédérale, provinciale et municipale

Le groupe d'experts suivant devait mettre l'accent sur le contexte canadien de la santé publique selon les divers ordres de gouvernement. En particulier, on leur avait demandé de décrire la perspective qu'ils privilégieraient en matière de prévention du VIH et la manière dont cette perspective pourrait être réalisée. Des copies des exposés suivants sont disponibles sous pli séparé.

Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada

Nina Arron, directrice, Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida, ASPC

Nina Arron a présenté un aperçu de l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada (initiative fédérale). L'Initiative vise à prévenir l'acquisition et la transmission de nouvelles infections, à ralentir la progression de la maladie et à améliorer la qualité de vie, à réduire l'impact social et économique du VIH/sida et à contribuer à l'effort mondial visant à freiner la propagation du VIH et à atténuer les effets de la maladie.

L'initiative *Au premier plan – Le Canada se mobilise contre le VIH/sida (2005-2010)*, élaborée par un large éventail d'intervenants avec l'appui de l'ASPC, décrit la réponse idéale du Canada au VIH/sida, souligne le besoin de faire preuve d'audace, y compris l'importance d'utiliser le leadership fédéral pour aller de l'avant. L'initiative fédérale est distincte d'*Au premier plan* mais contribue à la réponse pan canadienne élargie envisagée par dans ce document visionnaire.

L'initiative fédérale réunit l'ASPC, Santé Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et le Service correctionnel du Canada. Elle vise principalement les secteurs des programmes et des politiques, du développement des connaissances, des communications et du marketing social, de la coordination, de la planification, de l'évaluation et de la présentation de rapports et de l'engagement à l'échelle mondiale.

En ce qui a trait à l'avenir, M^{me} Arron a souligné que l'ASPC doit continuer d'intervenir à l'égard de l'épidémie et d'appuyer les efforts pancanadiens de lutte contre le VIH et le sida. Les



interventions en matière de santé publique et de prévention relèvent de l'échelon communautaire, et les initiatives du gouvernement fédéral doivent valoriser celles-ci. En ce qui concerne l'ASPC, cela signifie que l'organisme doit renforcer ses relations avec les provinces et les territoires du point de vue du partage de l'information, fournir aux Canadiens des conseils justes et précis en matière de santé publique, assurer des assises scientifiques solides et le renforcement de l'infrastructure et des capacités internes, affermir les relations entre les politiques nationales et internationales et veiller à ce que les ressources permettent de réaliser les résultats prévus. Le gouvernement fédéral ne peut agir seul; son rôle consiste en partie à réunir les partenaires de l'ensemble du pays et d'ailleurs, à mener des discussions et des débats touchant, notamment, la prévention du VIH et à canaliser le savoir, l'expertise et les points de vue des personnes concernées de manière à éclairer et influencer les stratégies et les interventions de l'Agence de la santé publique du Canada.

Prévention du VIH au Canada : Perspective future

D^r Michael Rekart, directeur, contrôle des MTS/sida, Centre d'épidémiologie de la Colombie-Britannique

Le D^r Michael Rekart a décrit sa vision privilégiée de l'avenir et souligné qu'il est essentiel de comprendre la situation actuelle au Canada avant de définir des mesures ultérieures possibles. Le D^r Rekart croit que l'on peut atteindre une diminution annuelle appréciable du nombre de nouveaux cas d'infection à VIH dans un avenir proche et que cette diminution peut être réalisée à l'aide des connaissances, de la technologie et des moyens actuels. Voici quelques-unes de ses suggestions :

1. On devrait utiliser le test d'amplification des acides nucléiques (TAN) pour repérer les personnes atteintes d'une forme aiguë du VIH. Le génotypage des caractéristiques des formes aiguës du virus faciliterait la détermination des réseaux sociaux exposés à un risque accru et appuierait la mise en oeuvre de programmes communautaires de réduction des risques.
2. On pourrait également utiliser le test TAN pour repérer les personnes atteintes d'une forme aiguë du VHC. Selon ses recherches, les personnes qui obtiennent un résultat positif pour le VHC sont susceptibles d'être reconnues comme étant séropositives pour le VIH dans les trois ans qui suivent, et les personnes séropositives pour le VIH obtiendront probablement un résultat positif pour le VHC dans l'année suivant le diagnostic. Les techniques de test TAN touchant le VIH et le VHC partagent des points communs, et des stratégies intégrées de prévention permettraient de prendre des mesures à l'égard des risques de co-infection.
3. On devrait mettre davantage l'accent sur la prévention et la prophylaxie relatives au VHS-2. Le D^r Rekart est fermement convaincu qu'il s'agit de la plus importante infection transmise sexuellement liée à l'épidémie de VIH, et que le Canada doit se doter d'une stratégie dynamique de lutte contre l'herpès.
4. Le nombre de personnes atteintes du VIH qui utilisent des médicaments antirétroviraux (ARV) doit augmenter. De 30 % à 50 % seulement des malades admissibles prennent actuellement des ARV. Ces médicaments réduisent la charge virale et améliorent la qualité de vie. Les nouveaux médicaments ARV sont moins toxiques et plus faciles à prendre que leurs prédécesseurs. Les traitements ARV mènent à la prévention, à la réduction des méfaits, au traitement de la toxicomanie et au contrôle d'autres maladies transmissibles.
5. On devrait étendre la portée des programmes de dépistage du VIH pour y intégrer davantage de points de service; en outre, les tests de dépistage rapide devraient être plus largement accessibles, en particulier parmi les collectivités marginalisées qui ne se soumettraient pas normalement au processus de dépistage du VIH, ce qui suppose un accroissement du dépistage parmi les détenus, les communautés autochtones, les collectivités ethniques, les collectivités rurales et les personnes atteintes d'autres MTS.
6. Il faut investir davantage dans les programmes communautaires. Ces programmes pourraient offrir des stratégies efficaces en matière de prévention, notamment la sélection fondée sur la séropositivité, la prévention des milieux à risque élevé, des



programmes de cyberdiffusion et de la recherche communautaire. En outre, les intervenants communautaires sont plus en mesure de transmettre des messages ciblés pour atteindre les membres touchés au sein des collectivités.

Avenir de la prévention du VIH dans cinq ans : Perspectives d'une direction de santé publique régionale

D^r Alix Adrien, médecin-conseil, service de santé publique de Montréal

Le D^r Alix Adrien a décrit la structure organisationnelle qui sous-tend la prestation de services de santé et de services sociaux au Québec. Le ministère de la Santé et des Services sociaux délègue la responsabilité de l'amélioration de la santé et du bien-être des résidents de la province, de la planification des activités et de la distribution des ressources à 18 organismes régionaux. Les centres de santé et de services sociaux ont été créés par suite de la fusion des centres locaux de santé communautaire (CLSC), des centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) et des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS).

Le D^r Adrien a souligné la pertinence continue de l'initiative *Au premier plan* au Québec :

1) Le VIH et les autres infections transmises sexuellement demeurent un problème important de santé publique au Québec, compte tenu d'un taux de prévalence du VIH de 17 % parmi les UDI (2005-2006) et de 12 % chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (2005) et d'un taux d'incidence du VIH parmi les UDI et les HRSH de 3,9/100 a.-p. (1995-2005) et 0,6/100 a.-p. (1996-2001), respectivement. La plupart des personnes atteintes de syphilis sont également infectées par le VIH. Entre-temps, l'incidence de l'hépatite C a doublé parmi les UDI entre 2003 et 2006 (SurvIDU, 2006); 2) les besoins des personnes séropositives pour le VIH sont de plus en plus complexes, et la distribution de matériel stérile d'injection aux UDI ne satisfait qu'à 10 % des besoins; 3) la stigmatisation et la discrimination menacent les personnes séropositives pour le VIH et les collectivités vulnérables; 4) la pauvreté et d'autres facteurs sociaux alimentent l'épidémie; 5) le VIH fait toujours l'objet de croyances qui entraînent un accroissement des risques et une réduction des services de soutien et 6) il faut assurer le financement soutenu de la recherche, de la prévention et des soins en matière de VIH. Par exemple, il faudrait accroître le financement affecté aux activités de surveillance visant à élaborer une surveillance de deuxième génération parmi les populations vulnérables, comprendre le lien entre la consommation de crack et le VIH et l'épidémie d'hépatite C parmi les UDI.

Le D^r Adrien a souligné l'importance de passer de services destinés à l'ensemble de la population à des services ciblés sur les groupes à risque dans le cadre de la lutte contre les infections transmises sexuellement. La Division de la santé publique de Montréal assure et finance un continuum d'interventions liées à la promotion de la santé en matière de sexualité, à la prévention des maladies transmises sexuellement et à la protection contre ces maladies parmi les populations vulnérables. Ces interventions comportent des volets de surveillance, de promotion de la santé, de prévention, de protection de la santé, de traitement, de soins de santé et de santé durable. Il faut communiquer des messages cohérents liés à la santé publique, compte tenu des nouvelles techniques préventives : circoncision parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, sélection fondée sur la séropositivité, tests ARV à des fins préventives, vaccination, tests de dépistage rapide, etc. Cette approche sera favorisée par la mise en œuvre d'une culture fermement axée sur le transfert du savoir parmi les professionnels de la santé.

Le D^r Adrien a conclu en faisant valoir l'importance de l'établissement de regroupements solides et de l'élaboration d'interventions intersectorielles efficaces, de l'amélioration des conditions de vie des populations vulnérables, de la réduction de la stigmatisation de ces groupes et de l'intégration de ceux-ci à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des interventions.



Prévention du VIH : Point de vue de l'échelon local

D^{re} Rita Shahin, médecin-hygiéniste associée, Division de la santé publique de Toronto

La D^{re} Rita Shahin a présenté un aperçu de quelques-unes des réalisations de la ville de Toronto, y compris le contrôle fructueux de la transmission prénatale et la réduction de la transmission du VIH parmi les UDI, par le biais de programmes d'échange de seringues et de dépistage. Néanmoins, Toronto connaît une augmentation du nombre d'hommes atteints du VIH et du nombre de nouveaux cas diagnostiqués, dont une proportion importante est composée d'hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes. Toronto a également connu une augmentation du nombre de nouveaux cas de co-infection liés aux ITS au cours des 15 dernières années.

En ce qui concerne l'avenir, la perspective souhaitée par la D^{re} Shahin comporte un renforcement de la priorité accordée à la prévention primaire (c.-à-d. des stratégies ciblées de prévention et de réduction des méfaits), des tests de dépistage et diagnostics précoces et des activités de prévention axées sur les personnes séropositives.

La D^{re} Shahin croit que cette perspective est réalisable et qu'elle exigera l'établissement de partenariats stratégiques entre les milieux de la santé publique et les personnes atteintes du sida, les organismes de services liés au sida, les organismes communautaires, les gouvernements, les chercheurs, les bains publics, les fournisseurs de services Internet et les autres grandes villes. Ces groupes doivent collaborer afin d'élaborer des objectifs communs et d'évaluer les programmes en vue de les améliorer.

Les outils et les dispositifs de soutien essentiels à la réalisation de cette perspective englobent des mécanismes de surveillance de la santé publique, des données continues et opportunes liées à la surveillance des comportements, des stratégies fondées sur des données probantes, des programmes et des modèles expérimentaux, l'échange et le transfert des connaissances pour appuyer des stratégies optimales à l'échelon local, la détermination de stratégies et de messages optimaux en vue d'atteindre les personnes séropositives pour le VIH et la mise en commun des initiatives de prévention du VIH à plus grande échelle.

Période de questions et réponses

Suite aux quatre exposés, les participants ont eu la possibilité de poser des questions. Voici un résumé de quelques-uns des principaux points abordés :

- La révision des lignes directrices canadiennes en matière de dépistage a été mentionnée de même que le développement pas l'ASPC d'un cadre stratégique en matière de dépistage et d'un guide d'accompagnement.
- La difficulté d'appliquer l'article 22 de la loi sur la santé publique de l'Ontario, qui oblige les personnes séropositives à divulguer leur statut, a été discutée en lien avec les poursuites devant les tribunaux ontariens de personnes séropositives qui n'avaient pas dévoilé leur état relatif au VIH à leurs partenaires sexuels.
- La division des pouvoirs constitutionnels font en sorte que des ententes fédérales provinciales territoriales devraient être conclues afin d'aborder la question d'éducation en santé sexuelle dans les écoles à l'échelle nationale.
- La diminution de l'éducation en santé sexuelle dans les écoles peut être attribuée, en partie, à la diminution du financement provenant des échelons local et provincial/territorial. Après la fusion des conseils scolaires de l'Ontario en 1998, la priorité du programme d'éducation est passée à un renforcement de l'enseignement axé sur l'alphabétisation, les mathématiques et la technologie, ce qui a entraîné une diminution du nombre d'heures consacrées à l'éducation physique, qui encadrait l'enseignement en matière de santé sexuelle.
- Les participants ont débattu la justesse des stratégies de dépistage rapide sans mesures d'adaptation et de counselling postérieurs aux tests de dépistage. Le



counselling liés au dépistage rapide doit être adapté et les personnes séropositives devraient toujours subir des tests subséquents selon les méthodes normalisées de dépistage et bénéficier de counselling postérieur. Le dépistage rapide exigerait des programmes de contrôle de la qualité par des tiers et une infrastructure appropriée, et les obstacles existants qui empêchent les personnes de subir des tests de dépistage doivent être éliminés.

- Les participants ont discuté du rôle sites d'injection supervisés comme outil de prévention du VIH.
- Certains participants croient que l'échec des initiatives de prévention du VIH pourrait être attribué à un financement insuffisant.
- Les participants ont discuté des avantages des modèles de dépistage axés sur la participation volontaire et sur la possibilité de refus. Certains croient que le dépistage axé sur la participation volontaire pose un obstacle au dépistage, tandis que d'autres jugent qu'un processus de dépistage sans consentement approprié pourrait nuire aux personnes.

Sondage auprès des professionnels de la santé publique – Priorités en matière de prévention du VIH

Cet exposé est disponible sous pli séparé.

Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses D^r Allan Ronald, directeur scientifique, Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses

D^r Allan Ronald a offert un aperçu des centres nationaux de collaboration en santé publique et du Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses (CCNMI). Le CCNMI a pour mandat d'établir un lien entre les recherches et les données factuelles continues en matière de maladies infectieuses et les questions touchant les professionnels de première ligne et les décideurs de la santé publique en ce qui concerne les programmes et les politiques. L'une des priorités du CCNMI consiste à donner un second souffle à la prévention du VIH et à répondre au besoin reconnu de l'adoption d'une approche plus stratégique et coordonnée à l'égard de la prévention du VIH, par les autorités de la santé publique au Canada, grâce à l'utilisation efficace des connaissances, des pratiques exemplaires et des données probantes.

Il faut investir davantage dans la prévention du VIH, car chaque cas d'infection est tragique et les soins dispensés aux personnes vivant avec le VIH ne sont viables à l'échelle mondiale que s'il existe des interventions fructueuses en matière de prévention. Parmi les interventions existantes de prévention qui doivent être prises en compte et évaluées d'une manière plus approfondie, notons le dépistage de routine avec possibilité de refus, les stratégies de prévention axées sur les personnes vivant avec le VIH, le renforcement du soutien aux couples discordants, les diagnostics d'infections primaires aiguës suivis de modifications des comportements, l'accroissement du contrôle des ITS et la notification aux partenaires.

Le D^r Ronald a expliqué que le CCNMI avait organisé un sondage des professionnels de première ligne afin de déterminer les priorités relatives à la prévention du VIH, ainsi que les obstacles perçus, de créer des attentes en matière de changement et de favoriser l'élaboration de réseaux avec l'ASPC, les milieux de la santé publique et d'autres dispensateurs de soins de santé. Les trois priorités absolues définies par les répondants comportent le repérage des contacts et la notification aux partenaires, le dépistage axé sur un diagnostic précoce et le contrôle des ITS en vue de réduire la transmission du VIH. On a également demandé aux répondants s'ils se sentaient suffisamment préparés à faire face aux questions relatives à la



santé sexuelle et de préciser le temps qu'ils consacraient généralement au counselling. (D'autres résultats du sondage sont fournis dans le cadre de l'exposé.)

Le D^r Ronald a terminé en précisant les prochaines étapes et a souligné qu'il est important de définir clairement les rôles et les responsabilités, ainsi que la manière dont les divers groupes d'intervenants sont financés.

Groupe d'experts sur la perspective communautaire

La série suivante d'exposés devrait mettre l'accent sur la perspective communautaire de la prévention du VIH. En particulier, on leur avait demandé de décrire leur perspective souhaitée relativement à la prévention du VIH et la manière dont cette perspective pourrait être réalisée. Des copies des exposés suivants sont disponibles sous pli séparé.

Reconnaissance et soutien solides à l'égard de la participation des collectivités à la lutte visant à enrayer le VIH

Phillip Banks, directeur, Prévention et sensibilisation en matière de VIH (HIV Prévention and Awareness), AIDS Vancouver

Les collectivités et les organismes communautaires ont indéniablement un rôle à jouer dans la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation des stratégies et des initiatives de prévention du VIH. Ils peuvent intervenir à titre de courtiers de services culturels, sociaux ou linguistiques, d'interprètes et de traducteurs des normes sociales, de chercheurs, d'évaluateurs, de planificateurs, concepteurs et exécuteurs de programmes, d'agents de changement, de dirigeants et d'intermédiaires. Afin que les collectivités touchées par le VIH participent d'une manière significative à la prévention du VIH, il faut accroître l'intérêt et le soutien à l'égard de l'élaboration et du maintien de l'infrastructure communautaire. Il faut donc appuyer le développement et la coordination du leadership, l'élaboration de partenariats et les possibilités de collaboration, le renforcement des compétences et le financement durable.

Phillip Banks a décrit ce qu'il considère comme les trois priorités absolues en ce qui concerne l'habilitation des collectivités :

1. Améliorer la direction et la coordination des stratégies et des initiatives de prévention du VIH;
2. Accroître le soutien à l'égard de la collaboration et du partenariat entre les organismes communautaires de l'ensemble du pays;
3. Accroître les possibilités de formation axée sur le perfectionnement des compétences offertes aux praticiens de la prévention du VIH et aux personnes vivant avec le VIH.

M. Banks a conclu son exposé en définissant des éléments de sa perspective souhaitée en ce qui a trait à la prévention du VIH, notamment :

- Une infrastructure bien conçue et bien financée en matière de prévention du VIH, ainsi que des partenariats multisectoriels bien coordonnés dans le cadre desquels les groupes communautaires et les individus jouent un rôle clé.
- Des approches axées sur des populations précises appuyées par de la formation et de l'assistance technique touchant la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation d'interventions fondées sur les pratiques exemplaires.
- La possibilité, pour les organismes communautaires, d'obtenir du financement et de participer à l'échange et au transfert de connaissances entre eux, et ce, dans un milieu non concurrentiel.
- De l'appui au praticiens de la prévention du VIH pour les inciter à demeurer dans le secteur.
- La création d'un centre national d'excellence en matière de prévention du VIH.



Forum sur la prévention du VIH – Perspectives communautaires **Monique Doolittle-Romas, directrice générale, Société canadienne du sida**

M^{me} Monique Doolittle-Romas privilégie une perspective d'avenir qui englobe la détermination et le partage des stratégies éprouvées et des pratiques exemplaires, l'utilisation de mesures adaptées à la culture ciblée et un statut de priorité générale pleinement intégrée, pour la prévention, dans l'esprit de l'ensemble des Canadiens.

Le Canada constitue un exemple à suivre en ce qui concerne les partenariats multisectoriels, tels qu'illustrés par le Plan canadien en matière de vaccins anti-VIH et le plan d'action canadien sur les microbicides. Bien que les partenariats intersectoriels demeurent cruciaux, les partenariats non conventionnels et communautaires constituent une tendance croissante et encourageante. La participation des pairs et des collectivités aux programmes de prévention est essentielle. Les collectivités ont des idées et exigent un investissement.

M^{me} Doolittle-Romas croit que le Colloque canadien de formation axée sur les compétences en matière de VIH/sida pourrait devenir un forum national propice au dialogue et au transfert de connaissances entre de nombreux intervenants qui participent à l'intervention du Canada à l'égard du VIH/sida. En outre, elle mentionne les objectifs de l'initiative Au premier plan, à titre de guides utiles, soulignant que ce document évolutif devrait être révisé ultérieurement. On relève de nombreux exemples d'initiatives efficaces mises en oeuvre au niveau des collectivités à l'égard du VIH/sida, et ces initiatives doivent être reconnues et exploitées afin d'améliorer les stratégies de prévention.

Pour réaliser cette perspective souhaitée, M^{me} Doolittle-Romas croit que certaines priorités et attitudes et certains systèmes de soutien devront être modifiés. Par exemple, les gouvernements doivent reconnaître le rôle et les efforts de premier plan assumés par les groupes locaux et les organismes nationaux et fournir un financement suffisant à ces derniers. Il faut contrer la perception générale selon laquelle le VIH et le sida ont été maîtrisés depuis que le fléau est passé du statut de maladie parfois mortelle à celui d'invalidité de longue durée. Enfin, il faut redoubler d'attention à l'égard des populations les plus touchées, notamment les homosexuels et les collectivités parmi lesquelles l'épidémie ne commence qu'à se manifester.

M^{me} Doolittle-Romas a souligné l'importance d'intervenir, insistant sur le fait que le Canada possède les connaissances et les pratiques nécessaires, ainsi qu'un mouvement engagé dans la lutte contre le VIH/sida, qui réunit les chercheurs, les groupes communautaires, les analystes de politiques et les personnes vivant avec le VIH/sida. Cependant, des ressources supplémentaires sont requises afin d'aider ces groupes à progresser dans leurs initiatives.

Forum sur la prévention du VIH

René Lavoie, consultant, Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le SIDA (COCQ-SIDA)

René Lavoie a expliqué l'importance de l'adaptation continue des stratégies en ce qui concerne le VIH/sida. Le VIH est un virus en mutation, qui s'adapte et évolue, et qui exige donc des stratégies changeantes. Il est essentiel de mieux comprendre l'épidémie et d'intégrer les nouvelles connaissances à l'élaboration de solutions appropriées. M. Lavoie a partagé avec l'assemblée quelques exemples de campagnes antérieures de lutte contre le VIH/sida qui ne sont plus pertinentes depuis l'émergence de nouvelles possibilités de traitement ou parce que l'on n'avait pas réfléchi à leur impact sur le public cible. Par exemple, une campagne visait à favoriser les pratiques sexuelles à bas risque en illustrant les effets indésirables des traitements du VIH. Malheureusement, la campagne a eu l'effet de dissuader les personnes atteintes de se faire soigner.



La capacité de s'adapter au changement et de gérer le changement constitue un élément important. M. Lavoie a mis les intéressés en garde contre le recours au traitement en guise de stratégie unique de prévention, et a plutôt recommandé une approche axée sur l'équilibre entre l'assurance du bien-être des personnes atteintes et des stratégies visant à prévenir la transmission subséquente du virus. Bien que la sélection fondée sur la séropositivité accroisse le risque de surinfection, les interventions en matière de prévention du VIH demeurent imparfaites, et il faut poursuivre les recherches afin de déterminer des stratégies de prévention plus appropriées.

M. Lavoie a terminé son exposé en incitant fortement les organismes communautaires et du secteur bénévole, les chercheurs et le gouvernement à éliminer le cloisonnement et à élaborer de nouveaux partenariats stratégiques.

Période de questions et réponses

Après les exposés, les participants ont la possibilité de poser des questions. Voici un sommaire des principaux points soulevés :

- On a mis en relief les obstacles auxquels les organismes communautaires font face en ce qui concerne le traitement des toxicomanes, les programmes d'échange de seringues, ainsi que la réduction des méfaits et la prévention auprès des personnes séropositives.
- Il faut envisager des partenariats avec le milieu des affaires, afin de changer les choses. Un participant a signalé l'expérience de sa collectivité locale, où l'organisme communautaire a collaboré avec le milieu des entreprises du centre-ville, les services de police et d'autres groupes communautaires afin de régler les problèmes liés au VIH.
- Le partenariat avec les organismes ethnoculturels peut se révéler valable par le biais du partage des connaissances et des stratégies efficaces. Toutefois, certains intervenants ont affirmé que la collaboration avec quelques-uns de ces organismes pourrait poser des problèmes, par exemple, s'ils n'étaient pas prêts à reconnaître les homosexuels qui font partie de leurs collectivités.
- Des préoccupations ont été soulevées quant à l'absence perçue d'interventions de la part des milieux de la santé publique afin de régler les questions liées au VIH parmi la population gaie, à titre de problème touchant les droits de la personne.
- Les petits organismes communautaires se font concurrence pour obtenir des fonds à titre individuel, alors qu'ils devraient envisager la possibilité de collaborer avec d'autres organisations communautaires et régionales. On a reconnu que certaines collectivités pouvaient être réticentes à l'égard du partenariat, puisque cela présente de nouveaux défis.
- Certains participants ont exprimé leur préoccupation en ce qui concerne le fait que le Forum n'ait pas assez permis de discuter de questions touchant les populations vulnérables, en particulier la collectivité autochtone.
- Il faut accorder davantage d'intérêt aux stratégies de prévention primaire, et celles-ci devraient mettre l'accent sur l'accès aux services et sur l'éducation des jeunes. Des participants ont exprimé le sentiment que les jeunes homosexuels seraient mieux renseignés et entretiendraient des relations plus saines avec leurs partenaires sexuels s'ils avaient accès à des services après avoir affirmé leur identité sexuelle. On devrait établir une relation de collaboration avec tous les ministères de l'Éducation.

Vancouver a été mentionnée pour ses efforts de renouvellement de la participation des collectivités aux initiatives de prévention du VIH, où l'on est passé de la lutte contre le VIH chez les homosexuels à l'adoption d'une approche plus générale à l'égard de la promotion de la santé parmi ces derniers.



Groupe d'experts sur la recherche

On avait invité les membres de ce panel à partager leurs idées sur la prévention du VIH du point de vue de la recherche. Plus particulièrement, on leur avait demandé de décrire leur perspective souhaitée en ce qui concerne la prévention du VIH et la manière dont cette perspective pourrait être réalisée. Des copies des exposés suivants sont disponibles sous pli séparé.

Innovation et orientation stratégique dans le cadre de la recherche sur le VIH/sida

D^r Bhagirath Singh, directeur scientifique, Institut des maladies infectieuses et immunitaires, Instituts de recherche en santé du Canada

Le D^r Bhagirath Singh a décrit les mandats des IRSC et de l'Institut des maladies infectieuses et immunitaires (IMII), notamment, le secteur des IRSC qui traite de la recherche relative au VIH. La recherche touchant le VIH fait partie des domaines stratégiques de l'Institut; en outre, l'IMII doit veiller à ce que les fonds destinés à la recherche dans le cadre l'Initiative fédérale soient affectés à des programmes de recherche pertinents au Canada. En 2006-2007, les IRSC ont investi plus de 35 millions de dollars dans la recherche en matière de VIH/sida.

Le Comité consultatif de la recherche sur le VIH/sida des IRSC (CCRVSI) est un groupe hétérogène qui représente de nombreux secteurs et qui assure un leadership et des conseils aux IRSC en ce qui a trait à la recherche sur le VIH/sida. Après de vastes consultations, le Comité a déterminé que les « technologies et interventions de prévention » feraient partie des six priorités stratégiques en matière de recherche sur le VIH/sida des IRSC. Le D^r Singh a souligné l'importance de l'harmonisation des initiatives afin de réduire le chevauchement des efforts et de maximiser l'utilisation stratégique des fonds. Il a expliqué que les interventions sociales, médicales et axées sur les comportements constituent des aspects importants d'une approche globale à l'égard de la prévention du VIH. La recherche biomédicale et clinique touchant les techniques de prévention, de même que les études et les analyses axées sur l'intervention comportementale et sociale adaptée à la culture constituent des domaines de recherche qui doivent être abordés.

En ce qui concerne l'avenir de la recherche relative à la prévention du VIH, le D^r Singh croit qu'il faut mettre encore davantage l'accent sur le développement des connaissances, le renforcement des capacités et la formation, les partenariats, l'application du savoir et les relations internationales. Sa vision souhaitée de l'avenir comporterait, notamment, les éléments suivants :

- Un vaste programme de recherche en matière de prévention du VIH menant à l'élaboration de nouvelles techniques de prévention et d'approches sociales et comportementales efficaces à l'égard de la prévention auprès des populations vulnérables;
- Des équipes de recherche multidisciplinaires et plus étendues qui collaborent afin de régler les problèmes liés à la recherche en matière de prévention du VIH;
- Une approche coordonnée à l'égard du financement de la recherche relative à la prévention du VIH au Canada et des relations solides entre les chercheurs, les intervenants et les bailleurs de fonds du secteur de la recherche, favorisant l'application et l'utilisation des connaissances actuelles;
- Renforcement de la coordination entre les bailleurs de fonds du milieu de la recherche et les organismes internationaux;
- Renforcement des mécanismes visant à appuyer l'application des connaissances au niveau des autres chercheurs, des décideurs, des collectivités et des bailleurs de fonds;
- Collectivité solide, hétérogène et compétente de chercheurs en matière de VIH/sida au Canada.

Le D^r Singh a également précisé les principales réalisations accomplies dans ces secteurs.



Forum sur la prévention du VIH : Perspective souhaitée **D^r Ted Myers, président, Association canadienne de recherche sur le VIH (ACRV)**

Le D^r Ted Myers a partagé son point de vue personnel en ce qui concerne la recherche liée à la prévention du VIH. Il présume qu'une solution biomédicale en matière de prévention du VIH ne sera pas accessible ni mise en oeuvre avant 2012 d'où la nécessité et l'importance de stratégies fondées sur des données probantes en matière de prévention, des droits de la personne et d'une meilleure compréhension des comportements et des facteurs qui contribuent à la prise de risques. Indépendamment du contexte de la prévention, l'éducation, la promotion de la santé et les initiatives stratégiques éclairées par la recherche demeureront des facteurs importants.

Le D^r Myers a invité les participants à réfléchir aux domaines de recherche où le Canada a joué un rôle de chef de file ou de second plan en matière de technologie, d'accès, de participation de la collectivité, de connaissance des déterminants sociaux et psychologiques, de politiques et de législation et de facteurs sociaux. Il a souligné l'importance des partenariats stratégiques dans l'ensemble des provinces et à l'échelle internationale. Les partenariats stratégiques se reflètent dans les objectifs de l'ACRV et sont essentiels pour renforcer le rôle de la recherche dans le cadre d'une stratégie nationale en matière de VIH et pour accroître les partenariats interprovinciaux et la collaboration avec les partenaires étrangers.

Le D^r Myers a conclu son exposé en formulant des principes de maintien, d'amélioration et de soutien de la recherche relative à la prévention, notamment :

- Reconnaître l'importance des données probantes pour la recherche relative à la prévention et aux interventions;
- Assurer l'équilibre entre les disciplines;
- Continuer d'appuyer la recherche au Canada;
- Favoriser les projets de portée nationale permettant d'établir des comparaisons;
- Poursuivre la mise au point des technologies et techniques existantes et surveiller et évaluer leur impact sur la maladie;
- Investir dans la recherche comportementale et sociale continue;
- Obtenir des données probantes additionnelles sur l'impact de politiques précises, le rôle des déterminants sociaux et les campagnes publiques visant à réduire la stigmatisation.

Évaluation de l'établissement d'injection plus sûre sous surveillance médicale de Vancouver et analyse de l'accroissement de l'accès au traitement antirétroviral hautement actif afin de freiner la croissance de l'épidémie de VIH

D^r Julio Montaner, directeur, Centre d'excellence en matière de VIH/sida de la Colombie-Britannique

Le D^r Julio Montaner a présenté les résultats de recherche sur l'évaluation de l'établissement d'injection plus sûre sous surveillance médicale de Vancouver et l'accroissement de l'accès au traitement antirétroviral hautement actif (HAART) afin de freiner la croissance de l'épidémie de VIH.

De nombreuses données scientifiques rigoureuses sur l'impact des sites d'injection supervisés (SIS) attestent de conséquences positives importantes et éliminent la possibilité qu'ils aient un impact négatif. Compte tenu des conséquences favorables des SIS sur la santé et sur la collectivité, ces établissements, notamment InSite à Vancouver, devraient manifestement demeurer ouverts. Le D^r Montaner croit que la fermeture du site pourrait entraîner une dégradation de l'ordre public, la possibilité d'une hausse de l'incidence du VIH, ainsi que des pertes de vie attribuables à des surdoses mortelles. Il croit également que les nouveaux modèles de prestation de services de SIS devraient continuer de faire l'objet d'une évaluation rigoureuse.



Le traitement HAART s'est révélé efficace pour la réduction de la transmission du virus d'une mère à son enfant (TME), chez les couples discordants et dans le contexte d'études écologiques provenant de la Colombie-Britannique et de l'étranger. À ce jour, le D^r Montaner tire la conclusion que le traitement HAART a évolué de façon marquée au cours de la dernière décennie et qu'il est rentable lorsqu'on l'utilise selon un modèle conventionnel axé sur le malade. Il est d'autant plus rentable quand on tient compte de sa profonde incidence sur la prévention secondaire du VIH. Le D^r Montaner espère approfondir son hypothèse et a présenté une proposition en vue d'évaluer les conséquences de l'expansion du traitement HAART sur l'incidence du VIH en Colombie-Britannique et sur un autre projet connexe au Malawi.

Période de questions et réponses

Après les exposés, les participants ont la possibilité de poser des questions. Voici un sommaire des principaux points soulevés :

- Certains participants ont exprimé leurs préoccupations en ce qui concerne l'accroissement de l'utilisation du HAART comme outil de prévention.
 - Certains participants ont indiqué que ni les tests de dépistage ni les traitements ne devraient être imposés. Cependant, même si on ne recommande pas un traitement HAART obligatoire, celui-ci peut avoir une incidence importante sur le nombre de nouveaux cas diagnostiqués.
 - Certains désaccords ont été exprimés sur les résultats de la recherche qui démontrent que le traitement HAART a non seulement réduit la charge virale dans le sang, mais également dans le sperme et les sécrétions vaginales.
- Les participants ont convenu de l'importance de formuler clairement le message découlant de la recherche. Les questions liées à la prévention du VIH sont complexes, et les chercheurs doivent être appuyés par les organismes communautaires afin de mettre les résultats de leurs recherches en pratique. Les groupes communautaires doivent également appuyer les chercheurs à l'étape de la planification et les aider à interpréter les résultats.
- Il faut recueillir les points de vue des Autochtones, des personnes atteintes du sida, des gais et des détenus, pour n'en nommer que quelques uns, dans le cadre de la détermination des priorités de recherche. Il est essentiel d'assurer l'expression des intérêts des communautés, à titre consultatif, tout au long du processus. Par exemple, le comité consultatif des IRSC est composé de 13 personnes chargées de représenter divers points de vue.
- Compte tenu des données probantes relatives aux SIS, de nombreux participants ont demandé si et quand l'ASPC prendrait position sur ce sujet.
- Il fut suggéré que du financement pour un réseau d'essai axé sur la prévention serait souhaitable.



Conférencière invitée

EXPÉRIENCES EN PRÉVENTION DU VIH

D^{re} Cate Hankins, conseillère scientifique en chef et directrice associée, département des politiques, des éléments probants et des partenariats, ONUSIDA

La D^{re} Cate Hankins, à titre de conférencière invitée, a partagé ses expériences en ce qui concerne la prévention du VIH et les leçons qu'elle en a tirées. Elle exerce les fonctions de conseillère scientifique en chef et de directrice associée auprès de l'ONUSIDA à Genève, en Suisse. Elle a tout d'abord expliqué la manière dont ses activités au Canada l'avaient préparée à son travail international dans l'exercice de ses nouvelles fonctions, et a partagé avec l'assemblée quelques-unes des leçons acquises au cours de sa carrière jusqu'à présent. La D^{re} Hankins s'est donné comme principe qu'il faut « connaître l'épidémie à laquelle on fait face ». On peut y parvenir en examinant les 1 000 derniers cas de personnes atteintes. Elle a incité les participants à parcourir l'énoncé de principe de l'ONUSIDA, intitulé « Intensification de la prévention du VIH », qui définit les principes de programmes efficaces de prévention du VIH, de même que les interventions stratégiques et pragmatiques essentielles en matière de prévention du VIH. Dans la dernière partie de son allocution, la D^{re} Hankins a exposé ses idées sur ce que le Canada devrait faire afin de lutter efficacement contre l'épidémie de VIH.

Allocution sur la santé publique et les droits de la personne

Exposé sur la santé publique et les droits de la personne

Louise Binder, présidente, Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements

Louise Binder a été invitée à présenter son point de vue sur le débat relatif à la protection de la santé publique et des droits de la personne. Bien que ces deux notions puissent paraître inconciliables, M^{me} Binder croit qu'en faisant preuve d'imagination et de créativité et en s'assurant de la participation des populations touchées par ces mesures publiques, on peut élaborer des politiques qui permettront de protéger et la santé publique et les droits de la personne. Elle a commencé son exposé en citant des exemples qui illustrent l'incompatibilité possible des deux principes, notamment la criminalisation des personnes séropositives qui n'auraient pas divulgué leur état, les tests de dépistage obligatoires, y compris pour les femmes enceintes et le traitement des personnes séropositives, même lorsqu'elles n'en ont pas, à titre strictement préventif.

Louise Binder a poursuivi son exposé en définissant la santé publique et les droits de la personne et a démontré que ni le *Code de la santé publique*, ni la *Déclaration sur les droits de la personne* ne confère à l'individu un droit général de faire ce qu'il veut sans égard aux conséquences sur les autres.

M^{me} Binder croit que la voie évidente à adopter est axée sur des politiques efficaces de santé publique, y compris le développement de systèmes de santé, l'accès aux traitements, le dépistage anonyme (de même que le dépistage nominatif), l'éducation et la sensibilisation, la distribution de préservatifs, la réduction des méfaits, l'adoption de lois contre la violence faite aux femmes et l'éducation et l'emploi pour les femmes. En obtenant la participation des personnes visées par les politiques, on peut élaborer des politiques efficaces et qui seront acceptées. Bien que cela exige davantage de démarches à court terme, ces démarches se révéleront plus efficaces à long terme.



Séances de travail

Dans le cadre des quatre séances de travail subséquentes, les participants avaient la possibilité de discuter des obstacles et des possibilités clés qui devraient être abordées dans le contexte des quatre thèmes suivants : le dépistage, la surveillance, la co-infection et le transfert et la diffusion des connaissances. Chacun des thèmes fut l'objet d'un exposé, afin d'établir le contexte de la discussion. Les participants, réunis autour de leurs tables, avaient pour tâche de décrire leur vision souhaitée de l'avenir et les mesures qui devraient être prises, et recommander trois stratégies qui permettraient de régler les questions. À la fin de chaque session, on demanda aux participants de voter pour les stratégies qu'ils jugeraient les plus importantes. Bien que les résultats des votes n'obligent quiconque (gouvernements ou organismes) à les mettre en oeuvre, ces recommandations pourraient influencer les discussions futures, l'élaboration de politiques ou de programmes ou encore les interventions des participants au forum. Voici un résumé des principaux points abordés selon chaque thème. Vous trouverez, en annexe, de plus amples précisions tirées des rapports des groupes de participants.

Exposé : Dépistage

Marc-André Gaudreau, gestionnaire, Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida, ASPC

Marc-André Gaudreau a exposé le contexte relatif à la question des services de dépistage et de counselling. Il a tout d'abord souligné le fait que le Canada affiche l'un des taux les plus élevés de personnes qui connaissent leur état sérologique pour le VIH. Il a précisé qu'au fil du temps, le Canada a généralement créé un milieu axé sur le dépistage volontaire, facilement accessible et appuyé par des services de counselling visant à inciter les personnes à subir des tests pour ensuite être aiguillées vers les services appropriés de soins de santé. Comme les Canadiens connaissent leur état et bénéficient de conseils personnalisés appropriés avant et après le dépistage, ils sont plus en mesure de se protéger et de protéger les autres de l'infection et d'obtenir des soins, des traitements et du soutien adéquats, au besoin.

Étant donné que la transmission du VIH est plus susceptible de se produire pendant les stades aigus d'infection, il faut mettre en oeuvre des démarches afin d'accroître la proportion de Canadiens qui connaissent leur état sérologique. Cependant, une augmentation des taux de sensibilisation exigerait également des systèmes provinciaux prêts à offrir des soins, des traitements et, le cas échéant, du soutien additionnels. L'Organisation mondiale de la santé recommande que les pays comme le Canada envisagent la possibilité de rendre les services de dépistage et de counselling plus accessibles par l'intermédiaire de cliniques de dépistage des ITS et de services axés sur les populations à risque élevé, et que la prise de toute décision touchant l'approche à l'égard du dépistage et du counselling soit orientée par une évaluation du contexte social et épidémiologique.

Marc-André Gaudreau a fourni des renseignements au sujet de deux techniques de dépistage prometteuses, notamment le dépistage rapide et le test d'amplification des acides nucléiques (TAN). Certaines études ont démontré que les taux de participation aux programmes de dépistage augmentent lorsque des services de dépistage rapide sont offerts, et que le niveau de satisfaction est également plus élevé parmi les personnes qui subissent des tests, compte tenu de la réduction de l'anxiété liée au processus de dépistage et à la souplesse de celui-ci permettant son utilisation dans les collectivités et dans les milieux axés sur la diffusion externe. À mesure que la technologie progressera et que les coûts diminueront, le test TAN deviendra un autre moyen de permettre à d'autres personnes de connaître leur état sérologique pour le VIH au début de l'évolution de la maladie.

Pour faire en sorte que les personnes acceptent davantage de subir des tests de dépistage, il faut éliminer les obstacles, de manière à ce que le dépistage du VIH soit souhaitable, plutôt



qu'incertain. Au Canada, il faut donc continuer d'élaborer des approches à l'égard du dépistage et du counselling en matière de VIH qui soient éclairées à la fois par les données scientifiques relatives à la santé publique et par les droits de la personne. M. Gaudreau a terminé son exposé en invitant le groupe à contribuer au processus de manière à appuyer l'élaboration d'un cadre stratégique qui orientera la prise de décisions relatives aux politiques sur le dépistage du VIH au Canada.

Principaux points de discussion relatifs au dépistage

Voici les principaux points soulevés par les participants en ce qui concerne le dépistage :

Les obstacles et les possibilités clés liés au dépistage sont les suivants :

- Obstacles qui empêchent les personnes de subir des tests, notamment l'absence de sensibilisation, l'absence de méthodes appropriées de dépistage dans divers groupes démographiques et régions, questions liées au contrôle qualité relativement au dépistage rapide et crainte qu'un résultat positif n'entraîne de la discrimination, de la stigmatisation, de la criminalisation ou de la violence (à l'égard des femmes)
- Manque d'accessibilité aux centres de dépistage, particulièrement dans les régions éloignées, parmi les communautés autochtones et pour les femmes
- Absence de connaissances relatives aux traitements parmi les dispensateurs de soins de santé
- Préoccupations liées à la confidentialité et à la protection des renseignements personnels
- Absence d'éducation et attitudes sociales
- Manque de cohérence des services de counselling offerts
- La santé publique doit être moins réactive et davantage axée sur la prévention primaire

Éléments de la vision privilégiée de l'avenir :

- Création de milieux de dépistage dans lesquels les gens se sentent à l'aise et en sécurité dans l'ensemble du Canada
- Harmonisation des pratiques, des lois et des politiques fondées sur des données probantes en matière de santé publique au Canada
- Accroissement de l'accessibilité des tests de dépistage
- Amélioration de la perception des risques relatifs à la santé publique parmi la population
- Conseils plus efficaces et cohérents
- Meilleure connaissance des populations à risque visées et des pratiques adaptées aux divers groupes
- Normalisation du dépistage du VIH
- Accroissement du dépistage afin de repérer les cas inconnus de personnes atteintes du VIH

Principales stratégies recommandées :

1. Effectuer une analyse de la conjoncture relative aux politiques, aux évaluations, aux lois et aux programmes provinciaux et territoriaux actuels en matière de dépistage. Analyser ces éléments du point de vue des droits de la personne et élaborer des normes et des lignes directrices nationales harmonisées touchant le dépistage, y compris le dépistage de routine et les services de counselling, ainsi que la création d'établissements de dépistage sûrs et accessibles, dans lesquels les gens se sentent à l'aise.
(Responsabilité : Conseil du Réseau de la santé publique)
2. Offrir aux jeunes des programmes complets d'éducation en matière de santé sexuelle et étendre ces programmes à l'ensemble des groupes, moyennant des ajustements à l'égard de populations distinctes. Le dépistage devrait être abordé dans le cadre d'un dialogue général sur les déterminants sociaux de la santé. Le but consiste à réduire la stigmatisation et la discrimination et à inciter davantage les gens à connaître leur état



sérologique pour le VIH. (Responsabilité : jeunes qui font partie des groupes cibles, organismes jeunesse, regroupement réunissant les parents et les enseignants)

3. Veiller à ce que tous les tests de dépistage effectués au Canada soient accompagnés de services de counselling, en collaboration avec les organismes de santé publique et les organismes communautaires de services liés au sida, et faire en sorte que des intervenants autres que les travailleurs de soins de santé puissent offrir des conseils préalables et postérieurs aux personnes qui obtiennent un résultat négatif. (Responsabilité : collectivité et santé publique)
4. Accroître la préparation et le soutien à l'égard de la collectivité en assurant l'équité et un financement dédié. Le continuum des services de prévention devrait englober, notamment, le dépistage, les soins, les traitements et le soutien. (Responsabilité : collectivités)

Pour de plus amples détails, consultez l'annexe B.

Exposé : Surveillance liée à la prévention du VIH

D^r Robert Remis, professeur, département des sciences de la santé publique, Université de Toronto

Afin d'éclairer la discussion sur la surveillance, le D^r Robert Remis a exposé ses points de vue en ce qui concerne les possibilités et les obstacles relatifs à la surveillance. Il a observé que la surveillance devrait être définie comme « l'information axée sur l'action » et qu'elle devrait être effectuée uniquement lorsqu'on entend prendre des mesures relativement aux indicateurs observés. Les bons indicateurs doivent être valides, objectifs, réalisables et segmentés selon la population vulnérable, le sexe, l'âge et la région géographique. Voici les indicateurs clés en ce qui concerne la prévention du VIH :

- description des populations à risque;
- incidence et prévalence de l'infection à VIH;
- migration des personnes atteintes du VIH;
- incidence et prévalence du sida;
- numération des récepteurs CD4+ et charge virale chez les nouveaux cas diagnostiqués;
- mortalité liée au VIH et à d'autres causes;
- participation aux programmes de dépistage du VIH parmi les groupes à risque, les femmes enceintes et l'ensemble de la population;
- proportion de personnes atteintes du VIH qui connaissent leur état sérologique;
- participation aux programmes de prévention et de traitement du VIH;
- personnes évaluées en vue d'un traitement ARV et admissibles à ce type de traitement;
- personnes qui reçoivent un traitement ARV;
- prophylaxie ARV relativement à la transmission de la mère à l'enfant;
- comportements sexuels à risque et autres comportements;
- autres infections transmises sexuellement.

Le D^r Remis a présenté plusieurs systèmes et programmes d'information qui pourraient être utilisés pour obtenir des données liées aux indicateurs clés, y compris des résultats de recensement et de sondages spécialisés auprès de la population, des études particulières, des données de surveillance renforcée du VIH, des données relatives aux maladies à déclaration obligatoire, les enquêtes relatives aux épidémies et les résultats d'enquêtes comportementales et sérologiques. Le D^r Remis croit que les programmes systématiques de recherches épidémiologiques et de comportement permettent de décrire – et surveiller – l'infection et le dépistage. Malgré les problèmes qui s'y rattachent, les études de cohortes sur les populations



vulnérables fournissent une abondance de données sur l'incidence du VIH, les déterminants et les comportements à risque.

Même si ces données seront utilisées pour évaluer l'incidence des politiques et des programmes de prévention du VIH, il faut prendre en compte le fait que les résultats puissent illustrer les conséquences de programmes répétés et d'autres facteurs. Des mécanismes appropriés d'évaluation devraient comporter une infrastructure adéquate, des processus clairement définis et les résultats prévus. Enfin, le D^r Remis a observé qu'il serait très utile de recenser les politiques et les programmes actuels relatifs à la prévention du VIH afin d'orienter les démarches ultérieures.

Principaux points de discussion relatifs à la surveillance :

Voici les principaux obstacles et possibilités relatifs à la surveillance :

- Certaines populations nient la réalité et la religion peut présenter un obstacle.
- Absence d'évaluation de l'utilité et de l'opportunité des programmes
- Manque de précision des rôles et des responsabilités et absence de leadership
- Absence de financement à long terme
- L'engagement significatif de la part des intervenants de première ligne est restreint (à l'échelon communautaire)
- Absence d'uniformisation de la cueillette de données (p. ex. parmi les Autochtones ou les détenus)
- Limites du système et de l'infrastructure de rapports

Éléments de la perspective d'avenir souhaitée :

- Meilleure connaissance des collectivités
- Amélioration des partenariats, particulièrement entre le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et territoriaux et les collectivités locales
- Participation des collectivités et renforcement des capacités et du savoir pour les communautés
- Des données plus opportunes, appropriées et utiles pour les personnes qui en ont besoin et l'accroissement de la cueillette de données touchant les cas aigus et récents
- Utilisation des données de surveillance dans la planification des activités
- Mise en place d'un système national efficace et efficient relatif au VIH, au VHC et aux ITS
- Inventaire accessible de données sur les investissements et les résultats relatifs à la prévention du VIH
- L'ASPC joue un rôle de premier plan
- Accroissement de la sensibilisation et normes de cueillette de données à l'égard des Autochtones

Principales stratégies recommandées :

1. Remanier l'établissement de profil et interroger les 1 000 dernières personnes séropositives pour le VIH selon un processus global. (Responsabilité : organismes communautaires et personnes atteintes du VIH/sida)
2. Leadership accru de l'ASPC en ce qui concerne la surveillance généralisée des services de dépistage du VIH dans les prisons
3. Organiser une consultation ou un forum distinct afin d'identifier les questions touchant la surveillance parmi les Autochtones, en vue d'accroître la sensibilisation, de modifier les attitudes et de régler les préoccupations. (Responsabilité : ASPC)



4. Évaluer le système de surveillance du VIH et appuyer les projets d'évaluation à l'échelon provincial, parallèlement à la détermination nationale des indicateurs fondamentaux (processus, résultats et incidence). Établir des liens avec l'initiative *Au premier plan*. (Responsabilité : ASPC)

Pour de plus amples détails, consultez l'annexe C.

Exposé : Co-infection avec des maladies transmises sexuellement (MTS) **D^r Paul MacPherson, professeur adjoint de médecine, division des maladies infectieuses, Hôpital d'Ottawa**

Le D^r Paul MacPherson a expliqué l'incidence des MTS sur la transmission du VIH et la manière dont le VIH, à son tour, affecte la présentation et le traitement des MTS. Chez les personnes séronégatives, les MTS éliminent les obstacles naturels et facilitent ainsi l'introduction du VIH. Chez les personnes séropositives, les MTS attirent non seulement les lymphocytes porteurs du VIH vers les voies génitales, mais elles stimulent également la reproduction et la libération de nouvelles particules de VIH. En accroissant la charge virale relative au VIH dans les voies génitales, les MTS accroissent considérablement le risque de transmission du VIH. Bien que cette question fasse l'objet d'études divergentes, il est généralement reconnu que le traitement des MTS peut réduire la transmission du VIH.

Le VIH accroît la transmission et la gravité d'autres MTS. Par exemple, les personnes séropositives qui sont également atteintes de l'herpès présentent des poussées plus fréquentes et plus graves, des excrétions plus fréquentes de l'herpès pendant les périodes asymptomatiques et un risque plus grand de contracter des formes d'herpès résistantes à l'aciclovir. Chez les personnes atteintes du VIH-1 qui subissent des traitements HAART, la réactivation du virus de l'herpès simplex est également plus fréquente.

Bien que le D^r MacPherson se réjouisse du fait que les femmes peuvent être vaccinées contre le papillomavirus (HPV), il se demande pourquoi le vaccin n'est pas offert aux hommes, puisque l'incidence des tumeurs malignes associées au HPV est plus élevée chez les HRSH que chez les femmes ou que l'ensemble de la population.

Le D^r MacPherson a terminé sa présentation en partageant des données sur l'épidémie de syphilis à Ottawa, lesquelles révèlent que 48 % des HRSH atteints de syphilis sont également séropositifs. L'un des plus grands défis pour les professionnels de la santé publique est la présence de plusieurs épidémies parallèles et distinctes de VIH et le fait que chacune d'elles exige des stratégies différentes afin de réduire efficacement la transmission.

Principaux points de discussion relatifs à la co-infection :

Voici les principaux points soulevés par les participants en ce qui concerne la co-infection :

Les obstacles et les possibilités clés relatifs à la co-infection sont les suivants :

- Manque de cohérence parmi les approches de réduction des méfaits;
- Absence de connaissance du risque accru d'infection parmi les homosexuels;
- Absence de dépistage uniformisé du cancer anal;
- Mythes entourant les vaccins HPV et perception qu'ils ne sont pas accessibles aux hommes;
- Absence de collaboration (sauf en cas d'épidémies);
- Les initiatives de financement comportent des limites ou des objectifs liés à des maladies précises;
- Difficulté à intégrer les programmes ou, le cas échéant, intégration sans objectifs précis;
- Absence de produits pharmaceutiques accessibles;
- Absence de financement en matière d'ITS;



- Les approches peuvent varier d'une population à l'autre;
- Les professionnels des soins de santé ne sont pas nécessairement à l'aise pour discuter de questions sexuelles;
- Il faut offrir un vaste programme d'éducation en milieu scolaire;
- Il faut communiquer un message cohérent axé sur les pratiques sexuelles sans risque;
- Il existe des possibilités de partager les ressources et l'expertise; il faut cependant veiller à ce que les maladies ne s'éloignent pas du programme et à ce que les fonds soient affectés à la lutte contre le VIH;
- Hypothèses et stigmatisation reliées au modèle de transmission.

Éléments de la perspective d'avenir souhaitée :

- Approche de prévention fondée sur la réduction des méfaits;
- Discours ouvert et transparent auprès de l'ensemble des intervenants en ce qui concerne l'intégration;
- Approche intégrée à l'égard du dépistage, des diagnostics, de la prévention, du traitement et du counselling en matière de VIH et d'ITS;
- Communication d'un message parallèle relatif à l'hépatite C et au VIH (s'il y a lieu);
- Les projets pilotes fructueux seraient poursuivis et mis en oeuvre à titre de programmes novateurs de prévention.

Principales stratégies recommandées :

1. Services de dépistage de routine du VIH, du VHC, de la syphilis, de la gonorrhée et de chlamydia. (Responsabilité : Conseil du Réseau de santé publique)
2. Offrir des programmes continus d'éducation en matière de santé sexuelle dans les écoles et dans d'autres secteurs, afin de normaliser et d'identifier les obstacles.
3. Assurer des interventions de prévention, de traitement et de gestion des co-infections, axées sur les populations distinctes, puisque les priorités varient d'une population à l'autre. Étendre la recherche en matière de co-infections de manière à y intégrer les facteurs de risque et la co-morbidité. (Responsabilité : collectivité et santé publique)
4. Élaborer une stratégie communautaire durable en matière d'hépatite C et de co-infections qui prévoit l'affectation de fonds dédiés aux soins dans l'ensemble des provinces et des territoires. Obtenir l'appui de chacun des ministres provinciaux et territoriaux de la santé et des travailleurs de première ligne des soins de santé. (Responsabilité : autorités FPT, CNCMI, chacun des organismes provinciaux et territoriaux de la santé publique)
5. Fusionner les initiatives programmatiques par population clé et stipuler que les dispensateurs de services doivent offrir des services intégrés relatifs au VIH, à l'hépatite C et aux ITS, afin de réduire le chevauchement des efforts, d'accroître la collaboration en renforçant les partenariats et d'assurer une adaptation plus efficace aux tendances et aux besoins émergents. À cet égard, une réorganisation des organismes communautaires et de la prestation de services pourrait être requise (p. ex. le fusionnement du centre de santé Nine Circles de Winnipeg, à la demande de la collectivité).
6. Éliminer le cloisonnement qui divise les initiatives de la collectivité, des milieux de la recherche et de la santé publique, de même qu'au sein des groupes de santé publique. Maximiser la capacité de collaborer à des approches communes à l'égard de la prévention qui regroupent les enjeux communs, les groupes à risque, etc. (Responsabilité : tous les intervenants)

Pour de plus amples détails, consultez l'annexe D.



Exposé : Échange et diffusion des connaissances

D^r Sean B. Rourke, directeur scientifique et exécutif, Réseau ontarien de traitement du VIH, professeur agrégé de psychiatrie, Université de Toronto, chercheur scientifique, Centre for Research on Inner City Health, Hôpital St. Michael's

Le D^r Sean B. Rourke a exposé son point de vue sur la manière d'améliorer l'échange et la diffusion des connaissances (TEC). Il a présenté quelques-unes des composantes fondamentales d'échange et de diffusion efficaces des connaissances, y compris la lecture des ouvrages des experts canadiens en matière de TEC, les mesures axées sur l'élaboration et l'utilisation de résultats scientifiques afin d'éclairer la prise de décisions et l'élaboration de mécanismes en vue d'évaluer les conséquences. Selon le D^r Rourke, Jonathan Lomas, directeur général de la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, et John Larvis, titulaire de chaire de recherche du Canada en matière de transfert de connaissances (TC) à l'Université McMaster, sont deux modèles éminents dans le domaine.

Le D^r Rourke a présenté les cinq principes du TC selon Jonathan Lomas : 1) Le TEC est un sport de contact et un jeu d'équipe; 2) les documents écrits, quelle que soit leur forme, ne suffisent pas pour assurer le transfert cohérent des connaissances; 3) le TC a trait à la coordination de trois « équipe », à savoir l'équipe des créateurs de connaissances, celle des responsables de leur diffusion et celle des utilisateurs de ces connaissances; 4) la coproduction de recherches constitue la forme la plus efficace de transfert des connaissances et 5) il faut doter les décideurs des outils nécessaires pour repérer et utiliser les recherches, puisqu'ils aident ainsi les chercheurs et d'autres intervenants à communiquer les résultats de leurs recherches. Le D^r Rourke a également formulé des suggestions touchant la manière d'élaborer et d'utiliser des recherches fondées sur des données probantes pour éclairer la prise de décisions, y compris un cadre défini par John Larvis et une approche systématique à l'égard du TC comportant les mesures suivantes : 1) déterminer le message à communiquer, 2) le destinataire du message, 3) l'intermédiaire qui doit transmettre le message, 4) la manière dont le message doit être communiqué et 5) l'effet que le message doit produire (évaluation). De plus, les chercheurs devraient exploiter les examens systématiques existants et les recherches fondées sur les connaissances et, en particulier, utiliser les données probantes qui ont déjà fait l'objet d'une synthèse (p. ex. la collaboration Cochrane). En outre, toute initiative de transfert de connaissances devrait être appuyée par des mécanismes appropriés visant à évaluer les conséquences de l'utilisation des connaissances dans le cadre du processus décisionnel.

Afin de faciliter l'échange et la diffusion des connaissances, il est essentiel de réunir les intervenants appropriés, de créer des possibilités d'interaction et de partenariat et de faire preuve de créativité, de souplesse et de capacité d'adaptation. Le D^r Rourke croit que bien que le financement soit essentiel, il faut renforcer davantage les capacités à l'aide du mentorat et de la formation et accroître les partenariats stratégiques entre la collectivité et les milieux scientifiques.

Principaux points de discussions relatifs à l'échange et la diffusion des connaissances :

Voici les principaux points soulevés par les participants en ce qui concerne l'échange et la diffusion des connaissances :

Les obstacles et les possibilités clés relatifs à l'échange et la diffusion des connaissances sont les suivants :

- Absence de communication
- Absence de partenariats réels
- Participation insuffisante de la collectivité, des milieux universitaires et des décideurs à l'étape de la planification précédant la recherche



- La prévention exige une reconnaissance professionnelle parallèlement à la recherche médicale
- Les universitaires pourraient recevoir de la formation afin de mieux comprendre les bonnes pratiques de TEC
- Absence d'accès technique
- Manque de capacité
- Des structures ont été mises en place, mais elles n'ont pas atteint leur rendement optimal
- Manque de temps pour lire les recherches et les rapports, et on consacre beaucoup de temps aux décisions financières et administratives.

Éléments de la perspective d'avenir souhaitée :

- Engagement et partenariats communautaires significatifs dans le cadre du processus de TEC
- Conséquences positives de la recherche, interprétation des résultats de la recherche et engagement valable sur le plan du TEC
- Les politiques et les programmes sont éclairés efficacement à l'aide des meilleures données probantes accessibles
- Accessibilité d'un financement suffisant
- Renforcement continu des capacités humaines à des fins de TEC
- Reconnaissance de la valeur d'une expérience et de connaissances spécialisées différentes
- Pratiques exemplaires définies par l'intermédiaire de différentes sources

Principales stratégies recommandées :

1. Élaborer un mécanisme pour recueillir et faire la synthèse de l'expérience de recherches et de programmes en matière de prévention du VIH. Les renseignements devraient être conservés par un organisme indépendant, et les connaissances devraient être converties en recommandations de mesures de prévention du VIH réalisables. (Responsabilité : CNCMI)
2. Intégrer, dès le départ, les principaux intervenants aux projets de recherche. (Responsabilité : chercheurs)
3. Établir des mécanismes plus souples de demande de financement et de Demandes de Propositions, afin de fournir des ressources financières qui réuniront les intervenants à des fins de formation et qui favoriseront le renforcement des capacités. (Responsabilité : IRSC et ASPC)
4. Établir et maintenir des mécanismes d'échange de connaissances qui favorisent la participation de l'ensemble des professionnels, y compris les chercheurs de première ligne, les intervenants de la santé publique et le personnel scolaire, et qui sont pertinents pour ces derniers. (Responsabilité : organismes communautaires, gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux)
5. Désigner des champions issus de chacun des secteurs et les réunir afin de déterminer des solutions. (Responsabilité : champions issus de chacun des secteurs)
6. Évaluer les priorités antérieures en matière de financement de la recherche, afin de comprendre la manière dont la recherche a éclairé les politiques et les pratiques, et élaborer des priorités de recherche fondées sur les enjeux stratégiques (c.-à-d. élimination du cloisonnement de la recherche en matière de VIH).

Pour de plus amples détails, consultez l'annexe E.



Autres recommandations :

À la fin de la séance de travail, les participants ont offert la recommandation suivante, qui fut largement appuyée par le groupe :

- On devrait élaborer un cadre national de prévention du VIH en y intégrant des éléments d'une stratégie nationale de prévention, faire concorder ce cadre avec un inventaire d'initiatives efficaces de prévention du VIH et utiliser le cadre en guise de guide afin d'assurer un engagement financier soutenu à long terme. (42 votes)

Bien qu'appuyée par un grand nombre de participants, certains se sont demandés pourquoi ne pas plutôt recommander l'élaboration d'une stratégie nationale de lutte contre le VIH. Cependant, la plupart ont convenu que l'élaboration d'un cadre national constituerait une réalisation importante, établissant ainsi un terrain d'entente pour les personnes désirant participer aux initiatives de prévention du VIH.

Mot de la fin

Nina Arron, directrice, Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida, ASPC

D^r Allan Ronald, directeur scientifique, Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses

Nina Arron et Allan Ronald ont levé la séance en remerciant les participants de leur contribution. Il fut annoncé qu'un rapport serait rédigé après la réunion et qu'il serait partagé avec les participants. L'ASPC développera un cadre politique sur la prévention du VIH qui pourra servir de guide pour le travail en prévention du VIH au Canada. Suite à l'élaboration de ce cadre, des lignes directrices plus précises traitant des thèmes de prévention spécifiques pourront être développées.

Le CCNMI poursuivra ses initiatives dans ce domaine et tentera d'intégrer d'autres groupes et collectivités au débat, d'explorer les options qui appuieraient un accroissement des services plus groupés, d'accroître la connaissance des enjeux de la prévention du VIH, de préciser les rôles et les responsabilités de l'ensemble des parties touchées, et de se pencher sur les obstacles et les limites identifiés pendant le forum.



Annexe A – Participants de l'atelier

Nom	Organisme
Aggie Adamczyk	Agence de la santé publique du Canada, Communications
Barry Adam	Université de Windsor, Chercheur
Harry Adams	Conseil national autochtone sur le VIH/sida Conseiller pédagogique, Commission scolaire Kativik Éducation des Adultes et formation professionnelle CIHAN, Commission scolaire Kativik Formation continue
D^r Alix Adrien	Service régional de santé publique de Montréal, médecin-conseil Programme de résidence en médecine communautaire de l'Université McGill, directeur Département d'épidémiologie et de biostatistique de l'Université McGill, professeur adjoint
Pam Amulaku	Agence de la santé publique du Canada, conseillère de programme, réseau régional du sida, région de l'Alberta
D^r Chris Archibald	Agence de la santé publique du Canada, directeur, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques
Nina Arron	Agence de la santé publique du Canada, directrice, Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida
Jackie Arthur	Agence de la santé publique du Canada, conseillère politique principale, Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida
Chris Armstrong	Agence canadienne de Développement International, chef d'équipe intérimaire, Direction des politiques sur le VIH/sida
Phillip Banks	AIDS Vancouver, directeur, Services de prévention du VIH
Kevin Barlow	Réseau canadien autochtone du sida, directeur général
Bronwyn Barrett	Positive Women's Network, coordonnatrice du programme de soutien
Larry Baxter	Commission consultative sur le sida de la Nouvelle-Écosse, président
Julie Bernier	Commission des services de santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador (CSSSSPNQL), coordonnatrice technique VIH/sida en milieu urbain
Louise Binder	Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements, présidente
Eirikka Brandson	Centre d'excellence en matière de VIH/sida de la Colombie-Britannique, analyste de programmes, Programme de traitement du VIH/sida
D^r James Brooks	Agence de la santé publique du Canada, chef, laboratoires nationaux en matière de VIH - génétique
Barb Bowditch	Clinique de santé en matière de sexualité de Prince Albert, consultante et intervenante en matière de VIH/hépatite C
D^r Bluma Brenner	Université McGill, chercheure
Neil Burke	Agence de la santé publique du Canada, gestionnaire, Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida
D^r David Butler-Jones	Agence de la santé publique du Canada, administrateur en chef de la santé publique
D^r Liviana Calzavara	Université de Toronto, chercheure
Wayne Campbell	BC Persons With AIDS Society, secrétaire



Lisungu Chieza	AIDS Committee of Toronto (ACT), coordonnatrice de l'éducation communautaire des femmes Voices of Positive Women, membre du conseil
D^r Pascal Chevit	Ministère de la Santé de la France, directeur, division du VIH/sida
Joanne Csete	Réseau juridique canadien VIH/sida, directrice générale
Ian Culbert	Association canadienne de santé publique, directeur, Centre d'information sur le VIH/sida
Jeanette Doucet	Pauktuutit Inuit Women of Canada, gestionnaire, politiques et programmes sur la santé sexuelle et le VIH/sida
Katherine Dinner	Agence de la santé publique du Canada, analyste de recherche, Division des infections acquises dans la collectivité
Tracey Donaldson	Santé Canada, analyste de politique principale, Bureau du secrétariat de la stratégie antidrogue et de la politique stratégique
Monique Doolittle-Romas	Société canadienne du sida, directrice générale
Willow Dunlop	YouthCo. AIDS Society, coordonnatrice des programmes de santé sexuelle
D^r Andrew Ember	Ressources humaines et Développement social Canada, conseiller médical, Régime de pension du Canada
D^r Kevin Fenton	Centres de contrôle et de prévention des maladies des États-Unis, directeur, Centre national de prévention et de contrôle du VIH/sida, prévention de l'hépatite virale, des MTS et de la tuberculose
Linda Findlay	Santé et bien-être Alberta, gestionnaire de projets, Stratégies de la santé de la population
Jacqueline Gahagan	Conseil ministériel sur le VIH/sida, Chercheure, Université de Dalhousie
Marc-André Gaudreau	Agence de la santé publique du Canada, gestionnaire, Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida
Jennifer Geduld	Agence de la santé publique du Canada, gestionnaire, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques
Sheila Genaille	Conseil national autochtone sur le VIH/sida Conseil national des femmes métisses
D^r Mark Gilbert	Centre d'épidémiologie de la Colombie-Britannique, médecin épidémiologiste, division de la prévention et du contrôle des ITS et du VIH
Joseph Jean-Gilles	GAP-VIES (groupe d'action pour la prévention de la transmission et l'éradication du Sida), coordonnateur
Trevor Gray	Prisoners with HIV/AIDS Support Action Network, coordonnateur de l'éducation axée sur les jeunes et la diffusion
Lise Guérard	Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, chef de service, Direction de la protection de la santé publique,
Jennifer Gunning	Instituts de recherche en santé du Canada, chef d'équipe, initiative de recherche sur le VIH/sida, Institut des maladies infectieuses et immunitaires
D^r Catherine Hankins	ONUSIDA, conseillère scientifique principale
Miki Hansen	AIDS Vancouver Island, directrice générale
Marie Anésie Harerimana	Centre de ressources et d'interventions en santé et sexualité (CRISS), coordonnatrice
Christine Harmston	Santé Canada, conseillère principale, Direction des affaires internationales
D^{re} Bronwen Harvey	Ministère de la Santé de l'Australie, conseillère médicale, section des ITS et du VIH/sida, direction des programmes ciblés et de la prévention
Jordana Heaton	Agence de la santé publique du Canada, analyste en politiques



	principale, Direction des politiques stratégiques
Catherine Henderson	Ressources humaines et Développement social Canada, conseillère aux programmes, Gestion de programme, Direction générale du logement et des sans-abri (DGLSA)
Sue Hicks	Centre national de collaboration des maladies infectieuses, consultante
Brian Huskins	Conseil ministériel sur le VIH/sida
Gayatri Jayaraman	Agence de la santé publique du Canada, gestionnaire, section de la surveillance des ITS et du VHC et de l'épidémiologie, Division des infections acquises dans la collectivité
Liljia Jonsdottir	Agence de la santé publique du Canada, analyste politique, Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida
Rick Kennedy	Réseau ontarien de traitement du sida, directeur général
D^r Joel Kettner	Ministère de la Santé du Manitoba, Médecin hygiéniste en chef
Marita Killen	Santé Canada, agente de programme, Direction des affaires internationales
Jay Koornstra	Bruce House, directeur général
Rhonda Kropp	Agence de la santé publique du Canada, analyste de santé publique principale, Division des infections acquises dans la collectivité
Linda A. Ladouceur	Agence de la santé publique du Canada, gestionnaire, Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida
Célyne Laflamme	Santé Canada, coordonnatrice nationale des programmes des maladies transmissibles par le sang, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
Marie-France Lapierre	Service correctionnel du Canada, gestionnaire de portefeuille, Direction des politiques
René Lavoie	Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le SIDA (COCQ-SIDA), consultant
D^r Lynne Leonard	Université d'Ottawa, chercheure, Département d'épidémiologie et de médecine communautaire
D^r Felix Li	Agence de la santé publique du Canada, directeur général adjoint intérimaire, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses
John Maxwell	Comité du sida de Toronto, directeur des projets spéciaux
Joanne MacKinnon	Yellowknife Health & Social Services Authority, infirmière de la santé sexuelle
D^r Paul MacPherson	Université d'Ottawa, Professeur adjoint de médecine, Division des maladies infectieuses, Faculté de médecine Scientifique, programme de médecine moléculaire Institut de recherche en santé d'Ottawa, Hôpital d'Ottawa, campus général
Phyllis Marsh-Jarvis	Health Association of African Canadians, présidente coprésidente, conseil de la santé du sud-est
Susan Maves	Agence de la santé publique du Canada, adjointe, Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida
Jennifer McCrea-Logie	Agence de la santé publique du Canada, analyste, Division des infections acquises dans la collectivité
Michael McCulloch	Agence de la santé publique du Canada, conseiller politique principal, Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida
Darlene McDonald	ARS d'Assiniboine et de Brandon, Coordinatrice des ITS, programme de lutte contre les ITS/hépatite C/VIH



Frank McGee	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, coordonnateur du sida, Bureau de la lutte contre le sida
Heather Medwick	Centre national de collaboration des maladies infectieuses, directrice, Initiatives de collaboration
Tanya Merke Epp	Centre national de collaboration des maladies infectieuses, gestionnaire de programme
D^r Julio Montaner	Centre d'excellence de la Colombie-Britannique en matière de VIH/sida, hôpital St. Paul's , Administrateur général
James Murray	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Bureau du sida
D^r Ted Myers	Association canadienne de chercheurs sur le VIH/sida, président Université de Toronto, Professeur et directeur de l'unité des études sociales, comportementales et épidémiologiques sur le VIH
Fanta Ongoiba	Africans in Partnership Against AIDS(APAA), directrice générale <i>*représente également l'African and Caribbean Council on HIV/AIDS in Ontario</i>
Michael O'Connor	Interagency Coalition on AIDS and Development, directeur général
Dana Paquette	Agence de la santé publique du Canada, épidémiologiste principale, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques
Anne-Marie Parent	Groupe Intersol, animatrice
Nick Partridge	Terrence Higgins Trust, directeur général
Carla Pindera	Centre de santé communautaire Nine Circles, gestionnaire de programmes cliniques
Mary Beth Pongrac	Service correctionnel du Canada, Agente de projet – VIH/sida
Natalie Lloyd	Nation Métis de l'Ontario, superviseure des soins de longue durée
D^r Michael Rekart	Centre d'épidémiologie de la Colombie-Britannique, directeur, Contrôle des MTS/sida
D^r Robert Remis	Université de Toronto, chercheur
Shane Rhodes	Agence de la santé publique du Canada, conseiller politique principal, Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida
Nicholas Robinson	Agence de la santé publique du Canada, chef par intérim, promotion, prévention et contrôle en santé publique, Division des infections acquises dans la collectivité
Tim Rogers	Réseau canadien d'info-traitements sida
Dr Allan Ronald	Centre national de collaboration des maladies infectieuses (CNCMI), directeur scientifique intérimaire
Lorie Root	Agence de la santé publique du Canada, gestionnaire par intérim, Politiques et partenariats
D^r Sean Rourke	Réseau ontarien sur le traitement du VIH (ROTV), directeur général
Robert Rousseau	Séro Zéro, directeur général
Sheena Sargent	Youthco AIDS Society, directrice générale
Dena Schanzer	Agence de la santé publique du Canada, Analyste statistique principale, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques
D^r Jeff Scott	Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, médecin hygiéniste en chef
D^r Rita Shahin	Division de la santé publique de Toronto, médecin hygiéniste associée
Charles Shamess	Agence de la Santé publique du Canada, Consultant de



	programme, réseau régional du sida, région de l'Ontario
Amberine Sheikh	Agence de la santé publique du Canada, consultante de programme, Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida
Alan Sierolawski	Service correctionnel du Canada, coordonnateur du programme national de lutte contre les maladies infectieuses
Ameeta Singh	Bureau de la santé provinciale de l'Alberta, conseillère médicale sur les maladies infectieuses
D^r Bhagirath Singh	Institut des maladies infectieuses et immunitaires, Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), directeur scientifique
Christine Smith	AIDS Programs South Saskatchewan, directrice
Marsha Hay Snyder	Agence de la santé publique du Canada, gestionnaire, Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida
Daphne Spencer	Centre d'épidémiologie de la Colombie-Britannique, Politiques sur le VIH et surveillance du sida, Éducation et formation en matière de VIH
Grafton Spooner	Agence de la santé publique du Canada, gestionnaire, Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida
Jo-Anne Stead	Agence de la santé publique du Canada, consultante de programme, Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida
Malcolm Steinberg	Centre d'épidémiologie de la Colombie-Britannique, division de la prévention et du contrôle du VIH et des ITS
Cathy Steven	Centre national de collaboration des maladies infectieuses, consultante
Louise Tanguay	Conseil national autochtone sur le VIH/sida, Commission des services de santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL)
Madani Thiam	Agence de développement international du Canada, Direction des politiques
Kim Thomas	Société canadienne du sida, gestionnaire, Programmes nationaux
Geneviève Tremblay	Agence de la santé publique du Canada, gestionnaire, Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida
Zhaida Uddin	Service de santé publique de la ville d'Ottawa, agente de projets.
Marc Valois	Groupe Intersol, animateur
Karen Verheove	Service de santé publique de la région de Waterloo, gestionnaire de programmes sur le sida et les MTS
Julie Vesely	Centre national de collaboration des maladies infectieuses, adjointe
D^r Mark Wainberg	McGill AIDS Centre, directeur, Institut Lady Davis, Hôpital général juif
Wanda White	Services de la santé de la population et services sociaux en matière de santé du gouvernement des T. N.-O., spécialiste des maladies transmissibles, Santé publique
Tom Wong	Agence de la santé publique du Canada, directeur, Division des infections acquises dans la collectivité
Ping Yan	Agence de la santé publique du Canada, gestionnaire, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques
Elisse Zack	Groupe de travail canadien sur le VIH/sida et la réinsertion sociale, directrice générale



Annexe B – Compte rendu du groupe de discussion sur le dépistage

Groupe 1 – Dépistage

Principaux obstacles et possibilités :

- Vocabulaire du dépistage – services de routine vs tests de dépistage de routine;
- Tests de dépistage de routine – manque d'uniformité des services de conseils;
- Stéréotypes – obstacles à l'offre et à la demande de tests;
- La formation offerte aux dispensateurs de soins de santé ne met pas l'accent sur les questions touchant la santé sexuelle;
- Populations clés (femmes qui ne reçoivent pas suffisamment de services de dépistage, cadre générique, groupes clés, cadre secondaire);
- Dispensateurs de soins de santé – temps d'offrir des conseils / demande;
- Manque d'accessibilité – Les services de dépistage doivent être accessibles à plusieurs emplacements;
- Financement des points de service – qui assume les coûts?
- Connaissance insuffisante des traitements accessibles aux personnes qui reçoivent un résultat positif parmi les professionnels de la santé;
- Confidentialité;
- Les personnes ne retournent pas demander les résultats de leurs tests;
- Trousses pour tests à domicile – inscription de numéros sans frais pour obtenir des trousses de dépistage sur des inserts.

Perspectives souhaitées :

- Création d'un milieu dans lequel les gens se sentent à l'aise pour aller subir des tests de dépistage;
- Pratiques, lois et politiques harmonisées et fondées sur des données probantes en matière de santé publique dans l'ensemble du Canada, en vue d'un dépistage qui illustre une approche axée sur les droits de la personne. Les dispensateurs de soins de santé passent d'un territoire de compétence à l'autre;
- Les services de dépistage seraient plus accessibles aux gens là où ils se trouvent. Contexte dans lequel les services de dépistage se rendent parmi la population, plutôt que les gens ne se rendent dans des centres de dépistage situés en dehors des collectivités locales;
- Accès plus rapide aux résultats.

Recommandations

1. Effectuer une analyse de la conjoncture relative aux politiques, aux évaluations, aux lois et aux programmes provinciaux et territoriaux actuels en matière de dépistage. Analyser ces éléments du point de vue des droits de la personne et élaborer des normes et des lignes directrices nationales harmonisées touchant le dépistage, y compris des tests de dépistage de routine et des services de counselling, (2) la création de milieux sûrs et confortables et (3) un environnement accessible.

Responsabilité : Conseil du Réseau de santé publique

Soutien : Milieux FPT du sida, organismes de services liés au sida

Échéancier proposé : 2007-2008

Nombre de votes recueillis : 28 votes

2. Engager des discussions avec les organismes médicaux professionnels et l'Association médicale canadienne en ce qui concerne l'attitude des médecins, les préoccupations, les obstacles et les ressources touchant les services de dépistage de routine du VIH.

Responsabilité : ASPC

Soutien : Conseil des médecins hygiénistes, organismes de services liés au sida



Groupe 1 – Dépistage

Échéancier proposé : 2007-2008

Nombre de votes recueillis : 15 votes

3. Consultation publique générale sur les attitudes et les perceptions relatives au dépistage du VIH (p. ex. services de dépistage de routine, counselling, terminologie, sécurité, aisance et accessibilité, rôle des dispensateurs de soins, sites, stéréotypes, points de services et coûts du dépistage à domicile). Cette consultation éclairerait l'élaboration de politiques, le marketing social et l'encadrement.

Responsabilité : ASPC / ACS

Soutien : Autorités FPT en matière de sida et organismes de services liés au sida

Échéancier proposé : 2007-2009

Nombre de votes recueillis : 4 votes

Groupe 2 – Dépistage

Principaux obstacles et possibilités :

- Accès physique et populations diverses (p. ex. les femmes, régions rurales et urbaines), Autochtones;
- Perception des risques du point de vue des professionnels de la santé.

Perspectives souhaitées :

- Accroissement de l'accès aux tests de dépistage par le biais de divers points d'accès (médecins, intervenants de la rue, processus anonyme et dépistage rapide au point de service);
- Amélioration de la perception des risques du point de vue des professionnels de la santé;
- Counselling préalable et postérieur plus efficace et cohérent;
- Pratiques exemplaires à l'égard de diverses populations;
- Meilleure connaissance des collectivités vulnérables et manière de traduire cette connaissance en moyens efficaces, précis et utiles auprès des personnes et des malades;
- Amélioration de la formation des professionnels de la santé et des cliniciens.

Recommandations

1. Détermination et compilation des pratiques exemplaires de dépistage selon la population et les risques. Détermination des lacunes actuelles.

Responsabilité : Conseil du Réseau de santé publique

Soutien : Provinces et territoires

Échéancier proposé : 1 ou 2 ans

Nombre de votes recueillis : 7 votes

2. Élaboration de programmes de formation et de lignes directrices touchant les médecins et les autres cliniciens en ce qui concerne les risques et le counselling préalable et postérieur, selon une approche globale à l'égard de la santé sexuelle.

Responsabilité : ASPC

Soutien : Provinces et territoires, associations professionnelles, organismes de services liés au sida

Échéancier proposé : 2 ou 3 ans

Nombre de votes recueillis : 3 votes



Groupe 2 – Dépistage

3. Accroître la capacité de l'infrastructure de dépistage.

Responsabilité : Provinces et territoires et ARS

Soutien : Gouvernement fédéral

Échéancier proposé : 3 à 5 ans

Nombre de votes recueillis : 3 votes

Groupe 3 – Dépistage

Principaux obstacles et possibilités :

- Les personnes atteintes du VIH ne connaissent pas leur état;
- Des obstacles empêchent actuellement les personnes de subir des tests de dépistage;
- À l'heure actuelle, les professionnels de la santé sont plutôt réactifs que proactifs (c.-à-d. qu'ils ne mettent pas l'accent sur la prévention primaire).

Perspectives souhaitées :

- Accroissement du dépistage afin de repérer les cas inconnus de personnes atteintes du VIH;
- Réduction des obstacles au dépistage;
- Les taux de dépistage sont doublés et le nombre de cas non diagnostiqués diminue de 50 % dans les trois prochaines années;
- Création d'un milieu dans lequel les services de dépistage sont accessibles, abordables et respectueux des choix de l'individu, assorti d'une infrastructure et de services de soutien appropriés (c.-à-d. des points de vue du financement, de la formation, des ressources, du personnel, etc.).

Recommandations

1. Examens pratiqués au point de service, ce qui exigerait la formation de dispensateurs de soins de santé.
Responsabilité :
Soutien :
Échéancier proposé :
Nombre de votes recueillis : aucun vote
2. Uniformité à l'échelle nationale (p. ex. lignes directrices adaptées à la situation des provinces, aux groupes démographiques, aux questions des droits de la personne, etc.).
Responsabilité :
Soutien :
Échéancier proposé :
Nombre de votes recueillis : 2 votes
3. Réduction de la stigmatisation et de la discrimination et amélioration du niveau social et environnemental propice à un milieu dans lequel les personnes choisissent de subir des tests de dépistage.
Responsabilité :
Soutien :
Échéancier proposé :
Nombre de votes recueillis : 5 votes
4. Examen des problèmes relatifs au dépistage (c.-à-d. les obstacles), validation des objectifs, études de cohortes (individus / population et fournisseurs). Éclaircir les perceptions et les idées fausses relatives au fardeau économique des soins comparativement à la prévention.
Responsabilité :



Groupe 3 – Dépistage

Soutien :
Échéancier proposé :
Nombre de votes recueillis : 5 votes

Groupe 4 – Dépistage

Principaux obstacles et possibilités :

- Partenariats entre les organismes de services liés au sida et la santé publique du point de vue de l'appui au dépistage;
- Participation de professionnels autres que des professionnels des soins au counselling;
- Veiller à ce que les services de dépistage soient accessibles à toutes les personnes qui veulent obtenir ces services et à ce que celles-ci soient au courant de leur accessibilité;
- Les obstacles qui nuisent à l'accessibilité des tests et à la sensibilisation à ces tests comportent, sans en exclure d'autres, l'absence de cohérence des politiques dans l'ensemble des provinces, la détermination des méthodes appropriées de dépistage selon la population et la région, les questions de contrôle qualité touchant le dépistage rapide, l'assurance qu'un résultat positif n'entraîne pas de la discrimination, la normalisation comparativement au consentement éclairé particulier, l'intégration des nouvelles techniques, la combinaison appropriée des technologies, les obstacles au consentement éclairé, l'amélioration de la formation et de la sensibilisation des professionnels de la santé, les préférences entre le dépistage anonyme et le dépistage non anonyme, les coûts liés au dépistage et les responsables des coûts, les préoccupations liées à l'utilisation d'un outil de prévention au détriment des autres moyens et la prise en compte des questions générales relatives aux déterminants, p. ex. la stigmatisation en même temps.

Perspectives souhaitées :

- Tests de dépistage disponibles pour tous et accessibles dans les régions urbaines et rurales;
- Les personnes sont renseignées sur le dépistage et en connaissent les conséquences;
- Les personnes qui veulent subir des tests de dépistage peuvent obtenir des conseils et du soutien, et consentir au dépistage;
- La stigmatisation ne nuit plus au dépistage;
- Toutes les techniques de dépistage sont largement utilisées;
- Normes canadiennes relatives aux recommandations en matière de dépistage;
- Le dépistage avec possibilité de refus ne fait pas partie de notre perspective souhaitée;
- Les initiatives de prévention coexistent avec le dépistage.

Recommandations

1. Tous les tests de dépistage effectués au Canada sont accompagnés de services de counselling, en collaboration avec les organismes de santé publique et les organismes communautaires de services liés au sida. Les professionnels de la santé bénéficient d'une meilleure formation fondée sur la valeur, et l'on fait que sorte que des intervenants autres que les travailleurs de soins de santé puissent offrir des conseils préalables et postérieurs aux personnes qui obtiennent un résultat négatif. Des services de counselling et de dépistage adaptés à la culture et à la population sont offerts.

Responsabilité : Collectivité et santé publique

Soutien : CCNMI

Échéancier proposé : À compter de maintenant

Nombre de votes recueillis : 16 votes

2. Optimisation de l'utilisation des nouvelles techniques de dépistage (tests TAN, points de services, mesures récentes) et des lignes directrices afin de connaître le moment et la



Groupe 4 – Dépistage

manière de les utiliser; lignes directrices en matière de counselling et suivi des personnes séropositives et séronégatives.

Responsabilité : ASPC et autorités FPT en matière de sida

Soutien : Autorités provinciales et territoriales de la santé publique

Échéancier proposé : Maintenant

Nombre de votes recueillis : 4 votes

3. Réduire les conséquences néfastes du dépistage (stigmatisation, perte d'emploi, etc.) à l'aide d'une éducation dans les écoles et de marketing social. Inciter les gens à subir des tests et normaliser le VIH/sida sans minimiser son importance.

Responsabilité : Gouvernement et collectivité

Soutien : Santé publique

Échéancier proposé : Avant 2010

Nombre de votes recueillis : 2 votes

Groupe 5 – Dépistage

Principaux obstacles et possibilités :

- Stigmatisation et discrimination;
- Criminalisation de la non divulgation;
- Violence liée au dépistage postérieur;
- Message indu en matière de prévention (accompagné d'activités axées sur un renforcement négatif en matière de risques);
- Les services appropriés sur le plan culturel ne sont généralement pas accessibles;
- Accès;
- Protection de la vie privée au niveau des centres de dépistage;
- Infrastructure (c.-à-d. les centres de dépistage).

Perspectives souhaitées :

- Le message de prévention doit comporter un dépistage adapté à la population et à la culture.

Recommandations

1. Participation accrue des personnes atteintes du sida. Les personnes vivant avec le VIH/sida doivent collaborer à la planification et à la diffusion de tous les messages.

Responsabilité :

Soutien :

Échéancier proposé :

Nombre de votes recueillis : 4 votes

2. Accroissement de l'éducation en matière de santé sexuelle pour les jeunes.

Responsabilité :

Soutien :

Échéancier proposé :

Nombre de votes recueillis : 7 votes



Groupe 6 – Dépistage

Principaux obstacles et possibilités :

- Les gens ne viennent pas récupérer leurs résultats;
- Les gens ignorent où ils doivent se rendre pour subir des tests;
- Il faut assurer des services d'aiguillage appropriés;
- Il faut accroître l'information sur l'évolution de la situation;
- Les personnes qui reçoivent un résultat de test négatif de façon répétée obtiennent des conseils appropriés;
- Lorsque le dépistage est ciblé, bon nombre de personnes ne se sentent pas concernées : « Je ne suis pas à risque, parce que je ne suis pas gai! ».

Perspectives souhaitées :

- Éducation et promotion en ce qui concerne les centres de dépistage;
- Deux approches :
 - Approche axée sur la population à risque (c'est-à-dire que les campagnes varient d'un groupe à l'autre);
 - Dépistage normalisé universel;
- Mise en place de services d'aiguillage afin d'accroître le dépistage;
- Intégrer le dépistage à un examen annuel;
- Lignes directrices relatives au repérage des contacts.

Recommandations

1. Intégrer le dépistage à un examen général annuel pour tout le monde et inclure une campagne en vue de normaliser le dépistage et de réduire la durée du counselling préalable et postérieur au dépistage.
Responsabilité : Collège des médecins de famille du Canada
Soutien : ASPC, médecins hygiénistes, collectivités
Échéancier proposé : 1 ou 2 ans
Nombre de votes recueillis : 14 votes
2. Éduquer les médecins. Un grand nombre de médecins ne connaissent pas les symptômes d'infection primaire. Counselling et aiguillage.
Responsabilité : Autorités locales de santé publique et éducation médicale continue
Soutien : Collectivité et santé publique
Échéancier proposé : 1 an
Nombre de votes recueillis : 7 votes
3. Dépistage rapide.
Responsabilité : Santé Canada et industrie
Soutien :
Échéancier proposé :
Nombre de votes recueillis : aucun vote

Groupe 7 – Dépistage

Principaux obstacles et possibilités :

- Il faut mettre en place des services de soutien et des lignes directrices touchant les nouveaux cas diagnostiqués en lien avec les organismes de services liés au sida, la santé publique, etc.;
- Il faut appuyer les personnes qui offrent les services de dépistage;
- Dépistage (rapide) au point de service – qu'advient-il du contrôle qualité?



Groupe 7 – Dépistage

Perspectives souhaitées :

- Les lignes directrices en matière de dépistage précisent le soutien nécessaire après l'établissement de nouveaux diagnostics;
- Nouveauté des points de vue des valeurs et des principes clés de dépistage;
- La formation continue (perfectionnement des compétences et des aptitudes) est intégrée à l'égard des praticiens qui offrent du soutien et des services de dépistage;
- Contrôle qualité et assurance qualité en ce qui concerne le dépistage au point de service
- Point de service – Lignes directrices précises précisant le moment opportune pour l'utiliser (Milieux, moment propice au dépistage, etc.);
- La préparation des collectivités doit être intégrée à une stratégie de prévention du VIH;
- Affectation de ressources humaines dans les collectivités rurales et éloignées pour les personnes qui reçoivent des traitements contre le VIH.

Recommandations

1. Valeurs relatives au dépistage : fondements des droits de la personne, intégration, mise en place de systèmes de soutien communautaires et financement – équité et financement dédié. Il en est ainsi dans l'ensemble du pays. Il faut assurer la préparation et le soutien de la collectivité. Continuum de prévention, de dépistage, de soins, de traitement et de soutien par le biais du renforcement des capacités communautaires.

Responsabilité : Groupes communautaires

Soutien : Services sociaux et services de santé gouvernements FPT, dirigeants des collectivités locales et personnes atteintes du sida

Échéancier proposé : 2 ans

Nombre de votes recueillis : 16 votes

2. Les politiques devraient illustrer l'accès global aux services de dépistage, mais non aux services de dépistage prescrits (c.-à-d. non pas 13-64, ni uniquement parce qu'une femme est enceinte, etc.). Nous ne croyons pas en l'efficacité de politiques de dépistage obligatoire quelle qu'en soit la raison.

Responsabilité : Gouvernements provinciaux

Soutien : Collectivités locales, gouvernement fédéral, personnes atteintes du VIH/sida

Échéancier proposé : Maintenant

Nombre de votes recueillis : 4 votes

3. Les nouveaux fonds fédéraux de santé transférés aux mesures ci-dessus devraient être désignés pour les interventions touchant le VIH dans le cadre des transferts aux provinces et aux territoires.

Responsabilité :

Soutien :

Échéancier proposé :

Nombre de votes recueillis : 2 votes

Groupe 9 – Dépistage

Principaux obstacles et possibilités :

- Tests axés sur des populations précises;
- Accès et protection des droits de la personne;
- Éducation en matière de dépistage (devrait être assurée dans les écoles en tenant compte des questions sensibles touchant des populations précises). L'éducation touchant le dépistage n'est pas largement répandue ni offerte dans l'ensemble des écoles;



Groupe 9 – Dépistage

- Sensibilité aux caractéristiques spécifiques des populations et incidence des facteurs socio-économiques;
- Stigmatisation et discrimination (relations de pouvoir);
- Considérations géographiques – accès aux services de dépistage dans les collectivités rurales – dépistage volontaire anonyme;
- Des structures socio-économiques qui favorisent la stigmatisation et la discrimination;
- Les milieux de la santé doivent bénéficier d'une meilleure formation axée sur la sensibilisation du point de vue des organismes communautaires et des personnes séropositives.

Perspectives souhaitées :

- Services de dépistage de routine accessibles, avec possibilité d'anonymat, et assortis de counselling préalable et postérieur bien éclairé par les questions délicates touchant des populations précises;
- Programmes complets d'éducation en matière de santé sexuelle à l'intention des jeunes, qui abordent le dépistage selon un cadre plus large. Le dialogue devrait toucher les déterminants sociaux de la santé, afin d'amener les jeunes à connaître leur état sérologique;
- Mouvement identifiable vers la prise en compte des facteurs socio-économiques dans le contexte des déterminants sociaux;
- Mise en place d'une stratégie globale permettant de veiller à ce que le dépistage soit, de fait, volontaire et à ce que le processus soit sensibilisé aux caractéristiques individuelles (langue, culture, sexe, pratiques sexuelles, etc.).

Recommandations

1. Services de dépistage de routine largement accessibles (dépistage anonyme assorti de counselling préalable et postérieur sensibilisé à la diversité des populations précises [telle que déterminée et évaluée par les membres des collectivités et des populations]).
Responsabilité : Groupe cible et organismes communautaires
Soutien : ASPC, chercheurs et professionnels de la santé
Échéancier proposé : Court terme
Nombre de votes recueillis : 6 votes
2. Offrir aux jeunes des programmes complets d'éducation en matière de santé sexuelle et étendre ces programmes à l'ensemble des groupes, moyennant des ajustements à l'égard de populations précises. Le dépistage devrait être abordé dans le cadre d'un dialogue général traitant des déterminants sociaux de la santé. Le but consiste à réduire la stigmatisation et la discrimination et à inciter davantage les gens à connaître leur état sérologique pour le VIH.
Responsabilité : Jeunes qui font partie des groupes cibles, organismes jeunesse, groupes de parents et d'enseignants
Soutien : Parents et enseignants, ministères provinciaux de la Santé et de l'Éducation, autorités fédérales de la santé
Échéancier proposé : Court terme
Nombre de votes recueillis : 29 votes
3. Une stratégie globale visant à veiller à ce que le dépistage volontaire soit de fait volontaire et adapté aux populations précises.
Responsabilité : Populations directement touchées
Soutien : Médecins praticiens, ASPC, chercheurs
Échéancier proposé : Court terme
Nombre de votes recueillis : 3 votes



Groupe 12 – Dépistage

Principaux obstacles et possibilités :

- Consensus relatif à la mise en oeuvre de lignes directrices fédérales et provinciales complètement éclairées par l'expérience du mouvement de lutte contre le sida et rôle essentiel du counselling préalable et postérieur au dépistage, du consentement éclairé et de la confidentialité du processus et des résultats.
- Consensus touchant l'importance de la connaissance de son état sérologique et accès accru à la réduction du nombre de personnes qui ignorent leur état dans le cadre du dépistage;
- Importance de l'élimination des obstacles sociaux et généralisés (p. ex. au sein du gouvernement et des systèmes de soins de santé);
- Homophobie;
- Attitude à l'égard des utilisateurs de drogues injectables;
- Racisme;
- Violence à l'égard des femmes;
- Renforcement de l'intervention générale du système de soins de santé (c.-à-d. médecin de famille);
- Renforcement de la capacité générale du système à reconnaître et à prendre en compte les déterminants sociaux de la santé (c.-à-d. l'éducation, le logement, la pauvreté, etc.);
- Renforcement de l'intervention exceptionnelle fondamentale (c.-à-d. les centres de dépistage anonyme, les centres de santé en matière de sexualité, la diffusion communautaire et les médecins spécialistes).

Perspectives souhaitées :

- Section non remplie.

Recommandations

1. Voici les aspects qui doivent être abordés :
 - Formation des médecins et incitatifs financiers aux conseils et à l'apprentissage en ce qui concerne le VIH;
 - Meilleure intégration de la formation en matière de santé sexuelle à l'intention des travailleurs de la santé et des médecins; (2 votes)
 - Mise en oeuvre d'une stratégie de dépistage rapide aux points de service;
 - Utilisation de la nouvelle technologie (p. ex. la cybersanté afin d'accroître l'accès aux collectivités rurales, nordiques et éloignées; (1 vote)
 - Un processus d'évaluation bien financé et intégré à la mise en oeuvre et développement continu; (1 vote)
 - Le climat politique constitue un élément contextuel important;
 - Intégration et leadership significatifs des collectivités touchées et assurés par ces collectivités;
 - Il faut décrire et analyser les services offerts par divers systèmes provinciaux, y compris l'évaluation des indicateurs de systèmes et des résultats sur le plan de la santé;
 - Analyse intergénérationnelle relative à la prévention (c.-à-d. l'expérience relative au VIH est différente pour les jeunes de celle qu'ont connue les jeunes d'il y a dix ans). (1 vote)
 - Politiques et pratiques axées sur la théorie et fondée sur des données probantes.

Groupe 14 – Dépistage

Principaux obstacles et possibilités :

- Obstacles idéologiques;
- Accès aux tests;
- Il est toujours dans l'intérêt de chacun de connaître son état sérologique;



Groupe 14 – Dépistage

- Problèmes et obstacles propres à certains groupes en ce qui concerne le dépistage;
- Évolution des attitudes sociales;
- Obstacles qui empêchent de connaître son statut – discrimination;
- Un test est toujours recommandé, mais exige toujours le consentement de l'intéressé;
- Éducation du public et des médecins (les médecins qui assurent les tests de dépistage et le counselling);
- Temps et honoraires des médecins relatifs au counselling;
- Le problème relatif aux stratégies d'évaluation à des fins de dépistage dépend des indicateurs utilisés dans le cadre de l'évaluation (p. ex. la limitation au dépistage auprès d'un pourcentage de la population dans le cadre de stratégies de dépistage prénatal ne permet pas de prendre en compte tous les indicateurs qui doivent être évalués);
- Criminalisation et responsabilité liées à la connaissance de l'état sérologique pour le VIH. Cela n'incite pas à subir des tests;
- Utilisation du dépistage en guise de moyen de veiller à ce que les personnes séronégatives pour le VIH demeurent séronégatives (counselling postérieur important).

Perspectives souhaitées :

- Lorsque des données probantes existent, nous voulons que l'ASPC joue un rôle de premier plan afin de faire avancer les initiatives de la santé publique (c.-à-d. les sites d'injection supervisés et les programmes de tatouage sans risque dans les prisons);
- Appuyer la technologie relative au développement de tests TAN au point de service – ressources;
- L'ASPC joue un rôle de premier plan dans le cadre de la prévention du VIH, et ce rôle a fait ses preuves.

Recommandations

1. Définir clairement un cadre axé sur les droits de la personne en vue d'interventions de la santé publique en matière de VIH et établissement de paramètres d'intervention.
Responsabilité : ASPC
Soutien : Collectivité
Échéancier proposé : Maintenant
Nombre de votes recueillis : 13 votes
2. Stratégies axées sur des groupes et des milieux précis selon un mécanisme de counselling et de consentement éclairé.
Responsabilité : ASPC
Soutien : Intervenants communautaires
Échéancier proposé :
Nombre de votes recueillis : 4 votes
3. Le cadre d'évaluation de la réussite des initiatives doit être général et non pas limité au nombre de personnes qui subissent des tests de dépistage – suivi axé sur les soins, etc. Il faut définir clairement l'objectif du dépistage.
Responsabilité : ASPC
Soutien :
Échéancier proposé :
Nombre de votes recueillis : 4 votes



Annexe C – Compte rendu du groupe de discussion sur la surveillance

Groupe 8 – Surveillance

Principaux obstacles et possibilités :

- Certaines populations nient la réalité (p. ex. les Africains, les Antillais, les Autochtones, les Asiatiques du Sud-Est, les sans-abri et les démunis);
- La religion à titre d'obstacle (manque d'éducation et de services).

Perspectives souhaitées :

- Meilleure définition des populations à risque (c.-à-d. les HRSH et les personnes provenant de pays où le VIH est endémique);
- Connaissances liées au renforcement des capacités auprès de l'ensemble des collectivités canadiennes;
- Amélioration des partenariats en vue de mieux informer l'ensemble des Canadiens;
- Amélioration de la connaissance des collectivités canadiennes (partenariat communautaire en matière de santé publique);
- Financement et ressources (gouvernement);
- Intégration des collectivités aux processus touchant les données de surveillance, la production de rapports et les programmes (comm.);
- Les gouvernements et les organismes communautaires doivent intégrer l'examen des questions touchant les déterminants de la santé (c.-à-d. la pauvreté et le problème des sans-abri).

Recommandations

1. Remanier le profil et interroger les 1 000 dernières personnes séropositives pour le VIH à l'aide d'un processus global.

Responsabilité : Organismes communautaires et personnes atteintes du VIH/sida

Soutien : Chercheurs, ASPC et autorités locales et provinciales de la santé

Échéancier proposé :

Nombre de votes recueillis : 28 votes

Groupe 10 – Surveillance

Principaux obstacles et possibilités :

- Absence d'évaluation – utilité et opportunité;
- Absence de leadership défini / clarté des rôles entre les intervenants FPT et les collectivités locales;
- Importance de l'accessibilité et de l'utilité des données à l'échelon communautaire / ONG.

Perspectives souhaitées :

- Données opportunes, appropriées et utiles pour les intervenants qui en ont besoin;
- Les données de surveillance sont utilisées dans le cadre des interventions, et elles ont une incidence;
- Cueillette de données (exemples) sur des cas aigus et récents d'infection et le lien entre le diagnostic et le traitement.

Recommandations

1. Évaluation du système de surveillance du VIH. Appuyer les projets d'évaluation à l'échelon



Groupe 10 – Surveillance

provincial, parallèlement à la détermination nationale des indicateurs fondamentaux (processus, résultats, incidence) en lien avec la direction collective (y compris l'intervention des activités et des éléments actuels de surveillance).

Responsabilité : ASPC

Soutien : Responsables PT

Échéancier proposé : Organisation – de 6 mois à 1 an; mise en oeuvre – 2 ans

Nombre de votes recueillis : 12 votes

2. Mener des projets pilotes en vue d'accroître l'utilisation des données de surveillance dans le cadre de l'organisation des collectivités (interprétation, transfert, participation aux activités de surveillance et orientation de ces activités) : milieux ruraux et urbains, approches expressément axées sur la collectivité et la population – production de pratiques exemplaires.

Responsabilité : Provinces et territoires et groupes communautaires

Soutien : ASPC

Échéancier proposé : Organisation – de 6 mois à 1 an; mise en oeuvre – 1 ou 2 ans

Nombre de votes recueillis : 10 votes

3. Élaboration d'ententes normalisées de partage des données à long terme entre les ordres provinciaux, territoriaux et fédéral de gouvernement, en vue d'accroître la qualité des données à tous les échelons, suivant les besoins, du point de vue du rôle dans le cadre de la surveillance.

Responsabilité : ASPC

Soutien : Provinces et territoires

Échéancier proposé : De six mois à un an

Nombre de votes recueillis : 7 votes

Groupe 11 – Surveillance

Principaux obstacles et possibilités :

- Leadership et collaboration;
- Absence de soutien à l'égard des structures de cohortes;
- Limites touchant les systèmes de rapports et l'infrastructure;
- Absence de mesures incitatives à l'égard des gouvernements PT et de financement de la planification à long terme;
- Engagement significatif des intervenants de première ligne.

Perspectives souhaitées :

- Système national efficace et efficient relatif aux maladies à déclaration obligatoire liées au VIH, au VHC et aux ITS;
- Inventaire exhaustif et accessible des investissements et des résultats touchant la prévention du VIH;
- Réseau de recherche en matière de prévention du VIH.

Recommandations

1. Coordination et collaboration FPT et investissement.
Responsabilité : ASPC sous la direction de l'ACSP
Soutien : Tous les gouvernements provinciaux et territoriaux
Échéancier proposé : 3 à 5 ans
Nombre de votes recueillis : 4 votes



Groupe 11 – Surveillance

2. Attribuer un contrat à un organisme en vue de l'élaboration d'une analyse de l'inventaire.
Responsabilité : CNCMI, ONG nationaux
Soutien : ASPC, organismes communautaires
Échéancier proposé : 2 ou 3 ans
Nombre de votes recueillis : 10 votes
3. Création d'un réseau de recherche en matière de prévention du VIH.
Responsabilité : Organisme industriel financé conjointement par les IRSC et l'ASPC
Soutien : CAHR, milieux de la recherche, organismes communautaires
Échéancier proposé : 2 ou 3 ans
Nombre de votes recueillis : aucun vote

Groupe 13 – Surveillance

Principaux obstacles et possibilités :

- Leadership de l'ASPC : définition de leadership et rôle – il est temps de passer à l'étape suivante;
- Cueillette de données touchant les Autochtones – absence d'identificateurs ethniques, de normalisation; question de compétence;
- Cueillette de données touchant les services en matière de VIH destinés aux personnes incarcérées – absence de normalisation; problèmes relatifs aux services de base offerts dans les prisons;
- Problèmes généraux touchant la mise en oeuvre de l'IF.

Perspectives souhaitées :

- L'ASPC jouera un rôle de premier plan par rapport à l'ensemble des ministères et des territoires de compétence – sur les plans de l'intervention, du langage, de la communication et des normes;
- Accroissement de la sensibilisation et normes touchant la surveillance parmi les Autochtones (normes relatives aux identificateurs ethniques et ressources de recherche réservées et destinées aux Autochtones [c.-à-d. dépistage, surveillance, évaluation, etc.]).

Recommandations

1. L'ASPC élabore des cadres relatifs à la définition et à un langage commun (c.-à-d. leadership → on passe ensuite à l'action).
Responsabilité : ASPC
Soutien :
Échéancier proposé :
Nombre de votes recueillis : aucun vote
2. Tenir une consultation et un forum distincts afin de définir les questions relatives à la surveillance parmi les Autochtones, en vue d'approfondir le niveau et d'accroître la signification de la surveillance touchant les attitudes, les préoccupations, etc.
Responsabilité : ASPC
Soutien : DGSPNI / RCAS / CNAVS / IRSC
Échéancier proposé :
Nombre de votes recueillis : 13 votes
3. Leadership de l'ASPC en ce qui concerne la surveillance systématique des services relatifs au VIH offerts dans les prisons.
Responsabilité : ASPC



Groupe 13 – Surveillance

Soutien : Service correctionnel fédéral, services correctionnels provinciaux et organismes communautaires

Échéancier proposé : 2 ou 3 ans

Nombre de votes recueillis : 14 votes



Annexe D – Compte rendu du groupe de discussion sur la co-infection

Groupe 1 – Co-Infection

Principaux obstacles et possibilités :

- Approche axée sur la réduction des méfaits – manque de cohérence de l'approche des points de vue externe et interne;
- Absence de connaissances (parmi les homosexuels) en ce qui concerne le risque accru d'infection;
- Absence de dépistage uniformisé du cancer anal;
- Mythes reliés au vaccin contre le papillomavirus – puisqu'il est recommandé par un médecin, les gens en font la demande. Inaccessibilité du vaccin pour les hommes;
- Absence de collaboration (sauf en cas d'épidémie);
- Gestion relative à l'administration de Gardasil – met en relief l'utilisation constante de préservatifs – message cohérent axé sur des pratiques plus sûres;
- Absence de programmes complets d'éducation scolaire en milieu scolaire.

Perspectives souhaitées :

- Dépistage unifié – continuum de services;
- Approche axée sur la réduction méfaits à l'égard de la prévention.

Recommandations

1. Services de dépistage de routine du VIH, du VHC, de la syphilis, de la gonorrhée et de chlamydia.
Responsabilité : Conseil du Réseau de santé publique
Soutien : Autorités FPT en matière de sida / organismes de services liés au sida, Fédération canadienne de la santé sexuelle
Échéancier proposé : 2007-2009
Nombre de votes recueillis : 17 votes
2. Recherche stratégique axée sur le dépistage du cancer anal chez les hommes et les femmes et recherches relatives aux vaccins HPV pour les hommes.
Responsabilité : IRSC / Société canadienne du cancer
Soutien : Organismes de services liés au sida / cliniciens du VIH / milieux de la recherche
Échéancier proposé : 2007-2012
Nombre de votes recueillis : 5 votes
3. Offrir une gamme exhaustive de services de réduction des méfaits dans le cadre du continuum de services.
Responsabilité : Stratégie canadienne antidrogue (Justice Canada & Santé Canada)
Soutien : Réseau canadien de réduction des méfaits / organismes de services liés au sida
Échéancier proposé : 2007-2009
Nombre de votes recueillis : 8 votes



Groupe 2 – Co-Infection

Principaux obstacles et possibilités :

- Section non remplie.

Perspectives souhaitées :

- Section non remplie.

Recommandations

1. Renforcement des capacités et éducation des dispensateurs de soins de santé. Élaboration d'outils destinés aux médecins et aux autres dispensateurs de soins, pratiques exemplaires pour les médecins, examen de modèles intégrés, etc.
Responsabilité : ASPC et CCNMI
Soutien : Organisations professionnelles
Échéancier proposé : Au moins 3 ans
Nombre de votes recueillis : 3 votes
2. Élimination du cloisonnement. Collectivité / chercheurs / santé publique. Groupes de santé dans le milieu de la santé publique. Maximiser la capacité de collaborer à des approches communes à l'égard de la prévention qui regroupent les enjeux communs, les groupes à risque, etc.
Responsabilité : Tous les intervenants
Soutien : Tous les intervenants
Échéancier proposé : Maintenant
Nombre de votes recueillis : 12 votes
3. Assurer des interventions expressément axées sur les populations des points de vue de la prévention, du traitement et de la gestion des co-infections, compte tenu du fait que les priorités varient d'une population à l'autre (p. ex. les homosexuels : syphilis, LGV, hépatite C chez les Autochtones). Étendre la recherche en matière de co-infections de manière à y intégrer les facteurs de risque et la co-morbidité. Accroître l'utilisation des connaissances communautaires (c.-à-d. les connaissances isolées).
Responsabilité : Collectivité et santé publique
Soutien : Milieux de la recherche
Échéancier proposé : Long terme
Nombre de votes recueillis : 14 votes

Groupe 3 – Co-infection

Principaux obstacles et possibilités :

- Les initiatives de financement comportent des limites ou des objectifs liés à des maladies précises (c.-à-d. l'hépatite C ou le VIH);
- Obstacles généralisés au sein des « systèmes » nuisent à l'intégration;
- Questions touchant les produits pharmaceutiques et les médicaments (c.-à-d. l'accessibilité des drogues);
- Les approches varient d'une population à l'autre;
- Obstacles propres aux travailleurs de la santé (les discussions sur le sexe sont pénibles; on n'est pas à l'aise avec le langage; on ne passe pas suffisamment de temps avec chaque malade);
- Il est possible de partager les ressources et l'expertise, mais il faut veiller à ce que certaines maladies ne soient pas exclues du programme et à ce que les fonds soient affectés au VIH.



Groupe 3 – Co-infection

Perspectives souhaitées :

- Approche intégrée à l'égard du dépistage, de la prévention du traitement et du counselling en matière de VIH et d'ITS.

Recommandations

1. Éducation (continue) en matière de santé sexuelle dans les écoles et dans d'autres secteurs, afin de normaliser et de déterminer les obstacles.

Responsabilité :

Soutien :

Échéancier proposé :

Nombre de votes recueillis : 15 votes

2. Formation des professionnels de la santé en matière d'ITS et de VIH. Réévaluation de la manière d'assurer la formation et l'éducation des médecins, des infirmières et infirmiers, etc. Définition des rôles et des responsabilités et détermination de l'intervenant le plus compétent pour communiquer un message.

Responsabilité :

Soutien :

Échéancier proposé :

Nombre de votes recueillis : 5 votes

3. Lignes directrices nationales et provinciales en matière d'ITS précisant le moment propice à l'administration de vaccins (c.-à-d. immunisation), à la prophylaxie, etc.

Responsabilité :

Soutien :

Échéancier proposé :

Nombre de votes recueillis : aucun vote

4. Maintenir un financement distinct, mais disposer d'une marge de manœuvre sur les plans de l'intervention locale et de la personnalisation. Cette approche peut permettre d'améliorer l'imputabilité, la coordination et la communication.

Responsabilité :

Soutien :

Échéancier proposé :

Nombre de votes recueillis : 3 votes

Groupe 4 – Co-Infection

Principaux obstacles et possibilités :

- Hypothèses et questions connexes liées à la stigmatisation (c.-à-d. le modèle de transmission);
- Obstacle lié au langage; la terminologie relative à la « santé sexuelle » crée-t-elle des barrières?
- Des systèmes mal équipés pour effectuer des tests et établir des normes (p. ex. les lacunes relatives au cancer anal), déterminer des voies différentes;
- Manière d'intégrer tout en reconnaissant les différences fondamentales et sans l'atténuation perçue des questions au programme;
- Absence de partage des pratiques exemplaires au Canada et à l'échelle mondiale;
- Le climat politique actuel est-il réceptif à l'intégration?
- Des initiatives d'intégration, officielles ou non, sont déjà en cours à de nombreux endroits;



Groupe 4 – Co-Infection

- Possibilité d'accroître en même temps la sensibilisation à d'autres questions relatives à la santé (possibilité d'éducation).

Perspectives souhaitées :

- Accroissement de l'intégration de la surveillance et des bases de données, des programmes, du financement, etc. touchant le VIH, l'hépatite C et les ITS;
- L'ASPC serait indépendante du gouvernement et prendrait position sur des dossiers sensibles et établirait des standards et des lignes directrices.

Recommandations

1. Analyse de la conjoncture relative aux services en matière d'ITS (traitement et prévention) dans l'ensemble du pays, parallèlement à l'analyse de la conjoncture relative au VIH soulevée dans le cadre de la séance sur le dépistage. Cette analyse comporterait également la cueillette de données sur l'incidence, les services et l'accès aux cliniques et aux traitements. Ceci peut identifier le rapport entre le manque d'accessibilité et l'incidence (lacunes).
Responsabilité : ASPC et collectivité
Soutien : Santé publique, autorités régionales de la santé
Échéancier proposé :
Nombre de votes recueillis : 11 votes
2. À partir de la cueillette de renseignements (découlant de la recommandation précédente), concevoir des normes nationales de services (prévention, traitement et diagnostic).
Responsabilité : CCNMI et ASPC
Soutien : Groupes gouvernementaux provinciaux et territoriaux, collectivité
Échéancier proposé :
Nombre de votes recueillis : 3 votes
3. Fusionner les initiatives programmatiques par population clé et stipuler que les dispensateurs de services doivent offrir des services intégrés relatifs au VIH, à l'hépatite C et aux ITS, afin de réduire le chevauchement des efforts, d'accroître la collaboration en renforçant les partenariats et d'assurer une adaptation plus efficace aux tendances et aux besoins émergents. À cet égard, une réorganisation des organismes communautaires et de la prestation de services pourrait être requise (p. ex. le fusionnement du centre de santé Nine Circles de Winnipeg, à la demande de la collectivité).
Soutien : Collectivité et bailleurs de fonds
Échéancier proposé :
Nombre de votes recueillis : 12 votes

Groupe 5 – Co-infection

Principaux obstacles et possibilités :

- Macro-contexte : Intégration de mandats plus généraux (santé de la population) à la santé publique;
- Absence d'intégration structurelle;
- Cloisonnement sur le plan du financement; examiner les facteurs à la base du financement distinct;
- Intégration – la restructuration est souvent fondée sur une approche descendante, ce qui élimine les pouvoirs des praticiens et de la collectivité (qui seront le plus touchés par la réforme);
- L'intégration structurelle est en cours sans objectifs clairs et mise en oeuvre stratégique,



Groupe 5 – Co-infection

puisqu'elle précède le dialogue. Il faut trouver un moyen de rattraper le retard.

Perspectives souhaitées :

- Intégration structurelle en matière d'hépatite A, B et C, de VIH, d'ITS et de tuberculose à tous les niveaux. Le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et les municipalités appuient les ressources (ciblées) et la prestation de services au niveau communautaire jusqu'aux échelons inférieurs;
- Discours ouvert et transparent auprès de l'ensemble des intervenants en ce qui concerne l'intégration avec les provinces et les collectivités;
- On a élaboré des structures intégrées de surveillance (il existe des laboratoires intégrés); cependant, le problème a trait aux lois sur la protection de la vie privée. Il est difficile d'établir des liens dans le contexte de la surveillance.

Recommandations

1. Intégration structurelle du VIH, des MTS et des autres co-infections. Se mettre au pas avec les initiatives de réforme et d'intégration structurelle de la santé publique. Évaluer la situation et positionner notre restructuration d'une manière stratégique.
Responsabilité : ASPC et provinces
Soutien :
Échéancier proposé :
Nombre de votes recueillis : 8 votes
2. Analyser la situation en première ligne sur le terrain, les besoins et les ressources et l'intégration nécessaire.
Responsabilité :
Soutien :
Échéancier proposé : Maintenant
Nombre de votes recueillis : 2 votes
3. Engager une discussion ouverte et transparente à tous les échelons (ASPC, provinces, municipalités et collectivité) en ce qui concerne l'intégration et la restructuration.
Responsabilité :
Soutien :
Échéancier proposé :
Nombre de votes recueillis : aucun vote
4. Travailler au transfert de connaissances touchant la synergie entre divers agents pathogènes, à l'intention des praticiens et de la collectivité.
Responsabilité :
Soutien :
Échéancier proposé :
Nombre de votes recueillis : aucun vote



Groupe 6 – Co-infection

Principaux obstacles et possibilités :

- Section non remplie

Perspectives souhaitées :

- Section non remplie

Recommandations

1. Établir un lien entre le VIH, les ITS et les pathogènes à diffusion hématogène (des points de vue du dépistage, de la prévention, du counselling et de la prestation de services).
Responsabilité :
Soutien : Collectivités et gouvernement, à l'aide de lignes directrices
Échéancier proposé :
Nombre de votes recueillis : 9 votes
2. Examiner les déterminants sociaux de la santé (santé mentale et logement).
Responsabilité :
Soutien :
Échéancier proposé :
Nombre de votes recueillis : 3 votes
3. Modifier la structure de financement et examiner la manière dont les collectivités collaborent avec les gouvernements.
Responsabilité :
Soutien :
Échéancier proposé :
Nombre de votes recueillis : 2 votes

Groupe 7 – Co-infection

Principaux obstacles et possibilités :

- Absence de financement pour les ITS;
- En première ligne, les fonds destinés au VIH/sida sont affectés à des stratégies intégrées relatives à l'hépatite C et aux ITS;
- Comment élaborer des messages intégrés et distincts en matière de prévention;
- Préoccupation en ce qui concerne le financement fédéral à l'égard de l'hépatite C.

Perspectives souhaitées :

- Utilisation de messages parallèles touchant l'hépatite C et le VIH, s'il y a lieu (il ne s'agit pas nécessairement des mêmes enjeux);
- Les organismes communautaires possédant de l'expérience en matière de VIH/sida dirigent l'intervention à l'égard de l'hépatite C, à l'aide de ressources de soutien (ressources humaines et financières);
- On prendrait appui sur la réussite des projets pilotes fructueux pour mettre en oeuvre des programmes novateurs de prévention (c.-à-d. des programmes de tatouage sans risque, des SIS, etc.);
- Programmes d'échange d'aiguilles, y compris du matériel d'injection plus sûr (c.-à-d. des cuiseurs, eau, etc.);
- Politiques en milieu de travail qui englobent l'hépatite C;
- On mettra en place des programmes d'inhalation sans risque (distribution de trousse, salles d'inhalation, etc.);
- Programmes de prévention entre pairs.



Groupe 7 – Co-infection

Recommandations

1. Le gouvernement fédéral élabore une stratégie communautaire durable en matière d'hépatite C et de co-infections qui prévoit l'affectation de fonds dédiés aux soins dans l'ensemble des provinces et des territoires. On obtient l'appui de chacun des ministres provinciaux et territoriaux de la santé et des travailleurs de première ligne des soins de santé. On intègre le VIH, les ITS et l'hépatite C.
Responsabilité : gouvernements FPT, CCNMI, autorités (PT) de la santé publique
Soutien : Organismes de services liés au sida, autorités locales de la santé publique, groupes de lutte contre l'hépatite C et groupes connexes et personnes atteintes de co-infections
Échéancier proposé : 2007-2008
Nombre de votes recueillis : 12 votes
2. Poursuivre la stratégie fédérale de lutte contre l'hépatite C jusqu'à ce que la stratégie ci-dessus soit mise en place afin de réduire les méfaits liés à l'acquisition et à la transmission du VIH, de l'hépatite C et des ITS parmi les populations clés, et selon les déterminants de la santé.
Responsabilité : ASPC
Soutien :
Échéancier proposé :
Nombre de votes recueillis : aucun vote
3. Établir des capacités communautaires durables et fondées sur les droits de la personne.
Responsabilité : Collectivité
Soutien : FPT, CCNMI
Échéancier proposé : Maintenant
Nombre de votes recueillis : 2 votes
4. Éducation en matière de prévention et information sur la co-infection au niveau des écoles, des programmes jeunesse, des praticiens, des médecins, des infirmières et infirmiers et des dispensateurs de services.
Responsabilité :
Soutien :
Échéancier proposé :
Nombre de votes recueillis : aucun vote



Annexe E – Compte rendu du groupe de discussion sur l'échange et la diffusion de connaissances

Groupe 8 – Echange et diffusion de connaissances
<p>Principaux obstacles et possibilités :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Communication; • Absence de partenariats réels avec l'ensemble des intervenants.
<p>Perspectives souhaitées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Section non remplie
Recommandations
<p>1. Désigner des champions issus de chacun des secteurs et les réunir afin de déterminer des solutions. Responsabilité : Champions provenant de chacun des secteurs Soutien : Échéancier proposé : un an Nombre de votes recueillis : 8 votes</p> <p>2. Offrir des programmes de formation aux personnes intéressées à influencer les politiques et les pratiques (formation de courtiers du savoir). Responsabilité : Champions issus de chacun des secteurs Soutien : All Échéancier proposé : 1 an Nombre de votes recueillis : 7 votes</p> <p>3. Élaboration d'un inventaire, application et diffusion en vue de l'adaptation des connaissances. Responsabilité : Champions issus de chacun des secteurs Soutien : Tous les intervenants Échéancier proposé : 1 an Nombre de votes recueillis : 1 vote</p>

Groupe 9 – Echange et diffusion de connaissances
<p>Principaux obstacles et possibilités :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réunir la collectivité, les milieux universitaires et les milieux des politiques au cours de la planification, avant le début de la recherche.; • La prévention exige une reconnaissance professionnelle parallèlement à la recherche médicale; • Formation des universitaires afin qu'ils connaissent et adoptent les bonnes pratiques de TEC.
<p>Perspectives souhaitées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Engagement et partenariats communautaires significatifs dans le cadre du processus de TEC; • Conséquences néfastes de la recherche, interprétation des résultats de recherche et faible engagement du TEC du point de vue des populations visées.
Recommandations
<p>1. Demande de PNE relatives au TEC et assurance et surveillance de la mise en oeuvre d'initiatives de recherche, particulièrement la recherche communautaire.</p>



Groupe 9 – Echange et diffusion de connaissances

Responsabilité : IRSC/ASPC

Soutien : Approche multisectorielle

Échéancier proposé : 2 ans

Nombre de votes recueillis : 2 votes

2. Leadership de la santé publique sur le plan de l'utilisation de données probantes pour informer le gouvernement en vue de former un groupe de travail chargé de conseiller en ce qui concerne les questions immédiates et les politiques.

Responsabilité : ASPC, SCS, provinces

Soutien : ONG, ACRV, etc.

Échéancier proposé : Maintenant

Nombre de votes recueillis : 6 votes

3. Les structures de gouvernance des centres d'excellence devraient comporter un volet communautaire, afin de promouvoir la recherche valable et le TEC.

Responsabilité : Financement provincial

Soutien :

Échéancier proposé : 2 ans

Nombre de votes recueillis : 7 votes

Groupe 10 – Echange et diffusion de connaissances

Principaux obstacles et possibilités :

- Absence d'accès technique au TEC. Reconnaissance de la valeur de diverses expériences et connaissances spécialisées soulevées dans le cadre de la discussion;
- Des structures ont été mises en place (p. ex. les Centres de collaboration nationale), mais elles n'ont pas encore atteint leur rendement optimal;
- Absence de capacités de TEC;
- Échange de l'expérience canadienne et internationale;
- TI – avantage ou inconvénient (surcharge d'information / solution dépourvue de TI);
- Maintien du partenariat et des réseaux.

Perspectives souhaitées :

- Les politiques et les programmes sont éclairés, d'une manière efficiente, par les meilleures données probantes accessibles;
- Financement suffisant;
- Renforcement continu des capacités humaines à des fins de TEC;
- Établissement et maintien de réseaux et de partenariats efficaces;
- Le TEC accroît la valeur des programmes existants;
- Reconnaissance de la valeur d'expériences et de connaissances spécialisées différentes;
- Définition de pratiques exemplaires par le biais de diverses sources d'information (secteur de la santé, expériences communautaires, etc.).

Recommandations

1. Établir et maintenir des mécanismes d'échange des connaissances (cueillette et transfert) qui favorisent la participation de l'ensemble des professionnels (chercheurs de première ligne, santé publique, éducateurs en milieux scolaires, etc.) et qui sont pertinents pour ces derniers. Mécanismes axés sur des courtiers de connaissances.

Responsabilité : OC, gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux

Soutien : ASPC/CCNMI



Groupe 10 – Echange et diffusion de connaissances

Échéancier proposé : de 6 à 8 semaines en ce qui concerne l'approbation du GC et les annonces et approbations

Nombre de votes recueillis : 9 votes

2. Renforcement et accroissement des capacités de transfert et d'échange de connaissances à l'échelle communautaire.

Responsabilité : Organismes communautaires, gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux

Soutien : ASPC

Échéancier proposé :

Nombre de votes recueillis : 1 vote

3. Prendre des mesures à l'égard des écarts sur le plan de l'accès aux possibilités relatives aux activités de TEC (p. ex. financement, recherche et formation).

Responsabilité : IRSC, milieux universitaires

Soutien : Organismes communautaires, Personnes vivant avec le VIH/sida

Échéancier proposé :

Nombre de votes recueillis : 3 votes

Tableau 11 – Echange et diffusion de connaissances

Principaux obstacles et possibilités :

- Section non remplie

Perspectives souhaitées :

- Section non remplie

Recommandations

1. Élaborer un mécanisme de cueillette et de synthèse de la recherche et de l'expérience de programmes en matière de prévention du VIH (ces données seraient conservées par un organisme indépendant). Convertir ces données en recommandations réalisables en vue de mesures de prévention du VIH.

Responsabilité : CCNMI

Soutien : Gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux

Échéancier proposé : 1 an

Nombre de votes recueillis : 13 votes

Groupe 12 – Échange et diffusion de connaissances

Principaux obstacles et possibilités :

- Section non remplie

Perspectives souhaitées :

- Section non remplie

Recommandations

1. Intégrer le TEC et les partenariats multisectoriels aux exigences en matière de financement de la recherche. Cette approche exige un changement culturel touchant notre perception de



Groupe 12 – Échange et diffusion de connaissances

la recherche et la mise à jour des résultats. Elle exige également des incitatifs à la création et du soutien afin d'aider les gens à adopter de nouvelles méthodes.

Responsabilité :

Soutien :

Échéancier proposé :

Nombre de votes recueillis : 4 votes

2. Évaluer les priorités antérieures en matière de financement de la recherche, afin de comprendre la manière dont la recherche a éclairé les politiques et les pratiques, et élaborer des priorités de recherche fondées sur les enjeux stratégiques. (Élimination du cloisonnement de la recherche en matière de VIH) Base + social + communautaire + politiques = tableau exhaustif de la situation et solution).

Responsabilité :

Soutien :

Échéancier proposé :

Nombre de votes recueillis : 8 votes

3. Élaborer de nouveaux mécanismes de récompense pour le perfectionnement des connaissances et la participation (p. ex. besoins et facteurs scolaires comparativement aux besoins et facteurs communautaires).

Responsabilité :

Soutien :

Échéancier proposé :

Nombre de votes recueillis : 3 votes

Groupe 13 – Échange et diffusion de connaissances

Principaux obstacles et possibilités :

- On n'a pas de temps à consacrer à lecture des études, des rapports, etc. On est toujours en mode réactif; pas de temps pour participer;
- C'est frustrant. Tout le temps est consacré aux choix financiers et administratifs;
- Il faut renforcer les compétences et les capacités.

Perspectives souhaitées :

- Section non remplie

Recommandations

1. Il faut établir un recueil facilement accessible de recherches et de pratiques exemplaires, qui ont été examinées et analysées afin de fournir des renseignements touchant les méthodes qui ont fonctionné pour d'autres et les approches les plus efficaces.

Responsabilité : ASPC et IRSC

Soutien :

Échéancier proposé :

Nombre de votes recueillis : 8 votes

2. Établir des mécanismes plus souples de demande de financement et de DP, afin de fournir des ressources financières qui réuniront les intervenants à des fins de formation, qui favoriseront le renforcement des capacités et qui pourront être adaptées.

Responsabilité : IRSC et ASPC

Soutien :

Échéancier proposé :



Groupe 13 – Échange et diffusion de connaissances

Nombre de votes recueillis : 9 votes

3. L'ASPC jouera un rôle de champion en ce qui concerne les connaissances fondées sur des données probantes et leur transfert au public (c.-à-d. en ce qui touche les sites d'injection supervisés, les questions de co-infection).

Responsabilité : ASPC

Soutien :

Échéancier proposé :

Nombre de votes recueillis : 2 votes

Groupe 14 – Échange et diffusion de connaissances

Principaux obstacles et possibilités :

- Section non remplie

Perspectives souhaitées :

- Section non remplie

Recommandations

1. Assurer, dès le départ, la participation significative des principaux intervenants aux projets de recherche.

Responsabilité : Chercheurs

Soutien : Organismes de financement

Échéancier proposé :

Nombre de votes recueillis : 12 votes

2. Il faut avoir accès aux fonds et aux ressources, afin d'appuyer les partenariats et de favoriser la participation significative des intervenants à la recherche et au transfert et à l'échange de connaissances.

Responsabilité : IRSC et autres organismes de financement

Soutien : ASPC et d'autres intervenants

Échéancier proposé :

Nombre de votes recueillis : 1 vote

