



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

DIALOGUE DÉLIBÉRATIF POUR JOINDRE LES PERSONNES NON DIAGNOSTIQUÉES POUR LE VIH : METTRE À L'ÉCHELLE LES APPROCHES DE L'ÉLABORATION DES PROGRAMMES DE DÉPISTAGE DU VIH ET DE L'ARRIMAGE À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

Jeudi 13 octobre et vendredi 14 octobre 2016



RAPPORT DE LA RÉUNION

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire des orientations prioritaires	5
INTRODUCTION	8
CONTEXTE	9
PROCESSUS	14
Dialogue délibératif	14
Aperçu de l'ordre du jour	14
Participants	15
RÉSULTATS : ENJEUX ET ORIENTATIONS PRIORITAIRES AYANT ÉMERGÉ DU DIALOGUE DÉLIBÉRATIF	16
Enjeux et orientations prioritaires : Discussion transversale	17
Obstacles à l'accès au dépistage du VIH	17
Utiliser les données pour mettre en œuvre, surveiller et évaluer les programmes de dépistage du VIH et d'arrimage	19
Intégrer les efforts de dépistage du VIH et d'arrimage dans d'autres services	22
Enjeux et orientations prioritaires :	
Joindre les personnes non diagnostiquées par le biais des milieux cliniques	23
L'offre systématique du dépistage du VIH dans les milieux cliniques	23
Dépistage ciblé et fondé sur le risque, en milieu clinique	28
Faire appel à un plus grand nombre de fournisseurs de dépistage : le rôle des soins primaires	28
Enjeux et orientations prioritaires :	
Joindre les personnes non diagnostiquées par des partenariats communautaires	29
Les organismes communautaires et les messages concernant le dépistage du VIH	29
Des partenariats communautaires-cliniques pour favoriser le recours au dépistage	30
Rôle du dépistage aux points de service dans des lieux communautaires	31
Le rôle des pairs et d'autres fournisseurs non réglementés, dans le cadre du dépistage du VIH	32

Enjeux et orientations prioritaires :

Joindre les personnes non diagnostiquées par des approches autonomes	33
Approches autonomes : repenser notre définition du paradigme du dépistage	34
Décrire les approches autonomes	35
Comprendre les bienfaits et réduire les risques associés aux approches autonomes	36
Prochaines étapes pour les approches autonomes au Canada	38

Enjeux et orientations prioritaires :

Le dépistage du vih comme entrée dans le continuum de la prévention et des soins en VIH	39
Le dépistage du VIH comme occasion	39
Arrimage au traitement après un diagnostic de VIH	40
Cartographie communautaire et des services	41

Annexe A : Ordre du jour	42
---------------------------------	----

Annexe B : Conseillers	47
-------------------------------	----

Annexe C: Liste des participants	48
---	----

Annexe D : Profils biographiques des conférencier(ère)s	54
--	----

Annexe E : Rapport d'évaluation	59
--	----

Annexe F: Références	61
-----------------------------	----

SOMMAIRE DES ORIENTATIONS PRIORITAIRES

ORIENTATIONS PRIORITAIRES : TRANSVERSALES

Orientation prioritaire 1 : Répondre aux obstacles systémiques au dépistage du VIH et à l'arrimage aux soins.

Orientation prioritaire 2 : Répondre aux obstacles de l'échelon des intervenants, en matière de dépistage du VIH et d'arrimage aux soins.

Orientation prioritaire 3 : Répondre aux obstacles au dépistage au VIH et à l'arrimage aux soins à l'aide de services culturellement sécuritaires et compétents.

Orientation prioritaire 4 : Soutenir les organismes et institutions dans l'examen et dans la responsabilisation relatifs aux appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation, pour répondre aux obstacles au dépistage du VIH et à l'arrimage aux soins pour les personnes autochtones.

Orientation prioritaire 5 : Créer de multiples voies d'accès au dépistage, qui soient adaptées aux besoins de chaque personne.

Orientation prioritaire 6 : Utiliser les données locales pour choisir un ensemble stratégique d'approches programmatiques au VIH afin de joindre les personnes non diagnostiquées et de les arrimer aux soins.

Orientation prioritaire 7 : Établir le seuil à partir duquel le dépistage devrait être offert ainsi que la fréquence souhaitable pour diverses populations.

Orientation prioritaire 8 : Offrir des ressources pour l'innovation et pour mettre à l'essai de nouvelles choses. En l'absence de données sur des approches, soumettre celles-ci à des essais pilotes.

Orientation prioritaire 9 : Utiliser des évaluations d'impact en équité de la santé afin d'estimer les retombées et la pertinence de diverses interventions.

Orientation prioritaire 10 : Utiliser des données d'évaluation pour établir le degré d'efficacité de la combinaison stratégique du dépistage du VIH et des interventions d'arrimage dans la tâche de joindre les personnes non diagnostiquées et de les arrimer aux soins.

Orientation prioritaire 11 : Veiller à ce que le dépistage du VIH accompagne le dépistage d'ITSS lorsque cela est approprié.

Orientation prioritaire 12 : Faire en sorte que le dépistage du VIH soit offert dans une approche programmatique holistique qui permet d'aborder de façon exhaustive la promotion de la santé et les efforts de prévention de la maladie.

Orientation prioritaire 13 : Revoir notre conceptualisation de la notification des partenaires, pour la recadrer en « soins des partenaires ».

ORIENTATIONS PRIORITAIRES : JOINDRE LES PERSONNES NON DIAGNOSTIQUÉES PAR LE BIAIS DES MILIEUX CLINIQUES

Orientation prioritaire 1 : Examiner les implications éthiques et de droits humains du dépistage systématique du VIH, réfléchir à ces éléments et créer un plan de mise en œuvre qui assure le respect des droits humains.

Orientation prioritaire 2 : Dans le cadre d'une mise en œuvre du dépistage systématique, un plan complet de mise en œuvre doit être développé et il faut réviser les politiques et procédures.

Orientation prioritaire 3 : Dans le cadre d'une mise en œuvre du dépistage systématique, on devrait offrir une formation aux individus qui offriraient le test, y compris les médecins, infirmiers, conseillers et intervenants de proximité. Ceci pourrait inclure une formation touchant la compétence culturelle, les notions élémentaires du VIH, le counseling, etc.

Orientation prioritaire 4 : Créer un plan d'orientation (personnalisé) pour le patient, incluant tous les fournisseurs de services nécessaires – santé mentale, logement, sécurité alimentaire, etc.

Orientation prioritaire 5 : Continuer d'utiliser le dépistage ciblé et fondé sur le risque, pour le VIH, dans les milieux cliniques au Canada; prioriser la mise en œuvre dans des régions spécifiques et des milieux cliniques spécifiques, selon l'épidémiologie et les degrés actuels de couverture du dépistage du VIH.

Orientation prioritaire 6 : Soutenir les médecins de soins primaires afin qu'ils s'impliquent davantage dans le dépistage du VIH, y compris en mettant à jour leurs messages afin de tenir compte des bienfaits du dépistage du VIH.

ORIENTATIONS PRIORITAIRES : JOINDRE LES PERSONNES NON DIAGNOSTIQUÉES PAR LES MILIEUX ET PARTENARIATS COMMUNAUTAIRES

Orientation prioritaire 1 : Soutenir les organismes communautaires dans l'actualisation et l'amélioration de leurs messages concernant les bienfaits du dépistage du VIH.

Orientation prioritaire 2 : Renforcer la collaboration et les partenariats entre les organismes communautaires et les intervenants cliniques afin d'élargir les occasions de dépistage.

Orientation prioritaire 3 : Examiner comment le dépistage aux points de service peut être utilisé de façon réaliste et rentable pour diagnostiquer une proportion accrue des cas de VIH parmi les personnes difficiles à joindre.

Orientation prioritaire 4 : Rehausser le rôle des pairs, d'autres intervenants non réglementés ainsi que des professionnels de la santé alliés, dans la réalisation du dépistage.

Orientation prioritaire 5 : Rehausser le rôle des personnes vivant avec le VIH dans la planification et la prestation des services de dépistage du VIH ainsi que d'arrimage.

ORIENTATIONS PRIORITAIRES : JOINDRE LES PERSONNES NON DIAGNOSTIQUÉES PAR DES APPROCHES AUTONOMES

Orientation prioritaire 1 : Examiner la faisabilité et l'efficacité de la mise en œuvre d'approches autonomes en matière de dépistage du VIH au Canada.

Orientation prioritaire 2 : Développer divers mécanismes pour assurer la prestation d'une information appropriée ainsi qu'un arrimage aux services de prévention et aux soins.

Orientation prioritaire 3 : Examiner de nouveaux moyens pour opérationnaliser le principe du consentement éclairé dans le cadre d'approches autonomes au dépistage du VIH.

Orientation prioritaire 4 : Évaluer les réformes de réglementation qui devront être effectuées afin d'implanter des approches autonomes, et en particulier l'autotest.

Orientation prioritaire 5 : Impliquer et engager la communauté et les usagers, en tant que partenaires et conseillers, dans l'évaluation des besoins et la mise en œuvre, afin d'assurer la pertinence pour la communauté.

ORIENTATIONS PRIORITAIRES : DÉPISTAGE DU VIH COMME ENTRÉE DANS LE CONTINUUM DE LA PRÉVENTION ET DES SOINS EN VIH

Orientation prioritaire 1 : Aborder le dépistage du VIH comme une occasion d'entrée dans le continuum complet de la prévention et des soins pour le VIH.

Orientation prioritaire 2 : Améliorer l'accès au traitement pour le VIH et à l'information à son sujet au moment même du diagnostic ou peu après, en plus de l'arrimage aux soins et aux services de soutien.

Orientation prioritaire 3 : Procéder à une cartographie communautaire afin de comprendre les services locaux et les parcours d'accès aux services, pour faire en sorte que les clients reçoivent les meilleurs soins possible et ne tombent pas entre les mailles du filet.

INTRODUCTION

En octobre 2016, CATIE a organisé une réunion nationale sur invitation de deux jours, intitulée *Dialogue délibératif pour joindre les personnes non diagnostiquées pour le VIH : Mettre à l'échelle les approches de l'élaboration des programmes de dépistage du VIH et de l'arrimage à la prévention et aux soins*. Cette réunion a rassemblé un groupe sélectionné de leaders qui travaillent dans le domaine des politiques, de la recherche et de la pratique en matière de dépistage du VIH ainsi que des membres du conseil d'administration de CATIE afin de partager les connaissances fondées sur la pratique quant aux stratégies efficaces dans les différentes régions et populations et de discuter des données probantes relativement aux programmes de dépistage et d'arrimage.

La discussion au sujet de l'élaboration des programmes a traité des facteurs de réussite, des priorités clés des populations spécifiques et des possibilités d'adaptation. Nous avons discuté du pour et du contre des différentes approches, partagé l'information et débattu des enjeux clés liés à la mise en œuvre et à l'adoption d'approches fondées sur des données probantes. Étant donné que de nombreuses approches au dépistage du VIH fondées sur des données probantes s'accompagnent de certaines préoccupations (p. ex., le dépistage systématique sans consentement; le dépistage en couple menant à la coercition pour subir un test de dépistage), nous avons examiné les enjeux qui nécessitent de la créativité et des changements dans la pratique et dans les politiques. Le présent rapport est une synthèse thématique des sujets clés qui ont été abordés, notamment les principaux défis et facilitateurs du dépistage du VIH et les modèles de programme à considérer dans les contextes clinique, communautaire et autonome. Des efforts pour améliorer

l'arrimage aux services ont également fait l'objet de discussions et sont résumés dans le présent document.

OBJECTIF DE LA RÉUNION

L'objectif de la réunion était de développer des orientations prioritaires pour l'élaboration des programmes de dépistage du VIH et pour l'arrimage afin d'améliorer notre capacité de joindre les personnes non diagnostiquées pour le VIH et de les relier à des soins. Les orientations prioritaires élaborées par les participants à la réunion ont inclus des approches de programmes qui se doivent d'être adoptées afin d'atteindre cet objectif et les changements dans la pratique et dans les politiques qui sont nécessaires à réaliser ces approches de programmes. Les participants ont exprimé des points de vue divergents et convergents et ont fourni un contexte pertinent pour déterminer comment et où les différentes approches de programmes pourraient s'appliquer. La réunion a permis la collaboration entre plusieurs régions et différents secteurs, de même que le partage des connaissances et le réseautage entre les leaders canadiens dans le domaine du dépistage du VIH.

CONTEXTE

IL EST URGENT D'AMÉLIORER LE DIAGNOSTIC DU VIH AU CANADA

Pour les personnes vivant avec le VIH, l'implication dans les soins, le soutien et le traitement pour le VIH commence par le diagnostic de l'infection. La recherche récente a démontré que le diagnostic, l'implication dans les soins et l'amorce précoces du traitement sont des éléments essentiels pour une santé optimale et qu'ils peuvent prévenir des décès. (1–3) Les avantages du traitement anti-VIH sont si importants que les chercheurs prédisent qu'un jeune adulte qui reçoit un diagnostic précoce, qui commence le traitement peu de temps après avoir été infecté, qui a des affections médicales coexistantes minimales et qui suit son traitement à la lettre tous les jours peut avoir une espérance de vie quasi normale. (2) Les avantages additionnels liés au diagnostic proviennent du fait que l'on peut arrimer les personnes vivant avec le VIH à d'autres services de soins et de soutien, tels les services d'aide en santé mentale, pour la réduction des méfaits et le logement. (4) Le diagnostic précoce constitue également un moyen efficace de prévenir la transmission : lorsqu'une personne sait qu'elle a le VIH, elle est plus susceptible de prendre les mesures nécessaires pour protéger ses partenaires. (5) En outre, le traitement anti-VIH constitue une stratégie de prévention hautement efficace en raison de la réduction considérable du risque de transmission du VIH lorsqu'une personne vivant avec le VIH suit un traitement et que sa charge virale est indétectable. (6–8) Le dépistage du VIH et l'arrimage aux traitements et aux soins sont nécessaires pour tirer parti de ces avantages liés à la prévention.

Au Canada, nous pourrions faire encore mieux pour diagnostiquer le VIH et impliquer les individus dans le traitement et les soins pour le VIH. (9–15) À la fin de 2015, le Canada a appuyé les ambitieuses cibles mondiales 90-90-90 de l'ONUSIDA, qui visent à ce que 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, 90 % des personnes diagnostiquées d'une infection à VIH suivent un traitement et 90 % des personnes traitées gèrent efficacement leur infection à VIH d'ici 2020. (16) L'atteinte de ces buts nous placera sur la bonne voie pour enrayer l'épidémie de sida à l'échelle mondiale d'ici 2030. L'ASPC a récemment publié des estimations canadiennes des progrès vers les cibles 90-90-90 : en date de 2014, il est estimé que 80 % des personnes vivant avec le VIH étaient diagnostiquées, que 76 % des personnes diagnostiquées suivaient un traitement et que 89 % des personnes traitées avaient une charge virale supprimée. (16) Malgré les progrès accomplis, il reste d'importantes lacunes à combler dans la réponse au VIH afin d'atteindre ces cibles. (16–20)

Parmi les quelque 75 500 personnes vivant avec le VIH au Canada, on estime que 20 % ne sont pas au courant de leur statut. (21) Ce groupe représente une population cachée qui pourrait être en cause dans plus de 50 % des nouveaux cas d'infection par le VIH (en particulier les personnes nouvellement infectées et qui ont une charge virale très élevée). (5,22,23) De plus, nous savons que de nombreuses personnes reçoivent un diagnostic tardivement dans le cours de l'infection (9,24) et qu'elles commencent le traitement tardivement. (17) Par exemple, une récente étude nationale a révélé que près de la moitié des personnes ayant amorcé un traitement anti-VIH en 2012

avait un compte de CD4 sous les 350 (17) et une étude provinciale a mesuré que seulement 35 % des personnes vivant avec le VIH avaient une charge virale indétectable. (19) Plusieurs des personnes qui reçoivent un diagnostic tardif ont de nombreuses fois manqué des occasions de recevoir un diagnostic précoce en milieu de soins aigus, communautaires et primaires. (25) Sans un diagnostic en temps opportun et sans l'arrimage et l'implication dans les soins et le traitement, aucune de ces personnes ne peut parvenir à optimiser les avantages pour la santé et la prévention qu'apportent le traitement anti-VIH, les soins et le soutien reçus de façon précoce.

LE DÉPISTAGE DU VIH EST UNE IMPORTANTE ENTRÉE DANS LE CONTINUUM DE LA PRÉVENTION ET DES SOINS EN VIH ET UN ÉLÉMENT CLÉ POUR METTRE FIN À L'ÉPIDÉMIE

Le dépistage du VIH est la porte d'entrée vers le diagnostic du VIH et l'implication dans le traitement, les soins et le soutien pour les personnes vivant avec le VIH. C'est également le point d'entrée vers une implication accrue dans la prévention, les soins et le soutien pour les personnes séronégatives pour le VIH qui continuent d'être à risque élevé d'infection. On a récemment mis l'accent sur l'arrimage intentionnel des services de dépistage du VIH au continuum complet de la prévention, des traitements, des soins et du soutien pour le VIH – un aspect fondamental à l'amélioration de notre réponse. Cela marque un changement de paradigme par rapport aux approches antérieures, qui avaient tendance à distinguer la prévention et le traitement et à en faire deux domaines de pratique séparés. De nouvelles lignes directrices de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) signalent que le dépistage et la connaissance du statut VIH ont une valeur limitée en l'absence d'efforts actifs pour assurer l'arrimage, l'implication et la rétention dans le

traitement et les soins. (26) Les récentes lignes directrices de l'International Association of Providers of AIDS Care (IAPAC) recommandent également d'élargir la couverture du dépistage du VIH et d'améliorer considérablement l'arrimage aux soins et traitements et la rétention dans ceux-ci. (27) Elles soutiennent que l'arrimage aux services de prévention est crucial, à la fois pour les personnes qui reçoivent un résultat négatif et continuent d'être à risque élevé et pour celles qui reçoivent un résultat positif. Par exemple, le dépistage du VIH est l'occasion idéale d'identifier les personnes à risque élevé d'infection et de les diriger vers des services de prévention rehaussés comme la PrEP et le counseling sur la réduction du risque. (26,27) Le dépistage peut également servir de voie d'accès à d'autres services non spécifiques au VIH pour les personnes vivant avec le VIH et les personnes à risque. (4)

LES NOUVELLES CONNAISSANCES SUR LE DÉPISTAGE DU VIH PEUVENT AIDER À AMÉLIORER LE DIAGNOSTIC, L'ARRIMAGE ET L'IMPLICATION

Un effort rehaussé pour joindre les personnes non diagnostiquées au Canada implique d'adopter des approches programmatiques fondées sur les nouvelles recherches et connaissances concernant le dépistage du VIH et de mettre à l'échelle des approches au dépistage/arrimage éclairées par des données. Le Canada a été un leader à certains égards dans ces nouveaux efforts de recherche et de développement de programme; toutefois, la mise en pratique des connaissances canadiennes et internationales est inégale, à travers le pays. Il est essentiel de partager des connaissances sur les pratiques efficaces de dépistage et d'arrimage afin d'intensifier les efforts de réduction de la transmission du VIH et d'améliorer la santé et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH. (3,25,28–59)

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et les gouvernements de la Colombie-Britannique et de la Saskatchewan ont récemment publié des lignes directrices recommandant que l'offre du dépistage du VIH soit intégrée systématiquement dans les soins médicaux périodiques. (25,32,33) Cette approche peut accroître les occasions de dépistage précoce du VIH et répondre à des défis en encourageant les individus à risque élevé à amorcer eux-mêmes la démarche de dépistage (et ce, à la fréquence appropriée). L'offre systématique du dépistage du VIH a été démontrée comme étant rentable, dans certains ressorts. (34–37) Cette approche est envisagée ou mise en œuvre dans certaines régions du Canada (p. ex., Colombie-Britannique; (38) Saskatchewan; (33) Manitoba (39)). Les lignes directrices de l'ASPC sur le dépistage recommandent également un processus pré-test simplifié pour l'évaluation du risque, qui permettrait aux clients d'évaluer leur propre risque sans se sentir obligés de fournir des renseignements personnels délicats. (32,60) Ces lignes directrices décrivent également une approche de counseling pré-test et post-test plus souple et mieux adaptée qui assurerait que le dépistage du VIH demeure volontaire et fondé sur le consentement éclairé. (32) Ces approches plus souples pourraient accroître l'accès au dépistage du VIH.

De nouvelles approches au dépistage du VIH sont mises en œuvre dans diverses régions du Canada. Le dépistage/counseling de couple est une approche qui peut faciliter le diagnostic et les décisions concernant la prévention, les soins et la planification familiale. Aux États-Unis, le projet pilote « Testing Together » a démontré que le dépistage de couple est très efficace pour identifier les nouveaux cas de VIH chez des HARSAH; 11 % des personnes dépistées ont été nouvellement identifiées comme étant séropositives pour le VIH, soit deux à trois fois plus que par les approches conventionnelles. (40–42) De plus, 17 % des couples de l'étude ont été nouvellement identifiés comme

sérodifférents. (43) À la lumière de cette réussite, deux centres de l'Ontario ont amorcé un programme pilote de dépistage de couple.

Outre ces nouvelles approches, certaines régions du Canada utilisent de nouvelles technologies pour améliorer le dépistage du VIH. Deux cliniques offrant le dépistage d'ITS à des HARSAH à risque élevé, à Vancouver, ont utilisé le test d'amplification des acides nucléiques (TAN) sur prélèvements mélangés pour aider à identifier les personnes en phase aiguë de l'infection à VIH. Elles ont rehaussé la sensibilisation à la disponibilité de cette technologie par des campagnes novatrices de marketing social. (44) Le dépistage du VIH aux points de service (DPS) est une innovation qui a considérablement élargi l'accès et le recours au dépistage et au diagnostic du VIH dans certains ressorts canadiens. (45,50) Toutefois, l'accès au DPS varie selon la province, la région, la communauté et la population – un défi qui nuit à la lutte contre l'épidémie au Canada. (45) Même s'il n'est pas encore disponible au Canada, le dépistage du VIH à domicile est l'objet de débats au pays depuis l'approbation, aux États-Unis, de la trousse de dépistage oral OraQuick. Ces technologies ont le potentiel de joindre des individus à risque élevé pour le VIH; toutefois, d'importantes préoccupations persistent quant au counseling, au test de confirmation, à la notification des partenaires, à la performance et au coût. (46–49) Des dispositifs multiplex de DPS permettant le dépistage simultané du VIH et de co-infections connexes sont également à l'horizon et pourraient offrir le diagnostic rapide de multiples ITSS dans des populations à risque pour le VIH.

De nouveaux milieux pour joindre les personnes non diagnostiquées par le biais de stratégies ciblées sont envisagés dans divers ressorts canadiens. Le développement de nouveaux milieux pour le dépistage du VIH est facilité par l'utilisation du DPS, dans certaines régions. Les nouveaux contextes de dépistage incluent, sans

s'y limiter, les centres de santé autochtones, les établissements pour le traitement des dépendances, les logements de transition, les établissements de commerce du sexe, la proximité de rue et les prisons (45,50). En Ontario, des projets pilotes de DPS et de dépistage anonyme des ITS ont donné de bons résultats dans deux prisons provinciales et dans divers organismes communautaires. (50–53) Le Projet SPOT de Montréal, offrant le DPS, le dépistage d'ITS et l'arrimage aux soins dans un site communautaire, (50) a constaté que 10 % des personnes dépistées pour le VIH ne l'avaient jamais été auparavant, (55) et que l'approche avait attiré une forte proportion d'HARSAH nés à l'extérieur du Canada. (54) Vancouver Coastal Health et Island Health (C.-B.) ont mis à l'essai un modèle de dépistage du VIH et d'arrimage par les pharmaciens, (57) et un projet pilote récemment financé (2016) examinera les facteurs influençant l'acceptabilité et la faisabilité du dépistage du VIH par des pharmaciens en Alberta et à Terre-Neuve, dans des pharmacies de régions urbaines et rurales. (61) Des fournisseurs de soins de santé alliés et non réglementés sont également impliqués comme préposés au dépistage dans certaines régions. Cette approche est appuyée par les données; des fournisseurs comme des pharmaciens, des travailleurs sociaux et des « pairs » pourraient se prêter au rôle de préposés au dépistage. (26,56) Dans certains cas, ces fournisseurs sont plus efficaces que les préposés conventionnels pour impliquer des personnes à risque élevé (56) et ils pourraient accroître la disponibilité des services de dépistage du VIH et le recours à ceux-ci. (26)

Puisque les soins et le traitement précoces peuvent améliorer considérablement les résultats de santé, (3) l'arrimage immédiat du diagnostic au traitement deviendra probablement la norme de soins dans plusieurs pays à revenu élevé. (1) Certains ressorts évaluent cette stratégie. À Vancouver, un projet pilote a permis de constater qu'un hôpital pouvait améliorer le nombre

moyen de jours entre le diagnostic et les soins par un programme de référence rapide offrant un arrimage le jour même à un spécialiste du VIH et à d'autres ressources comme des pairs navigateurs et des médecins de soins primaires; cela a réduit le temps d'attente moyen pour des soins, de 21 jours à une seule journée. (58) Une clinique de santé sexuelle de Toronto a modifié ses services de suivi du dépistage du VIH, à la lumière de données selon lesquelles les clients rencontraient des obstacles psychosociaux dans l'accès aux soins. Ce modèle (« Making the Links ») inclut la référence immédiate à des soins primaires ainsi qu'un an de counseling et de suivi continu. Dans ce contexte, 98 % des clients ont été recommandés à un médecin de soins primaires pour le VIH et ont eu un premier rendez-vous entre une et deux semaines après leur résultat réactif au test de dépistage du VIH. (59)

LES APPROCHES DE DÉPISTAGE DU VIH SPÉCIFIQUES À DES POPULATIONS SONT IMPORTANTES

Les taux de VIH sont très élevés dans certaines populations du Canada. Comparativement à la population générale, les taux de nouvelles infections à VIH sont 131 fois plus élevés parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, 59 fois plus élevés parmi les personnes qui s'injectent des drogues, 6 fois plus élevés parmi les Canadiens nés dans des pays où le VIH est endémique et 3 fois plus élevés parmi les personnes autochtones. (62) Nous savons également que les taux de dépistage diffèrent, entre ces populations et parmi celles-ci, et que les populations à risque élevé ne se font pas dépister aussi fréquemment qu'elles le devraient. (21) Ces données indiquent qu'une amélioration est possible et que des stratégies spécifiques à des populations sont de mise (63).

Des approches spécifiques à des populations pour le dépistage du VIH peuvent être greffées

à des programmes intégrés qui abordent les enjeux de santé les plus pertinents à une population particulière. Par exemple, GayZone, une clinique de dépistage d'ITS/VIH pour hommes gais, à Ottawa, a des taux de positivité au VIH et aux ITS supérieurs à la moyenne et démontre l'utilité de fournir ces services dans une approche spécifique à la population. (64) Des approches spécifiques à des populations peuvent également aborder les nombreux obstacles qui contribuent à une faible implication dans le dépistage, la prévention et les soins pour le VIH et qui limitent l'efficacité des efforts pour améliorer la prévention et les résultats de santé. La Commission Lancet-ONUSIDA a récemment signalé que « ... [la mise à l'échelle du dépistage] ne suffira pas à contrôler l'épidémie » si nous n'abordons pas la stigmatisation, la discrimination, les facteurs syndémiques et les catalyseurs sociaux et structurels de l'épidémie du VIH. (65,66) La stigmatisation associée au VIH est un obstacle crucial au dépistage dans les populations spécifiques qui sont affectées par le VIH, en particulier les communautés autochtones, les communautés africaines, caraïbéennes et noires et les hommes gais. (32,67-70) L'absence de risque perçu et le manque de connaissance et d'aisance sont d'autres obstacles, (67) de même que le manque de services culturellement sécuritaires. (67) En réponse à ces obstacles et à d'autres, plusieurs stratégies spécifiques à des populations ont été mises en œuvre. Par exemple, le projet mobile « Know Your Status », premier projet VIH/VHC/ITS en son genre visant à accroître le nombre de diagnostics et à réduire la stigmatisation dans les communautés des Premières Nations de la Saskatchewan, a réussi à combler d'importantes lacunes dans le continuum des soins. (71)

Il est également important d'intensifier la réponse aux obstacles au dépistage du VIH et à l'implication dans la prévention et les soins qui ne sont pas spécifiques à des populations. La campagne de marketing social « It's Different Now » a utilisé les plus récentes données

scientifiques pour amorcer une conversation publique sur le VIH parmi tous les résidents de la ville de Vancouver. Au Canada, la criminalisation de la non-divulgation du VIH est un obstacle considérable au dépistage dans toutes les populations. (72)

PROCESSUS

DIALOGUE DÉLIBÉRATIF

Un dialogue délibératif est une forme de discussion visant à trouver le meilleur plan d'action possible. Le but n'est pas tant de résoudre un problème ou de faire la lumière sur un enjeu, mais bien d'explorer les pistes d'action les plus prometteuses.

Le dialogue délibératif est différent d'un débat, d'une négociation, d'un remue-méninges et d'une recherche de consensus. Le but ici n'est pas de discuter ensemble, mais plutôt de penser ensemble. Nous n'avons pas nécessairement l'intention d'atteindre une seule conclusion ou un seul consensus. Le but de ce processus est plutôt de générer des idées communes et d'émettre une opinion reflétant la pensée du groupe, dans le cas présent, un groupe d'experts en dépistage du VIH et en arrimage de partout au Canada.

Lorsque des personnes pensent ensemble, cela implique qu'elles écoutent attentivement les points de vue des autres, examinent de nouvelles idées et optiques, recherchent des points d'entente et parlent ouvertement des hypothèses non formulées. Les questions délibératives prennent la forme de « que devrait-on faire? ». Le processus gravite autour d'une question urgente qui doit être abordée (c.-à-d., comment pouvons-nous réduire le nombre de personnes non diagnostiquées et qui ne sont pas arrimées de façon adéquate aux services?), et par le dialogue, nous essayons d'arriver à une compréhension commune qui ouvre la voie à des pistes d'action acceptables.

APERÇU DE L'ORDRE DU JOUR

L'ordre du jour du Dialogue délibératif a été conçu de manière à faciliter les discussions sur deux questions clés :

- 1) Comment pouvons-nous réduire le nombre de personnes non diagnostiquées au Canada?
- 2) Comment pouvons-nous faire en sorte que les personnes dépistées soient arrimées à des services appropriés en temps opportun et de la manière la plus culturellement sécuritaire qui soit?

L'ordre du jour de la réunion était encadré par quatre sujets clés, chacun étant centré sur des approches et mécanismes pour le dépistage du VIH et l'arrimage. La réunion a également donné lieu à deux panels sur les enjeux spécifiques à des populations. Pour une copie de l'ordre du jour, veuillez consulter l'Annexe A.

Les présentations associées à chacune de ces séances visaient à servir de catalyseur pour alimenter la discussion et non à examiner de manière exhaustive les programmes de dépistage au Canada. Le dialogue qui a eu lieu était axé sur la façon dont nous pouvons utiliser ces approches afin de mieux joindre les bonnes personnes au bon moment et à l'aide des bons services. L'animation de la discussion cherchait à identifier les facteurs de réussite, les priorités clés des populations spécifiques, le cas échéant, et les lacunes dans les connaissances en élaboration de programmes dans la salle. Le pour et le contre de certaines approches

ont été examinés et des préoccupations ont été exprimées et abordées.

L'objectif de la réunion était de développer des orientations prioritaires pour l'élaboration des programmes de dépistage du VIH et pour l'arrimage afin d'améliorer notre capacité de joindre les personnes non diagnostiquées pour le VIH et de les relier à des soins. Le dialogue visait à cerner :

- Des approches de programmes qui se doivent d'être examinées et adoptées afin d'aider à réduire l'épidémie de VIH au Canada
- Les changements de politiques et pratiques associés à ces approches de programmes
- Des points de vue divergents et convergents
- Un contexte pertinent pour déterminer comment et où les différentes approches de programmes pourraient s'appliquer à diverses épidémies et divers contextes.

Nous avons distribué une trousse de lecture aux participants deux semaines avant le dialogue délibératif. La liste de lectures pré-réunion visait à ce que tous les participants arrivent à la réunion avec une base de connaissances commune sur l'épidémiologie canadienne relative au diagnostic du VIH, les technologies de dépistage du VIH disponibles au Canada et les procédures de dépistage les plus courantes.

Ces documents incluaient un aperçu de la réunion; un feuillet d'information sur le processus de dépistage du VIH (Annexe 2); un feuillet d'information sur les technologies de dépistage du VIH (Annexe 3); un webinaire pré-enregistré sur la surveillance, les estimations et la cascade du VIH au Canada, présenté par l'ASPC (en français : <http://www.catie.ca/fr/surveillance-estimations-cascade-vih-canada-2014>; en anglais : [\[canada-2014\]\(http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/guide/hivstg-vihgdd-fra.php#a\)\); le Guide de l'ASPC pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH \(<http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/guide/hivstg-vihgdd-fra.php#a>\); les Lignes directrices consolidées de l'OMS sur le dépistage du VIH \(\[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926_eng.pdf?ua=1&ua=1\]\(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926_eng.pdf?ua=1&ua=1\)\); la Déclaration de consensus canadien sur les bienfaits de santé et de prévention associés au dépistage du VIH et aux médicaments antirétroviraux contre le VIH \(<http://www.hivconsensusvih.ca>\); et un hyperlien vers la section du site Web de CATIE consacrée au dépistage, qui inclut de l'information sur le dépistage du VIH et de l'hépatite C et sur le fonctionnement des tests de dépistage \(<http://www.catie.ca/fr/prevention/depistage-diagnostic>\).](http://www.catie.ca/en/hiv-surveillance-estimates-and-cascade-</p></div><div data-bbox=)

PARTICIPANTS

Cinquante experts de premier plan dans le domaine du dépistage du VIH et de l'élaboration de programmes d'arrimage – notamment des personnes vivant avec le VIH, des responsables des politiques, des planificateurs des services de santé dans les milieux communautaire, clinique et de la santé publique, des fournisseurs de services – ont été invités à assister à ce dialogue délibératif. Quinze membres du conseil d'administration de CATIE y ont également pris part. Des employés de CATIE étaient présents comme observateurs. Veuillez consulter l'Annexe C pour la liste des participants.

RÉSULTATS : ENJEUX ET ORIENTATIONS PRIORITAIRES AYANT ÉMERGÉ DU DIALOGUE DÉLIBÉRATIF

Divers programmes et pratiques de dépistage du VIH et d'arrimage sont mis en œuvre dans les régions du Canada afin de joindre les personnes non diagnostiquées et de les arrimer aux services pertinents. Ces programmes peuvent offrir également d'importantes occasions d'impliquer les personnes séronégatives pour le VIH qui continuent d'être à risque élevé d'infection. Lors des discussions sur les modèles de programmes, sur les milieux possibles pour le dépistage du VIH, sur les intervenants les mieux placés pour le fournir et sur les technologies de dépistage du VIH existantes ou en devenir, et qui sont pertinentes pour le Canada, on a cerné divers enjeux et orientations prioritaires; ces éléments sont résumés ici. Ces orientations prioritaires devraient être envisagées afin d'améliorer les efforts canadiens pour réduire le nombre de personnes non diagnostiquées, au pays, et pour les arrimer aux services appropriés en temps opportun et de la manière la plus culturellement sécuritaire qui soit. Ces enjeux et orientations prioritaires concernent l'un ou l'autre des quatre sujets clés à l'ordre du jour de la réunion : 1) joindre les personnes non diagnostiquées par le biais des milieux cliniques; 2) joindre les personnes non diagnostiquées par les milieux et partenariats communautaires; 3) approches autonomes; et 4) arrimage dans le continuum de la prévention et des soins en VIH; ou ils chevauchent l'ensemble des thèmes et sont identifiés ci-dessous comme étant « transversaux ».

Les enjeux et orientations prioritaires ci-décrits ne présentent pas une perspective nationale unique, car le dialogue délibératif a offert divers points de vue sur les programmes de dépistage du VIH au Canada. Les différences observées dans les discussions étaient raisonnables et attendues, compte tenu des disparités régionales et populationnelles dans l'accès aux approches et technologies de dépistage, dans les systèmes de santé, l'accès aux ressources et l'épidémiologie du VIH. D'importantes tensions sont relatées plus bas.

En cernant ces enjeux et orientations prioritaires, l'intention était d'aider divers dépositaires d'enjeux à rehausser leurs efforts pour joindre les personnes non diagnostiquées pour le VIH et les arrimer à des services appropriés et efficaces. Chaque instance a la responsabilité de s'assurer que les approches de dépistage du VIH qui existent dans sa région sont pertinentes à son contexte et à son système de santé, mais également d'envisager des approches fondées sur des données nouvelles, s'il y a lieu. Nous avons des avantages à tirer de l'expérience d'autres régions, organismes et communautés. En tant que courtier national en connaissances sur la prévention, le dépistage, les traitements et les soins pour le VIH et l'hépatite C, CATIE utilisera ces orientations prioritaires et les enjeux signalés lors du dialogue délibératif pour éclairer son travail d'échange des connaissances au cours des prochaines années. CATIE continuera d'impliquer et de consulter les personnes les plus affectées par le VIH ainsi qu'un éventail d'autres

dépositaires d'enjeux, et de suivre leurs conseils pour définir ses rôles et responsabilités dans l'effort collectif de riposte au VIH.

ENJEUX ET ORIENTATIONS PRIORITAIRES : DISCUSSION TRANSVERSALE

La discussion du dialogue délibératif a porté en partie sur des enjeux et orientations prioritaires qui chevauchaient les quatre sujets clés de l'ordre du jour. Ces enjeux et orientations sont résumés ici.

Obstacles à l'accès au dépistage du VIH

Une importante partie de la discussion a traité de l'impact des obstacles structurels, de l'échelon des intervenants et individuels sur l'accès au dépistage du VIH, en particulier parmi les populations prioritaires spécifiques et dans certaines régions du Canada. Dans le cadre de présentations spécifiques à des populations, les participants ont discuté des manières par lesquelles ces obstacles affectent l'accès au dépistage du VIH chez les hommes gais, bisexuels et hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (gbHARSAH), les personnes qui consomment des drogues, les travailleuses et travailleurs du sexe, les communautés autochtones et les communautés africaines, caraïbéennes et noires (ACN). Plusieurs facteurs communs ont été identifiés, puis une discussion a suivi sur la manière dont le dépistage du VIH doit répondre à ces obstacles afin que toutes les personnes à risque puissent utiliser les services et y avoir accès équitablement à l'échelle du pays.

« Il existe des obstacles au dépistage aux échelons du système, des intervenants et des individus. Travailler à un seul échelon ne suffit pas. Ne nous limitons pas à augmenter l'offre : changeons l'offre. »

– Un participant à la réunion

Deux obstacles à l'accès au dépistage du VIH se sont révélés comme étant particulièrement problématiques et répandus : 1) la stigmatisation et la discrimination associées au VIH (y compris la criminalisation de la non-divulgaration du VIH); et 2) le manque de confiance à l'égard des intervenants et du système de soins de santé en raison du racisme, de la colonisation et de l'homophobie. Ces obstacles affectent l'accès et le recours au dépistage du VIH aux échelons du système, des intervenants et des individus/patients, dans l'ensemble des populations prioritaires.

Répondre aux obstacles systémiques au dépistage du VIH et à l'arrimage

- ▣ **Orientation prioritaire 1 :** Répondre aux obstacles systémiques au dépistage du VIH et à l'arrimage aux soins.

Les obstacles au dépistage du VIH et à l'arrimage aux soins sont enracinés dans des facteurs systémiques. Afin de réduire le nombre de personnes non diagnostiquées pour le VIH au Canada et d'arrimer les personnes dépistées à des services appropriés en temps opportun et de la manière la plus culturellement sécuritaire qui soit, ces facteurs doivent être abordés. Plusieurs participants ont demandé la décriminalisation du VIH, l'élimination de la stigmatisation ainsi que l'accès facile et universel aux options de dépistage, de traitement et de prévention. Cela nécessite d'investir des ressources dans la réponse aux obstacles systémiques. Les obstacles *individuels à l'échelon des intervenants ou institutionnels* prennent souvent racine

dans ces facteurs systémiques. Toutefois, des participants ont fortement insisté sur le fait que nous ne pouvons attendre l'élimination des obstacles systémiques pour améliorer nos efforts de dépistage. Nous devons travailler simultanément à l'échelon des individus, des intervenants, des institutions et du système. Une partie des ressources pour améliorer l'accès au dépistage du VIH devrait être investie dans des interventions systémiques visant à éliminer les obstacles liés aux services de dépistage et de prévention du VIH.

Répondre aux obstacles de l'échelon des intervenants en matière de dépistage du VIH et d'arrimage

- **Orientation prioritaire 2 :** Répondre aux obstacles de l'échelon des intervenants en matière de dépistage du VIH et d'arrimage aux soins.

Pour améliorer l'accès et le recours au dépistage du VIH, nous devons répondre aux obstacles à l'échelon des intervenants. Les participants au dialogue délibératif ont signalé que les intervenants et les établissements de soins de santé devraient être responsables en grande partie de répondre à ces obstacles aux services. Même si l'individu à risque est souvent au centre des discussions sur les obstacles, les participants ont constamment redirigé l'attention vers les activités et *responsabilités* des intervenants et des établissements.

- **Orientation prioritaire 3 :** Répondre aux obstacles au dépistage au VIH et à l'arrimage aux soins à l'aide de services culturellement sécuritaires et compétents.

Un dépistage du VIH qui n'est pas culturellement sécuritaire et compétent peut susciter l'évitement des services. La capacité des intervenants en soins de santé de discuter avec les individus et de développer et maintenir une relation de confiance repose sur leur reconnaissance et

leur compréhension des réalités de la vie et de l'histoire de chacun. Il est important que les intervenants et les établissements de soins de santé réfléchissent à la discrimination intersectionnelle et l'abordent dans leur prestation de soins à tous les patients, en particulier ceux de populations marginalisées ou à risque, comme les gbHARSAH, les communautés autochtones, les personnes qui consomment des drogues, les travailleuses et travailleurs du sexe et les communautés ACN.

Certains intervenants sont ouverts et fournissent des soins culturellement sécuritaires, mais les participants du dialogue délibératif ont décrit longuement des cas d'intervenants en soins de santé qui sont mal à l'aise, réticents et/ou insuffisamment formés, face aux vies, expériences et besoins des personnes à risque pour le VIH. Ce malaise et cette réticence font obstacle au dépistage du VIH dans les communautés à risque. La façon dont les intervenants en soins de santé communiquent avec les patients peut accroître ou réduire l'implication de ces derniers dans les services et influencer leurs résultats de santé. Les intervenants et les établissements de soins de santé ont la responsabilité de prioriser des stratégies efficaces qui opérationnalisent des concepts antiracisme, antihomophobie et décolonisateurs.

- **Orientation prioritaire 4 :** Soutenir les organismes et institutions dans l'examen et dans la responsabilisation relatifs aux appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation, pour répondre aux obstacles au dépistage du VIH et à l'arrimage aux soins pour les personnes autochtones.

Certains participants ont recommandé que les organismes soient invités à examiner les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation (en particulier les actions relatives à la santé et à l'éducation), à se responsabiliser par rapport à ceux-ci et à envisager d'étudier le

[Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada](#). La Commission de vérité et réconciliation a pour objectifs de favoriser la compréhension, parmi tous les Canadiens, de l'histoire de génocide culturel de la population autochtone du Canada, d'accepter les événements du passé afin de surmonter les conflits, puis d'établir une relation respectueuse et saine entre les gens, à l'avenir. Répondre à ces appels à l'action est une façon pour les Canadiens autochtones et non autochtones de travailler à réagir à l'impact du trauma intergénérationnel sur les populations autochtones, qui est fortement lié au risque pour le VIH, entre autres résultats négatifs. En encourageant les intervenants et les institutions de soins de santé à considérer ces appels à l'action et à y répondre, nous pouvons progresser vers la décolonisation des soins de santé et la réponse aux obstacles systémiques, institutionnels et de l'échelon des intervenants au dépistage du VIH, de même qu'à l'arrimage aux soins dans les communautés autochtones.

« Certains fournisseurs de soins de santé nous traiteront «comme tout le monde» – alors qu'en réalité nous avons des besoins de santé particuliers. »

– Un participant à la réunion

Répondre aux obstacles *individuels* au dépistage du VIH et à l'arrimage aux soins

- **Orientation prioritaire 5 :** Créer de multiples voies d'accès au dépistage, qui soient adaptées aux besoins de chaque personne.

Une mosaïque d'approches et de méthodes de dépistage du VIH et d'arrimage aux soins est requise pour atteindre nos buts, quelle que soit la région. Entre autres, les services doivent être offerts dans plusieurs milieux (p. ex., cliniques, proximité, communauté, prisons); tous les types de recommandations devraient

être inclus (c.-à-d., pas de mauvaises voies d'accès); de multiples intervenants devraient être impliqués; et diverses formes d'éducation sont nécessaires pour les communautés à risque et les fournisseurs de services. Créer de multiples voies peut faciliter l'accès au dépistage pour une variété d'individus.

Utiliser les données pour mettre en œuvre, surveiller et évaluer les programmes de dépistage du VIH et d'arrimage

Des prises de décisions fondées sur les meilleures données qui soient, en matière de surveillance, de recherche et d'évaluation, sont un important aspect de la santé publique. L'utilisation de données scientifiques pour guider la planification de programmes, l'implication des communautés dans les prises de décisions et la réalisation d'évaluations de programmes sont des composantes déterminantes d'initiatives réussies. Les participants au dialogue délibératif ont discuté de l'utilisation de différents types de données pour guider les prises de décisions relatives aux programmes de dépistage du VIH et d'arrimage aux soins, notamment la priorisation d'emplacements géographiques, de populations, d'établissements et de services.

Utiliser les données pour identifier l'ensemble le plus stratégique d'interventions de dépistage

- **Orientation prioritaire 6 :** Utiliser les données locales pour choisir un ensemble stratégique d'approches programmatiques au VIH afin de joindre les personnes non diagnostiquées et de les arrimer aux soins.

Le dialogue délibératif s'est concentré sur l'identification d'approches de dépistage du VIH efficaces dans un milieu ou une population en particulier et sur l'identification des bonnes interventions de dépistage pour une région à l'aide de données. Comme nous l'avons déjà mentionné, puisqu'une mosaïque d'approches et de méthodes est requise pour atteindre nos

but, quelle que soit la région, il est important d'utiliser des données qui reflètent la situation locale du VIH afin de guider les efforts.

- **Orientation prioritaire 7** : Établir le seuil à partir duquel le dépistage devrait être offert ainsi que la fréquence souhaitable pour diverses populations.

Puisque les individus n'ont pas tous le même degré de risque pour le VIH, les intervenants pourraient bénéficier de lignes directrices qui recommandent une fréquence de dépistage différente pour les personnes à risque plus élevé. Certaines provinces (p. ex., C.-B., Ontario) ont déjà de telles lignes directrices. Celles-ci devraient indiquer comment les intervenants doivent adapter leurs approches/services selon les patients ou les populations. En C.-B., par exemple, on recommande aux intervenants d'offrir systématiquement le dépistage du VIH tous les cinq ans aux personnes du grand public, et chaque année aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, aux personnes autochtones et aux personnes de pays où le VIH est endémique. (25) En Ontario, les lignes directrices sur la fréquence sont spécifiques aux populations. (73) Dans d'autres provinces, une approche différente pourrait être appropriée. Les autorités de la santé publique et les intervenants en soins de santé ont la responsabilité de s'assurer que le dépistage du VIH est offert à chaque occasion, pour autant que cela soit efficace et efficient selon les données locales.

« Les gens ont le droit de connaître [leur statut VIH] même si aucun soutien n'est offert dans la communauté. »

– Un participant à la réunion

- **Orientation prioritaire 8** : Offrir des ressources pour l'innovation et pour mettre à l'essai de nouvelles choses. En l'absence de données sur des approches, soumettre celles-ci à des essais pilotes.

Les participants ont discuté de l'utilité d'essayer de nouvelles choses; ils ont noté qu'en l'absence de données, il est important d'offrir des occasions de mettre à l'essai de nouvelles initiatives et d'évaluer les progrès à l'aide d'une évaluation et d'une collecte de données rigoureuses.

Utiliser des évaluations d'impact en équité de la santé pour guider les prises de décisions

- **Orientation prioritaire 9** : Utiliser des évaluations d'impact en équité de la santé afin d'estimer les retombées et la pertinence de diverses interventions.

Les évaluations d'impact en équité de la santé sont un mécanisme visant à assurer que les impacts possibles d'un programme ou d'une stratégie sur la santé et sur l'équité de la santé soient pris en considération avant sa mise en œuvre. Cet outil permet à l'utilisateur d'établir comment un programme ou une politique affectera différemment certains groupes de population. L'objectif final est d'optimiser les impacts positifs et de réduire les impacts négatifs qui pourraient accentuer les disparités de santé entre groupes de population. (74) L'utilisation d'évaluations d'impact en équité de la santé dans la conception et la mise en œuvre d'interventions de dépistage du VIH pourrait favoriser un accès et un recours plus équitables aux services de dépistage du VIH et d'arrimage aux soins, au Canada.

Utiliser des évaluations de programmes pour mesurer les progrès

- **Orientation prioritaire 10 :** Utiliser des données d'évaluation pour établir le degré d'efficacité de la combinaison stratégique du dépistage du VIH et des interventions d'arrimage dans la tâche de joindre les personnes non diagnostiquées et de les arrimer aux soins.

Afin de comprendre si leurs efforts sont efficaces, les régions doivent établir des cibles claires pour le dépistage du VIH et avoir la capacité de recueillir des données et de les analyser. Les exemples de cibles incluent : la proportion estimée de personnes non diagnostiquées, le pourcentage des populations prioritaires ayant été dépisté pour le VIH, le compte de CD4 au moment du diagnostic et le ratio de personnes arrimées aux soins. Les données sur les occasions manquées de diagnostic et sur le stade du VIH au moment du diagnostic ont également été identifiées comme cruciales à l'évaluation de la réussite des interventions de dépistage, en particulier celles offrant systématiquement le dépistage aux patients (voir plus bas).

Les participants au dialogue délibératif ont noté que les programmes de dépistage du VIH devraient être mis en œuvre jusqu'à ce qu'ils ne soient plus rentables. Il faut recueillir des données pour établir si les résultats de l'accès au dépistage se sont améliorés dans les populations clés.

Il est également important de comprendre à quel point les personnes sont bien arrimées aux services liés au VIH, lors du dépistage. Des lignes directrices de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) signalent que le dépistage et la connaissance du statut VIH ont une valeur limitée en l'absence d'efforts actifs pour assurer l'arrimage, l'implication et la rétention dans le traitement et les soins. (26) Les récentes lignes directrices de l'International Association of Providers of AIDS Care (IAPAC) recommandent

également d'accroître la couverture du dépistage du VIH et d'améliorer considérablement l'arrimage aux soins et traitements et la rétention dans ceux-ci. (27) Elles soutiennent que l'arrimage aux services de prévention est crucial, à la fois pour les personnes qui reçoivent un résultat négatif et continuent d'être à risque élevé et pour celles qui reçoivent un résultat positif. Le dépistage peut également servir de voie d'accès à d'autres services non spécifiques au VIH pour les personnes vivant avec le VIH et les personnes à risque. (4) Les cibles et mesures sont cruciales à la cascade des soins pour le VIH.

L'utilisation de données sur les « occasions manquées » pour guider les programmes :

Les participants ont discuté de l'importance d'utiliser des données sur les occasions manquées de diagnostic, comme indicateur de soins de qualité. Les preuves sont claires, quant aux bienfaits de joindre les individus de façon précoce pour des raisons cliniques (1-3); plusieurs participants considéraient qu'il est inacceptable (même si aucun risque n'est signalé) qu'un fournisseur de soins de santé « manque un diagnostic », c'est-à-dire interagisse avec une personne non diagnostiquée pour le VIH sans lui offrir de dépistage. Certaines régions ont recueilli des données sur les occasions manquées : elles révèlent le nombre de rencontres dans le système de soins de santé qu'a eues une personne séropositive pour le VIH n'ayant pas encore diagnostiquée, au cours d'une période donnée, avant qu'on lui offre ou lui fasse un dépistage du VIH et qu'elle soit diagnostiquée. Ces données apportent des mesures claires et utiles de la capacité d'un système de santé de joindre les personnes non diagnostiquées pour le VIH; elles peuvent aider les planificateurs en santé à comprendre où déployer des initiatives d'offre systématique du dépistage.

Intégrer les efforts de dépistage du VIH et d'arrimage dans d'autres services

Les participants ont discuté des inconvénients des services de santé fragmentés (p. ex., occasions manquées d'arrimage à des interventions de santé pertinentes). Il y a fragmentation lorsque les services de dépistage, de soutien et de traitement pour le VIH sont offerts dans des milieux différents. Par exemple, les services de dépistage d'ITSS sont fragmentés lorsqu'un patient doit prendre plusieurs rendez-vous pour être dépisté pour diverses ITSS. Les participants ont discuté de la valeur de joindre les services de dépistage du VIH à celui d'autres ITSS et de les accompagner de programmes qui répondent aux besoins mentaux, spirituels, émotionnels et physiques du patient et de ses partenaires sexuels ou de consommation de drogue, pour une santé et un bien-être optimaux.

Intégrer le dépistage du VIH dans le dépistage d'autres ITSS

- **Orientation prioritaire 11** : Veiller à ce que le dépistage du VIH accompagne le dépistage d'ITSS lorsque cela est approprié.

Il y avait consensus, lors du dialogue délibératif, sur le fait que nous devrions intégrer de manière optimale nos approches au dépistage du VIH et des ITSS, compte tenu des besoins des groupes affectés et puisque le VIH et les ITSS ont en commun des modes de transmission, des populations affectées, des comportements à risque et des facteurs sociaux et structurels.

« *Toute personne qui se présente pour un dépistage du VIH devrait se voir offrir un dépistage du VHC et des ITSS, et vice-versa.* »

– Un participant à la réunion

Intégrer des services de dépistage du VIH dans des programmes qui répondent aux besoins mentaux, émotionnels, physiques et spirituels des patients

- **Orientation prioritaire 12** : Faire en sorte que le dépistage du VIH soit offert dans une approche programmatique holistique qui permet d'aborder de façon exhaustive la promotion de la santé et les efforts de prévention de la maladie.

Les participants ont discuté de la façon dont les environnements sociaux influencent le risque de VIH et les résultats de santé; certains ont proposé que les programmes de dépistage du VIH soient accompagnés de services mentaux, émotionnels, physiques ou spirituels pouvant être nécessaires afin de réduire le risque ou d'améliorer le bien-être de l'individu, ou qu'ils soient activement arrimés à ceux-ci.

Repenser la notification des partenaires pour répondre aux besoins des partenaires en matière de soins pour le VIH

- **Orientation prioritaire 13** : Revoir notre conceptualisation de la notification des partenaires, pour la recadrer en « soins des partenaires ».

La notification des partenaires est un processus de prévention secondaire par lequel des partenaires sexuels et d'autres contacts exposés à une ITS, y compris le VIH, sont identifiés, repérés, évalués, conseillés, dépistés et traités; elle est considérée par les intervenants comme étant bénéfique à la santé publique (p. ex., surveillance et contrôle des maladies). (75) À présent que nous comprenons le rôle du diagnostic et du traitement précoces du VIH dans l'atteinte de résultats de santé optimaux pour les personnes vivant avec le VIH, certains fournisseurs de soins de santé et praticiens de la santé publique ont recadré la notification des partenaires en *soins des partenaires*. (76)

Le concept et la pratique des « soins des partenaires » recadrent la notification des partenaires, qui était essentiellement une activité de santé des populations, en une activité de santé clinique ou individuelle. Les soins des partenaires sont un élément important de tous les milieux et de toutes les approches de dépistage, non seulement comme stratégie de santé publique pour réduire la transmission, mais également pour la santé et le bien-être des individus diagnostiqués séropositifs pour le VIH.

ENJEUX ET ORIENTATIONS PRIORITAIRES : JOINDRE LES PERSONNES NON DIAGNOSTIQUÉES PAR LE BIAIS DES MILIEUX CLINIQUES

Le dépistage du VIH dans des milieux cliniques comme les soins primaires, les hôpitaux et les unités de santé publique est un aspect crucial de l'ensemble des approches de dépistage du VIH dans une région donnée. Ces milieux sont variés; diverses approches et divers « types » de préposés au dépistage sont nécessaires afin d'optimiser la façon dont nous joignons les personnes non diagnostiquées pour le VIH et les arrimons aux soins et services. Les infirmières, praticiens en soins infirmiers et médecins jouent un rôle important comme intervenants en dépistage du VIH, dans ces milieux; d'autres professionnels et les pairs pourraient aussi être importants.

Le dépistage systématique à l'initiative du fournisseur et le dépistage ciblé et fondé sur le risque ont tous deux un rôle important à jouer pour joindre les personnes non diagnostiquées pour le VIH par le biais des milieux cliniques. Plutôt que de les aborder séparément, les participants au dialogue délibératif considéraient le dépistage ciblé et systématique comme étant deux aspects d'une stratégie de dépistage intégrée pour répondre aux besoins régionaux ou locaux.

L'offre systématique du dépistage du VIH dans les milieux cliniques

Bien que le dépistage ciblé et fondé sur le risque soit répandu dans les milieux cliniques canadiens (parce qu'il est considéré comme efficace pour identifier les personnes séropositives pour le VIH), la discussion concernant les milieux cliniques a porté presque entièrement sur des enjeux liés à la mise en œuvre du dépistage systématique à l'initiative du fournisseur. Dans cette forme de dépistage du VIH, un dépistage est *offert* systématiquement à l'individu, indépendamment de l'identification d'un risque spécifique (mais les personnes ne sont pas systématiquement dépistées sans leur consentement).

Les participants considéraient l'offre systématique du dépistage du VIH comme une voie d'accès supplémentaire au continuum de la prévention et des soins pour le VIH. Au Canada, l'offre systématique du dépistage du VIH a été mise en œuvre dans 1) des milieux de soins de santé généraux, comme des hôpitaux et des établissements de soins primaires, et 2) des milieux cliniques à prévalence élevée. Elle consiste en l'ajout d'une offre de dépistage du VIH aux soins médicaux réguliers. À certains endroits au pays, par exemple dans certaines régions de la Colombie-Britannique et du Manitoba, on a mis en œuvre cette approche parallèlement aux méthodes existantes et plus conventionnelles de diagnostic du VIH (c.-à-d., dépistage ciblé et fondé sur le risque).

Comme on l'a expliqué au cours du dialogue délibératif, l'offre systématique du dépistage du VIH est basée sur la notion selon laquelle identifier le risque d'une personne ne suffit pas à atteindre l'objectif du diagnostic précoce de toutes les personnes qui sont à risque. Avec l'offre systématique du dépistage, ni le patient ni l'intervenant n'ont à reconnaître ou à révéler de facteurs de risque pour le VIH. Cette approche a été démontrée comme étant fort acceptable

Le dépistage du VIH dans les soins aigus dans la région de la Vancouver Coastal Health Authority

En 2011, les trois hôpitaux pour soins aigus de Vancouver ont commencé à offrir systématiquement le dépistage du VIH aux patients se présentant à l'hôpital, dans le cadre de leurs soins courants, indépendamment du risque perçu. Cette nouvelle approche au dépistage a modifié considérablement la pratique quotidienne, dans ces milieux cliniques; elle s'est avérée efficace à joindre les personnes vivant avec le VIH à un stade plus précoce de l'infection, en plus d'être rentable. La décision de Vancouver Coastal Health de mettre en œuvre l'offre systématique dans les soins aigus était motivée par les données : on savait qu'un tiers des patients diagnostiqués séropositifs pour le VIH au cours des trois dernières années avaient eu au moins une visite antérieure dans le système de soins de santé lors de laquelle ils n'avaient pas été dépistés pour le VIH. Ces données ont révélé d'importantes occasions manquées de diagnostic, auxquelles l'offre systématique du dépistage du VIH pouvait répondre.

Le succès de cette initiative repose sur la reconnaissance de l'ampleur du changement de pratique que nécessite l'inclusion du dépistage du VIH dans les soins réguliers. Pour plus d'information sur le processus de mise en œuvre de cette approche, veuillez visiter : <http://www.catie.ca/fr/cnp/programme/soins-actif>

pour les patients et les fournisseurs de soins de santé dans plusieurs milieux cliniques, et efficace pour joindre et diagnostiquer les patients. Cette approche programmatique peut également répondre à des obstacles aux échelons du système, des intervenants et des individus, pour le dépistage du VIH, comme le manque

de sensibilisation et les idées erronées à l'égard du VIH chez les médecins et les patients. L'offre systématique du dépistage peut s'inscrire dans une approche de consentement ou d'option de retrait.

L'offre systématique du dépistage du VIH peut être particulièrement pertinente dans les communautés où l'identification d'un risque est impossible ou n'est pas idéale. Comme des participants du dialogue délibératif l'ont signalé, par exemple à Vancouver, où les services de santé pour hommes gais sont relativement répandus et fréquentés par plusieurs hommes s'identifiant comme gais, pour le dépistage du VIH, des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et ne s'identifiant pas comme gais pourraient être réticents à recourir à des services clairement identifiés comme « gais ». Grâce à l'offre systématique du dépistage du VIH dans le cadre des autres services de santé, ces hommes peuvent accéder au dépistage du VIH sans devoir révéler leur comportement ou leur risque. Cela pourrait être particulièrement pertinent également en milieu semi-urbain et rural. Plusieurs communautés rurales ont un hôpital ou un poste de soins infirmiers; certaines pourraient avoir avantage à explorer la pertinence de l'offre systématique du dépistage du VIH fondée sur de vastes critères d'inclusion. Un exemple présenté lors du dialogue délibératif signalait que, dans les régions rurales du Manitoba, les individus ont recours au dépistage du VIH par le biais d'un fournisseur local de soins qu'ils peuvent connaître personnellement. En offrant le dépistage à toutes les personnes actives sexuellement, on pourrait atténuer la stigmatisation associée au VIH, car le dépistage serait perçu comme pertinent à tout le monde; de plus, le nombre de diagnostics pourrait augmenter.

« *Nous devons progresser dans la réponse à la stigmatisation et créer par la même occasion des voies d'accès au dépistage et au traitement du VIH. Nous ne pouvons attendre que la stigmatisation disparaisse avant de rehausser les occasions de dépistage du VIH.* »

– Un participant à la réunion

On a discuté de considérations importantes concernant l'utilisation et la valeur de l'offre systématique du dépistage en tant qu'approche programmatique.

Enjeux d'éthique et de droits humains

- ▣ **Orientation prioritaire 1 :** Examiner les implications éthiques et de droits humains du dépistage systématique du VIH, réfléchir à ces éléments et créer un plan de mise en œuvre qui assure le respect des droits humains.

Dérogation à l'exceptionnalisme du VIH

Le dépistage systématique du VIH est une importante dérogation à l'« exceptionnalisme » du VIH qui distingue depuis longtemps le dépistage du VIH et celui d'autres maladies transmissibles. Premièrement, le dépistage du VIH relève généralement de l'initiative du patient, ce qui nécessite que celui-ci demande à être dépisté et identifie son risque.

Changements au counseling pré-test pour l'obtention du consentement éclairé : une procédure pré-test abrégée

Obtenir verbalement le consentement clair et éclairé d'un individu avant de le dépister pour le VIH demeure un élément de la norme de soins, au Canada. Cependant, la façon par laquelle les fournisseurs obtiennent le consentement éclairé s'est modifiée, dans certaines situations. Jusqu'à relativement récemment, les lignes directrices canadiennes sur le dépistage du VIH indiquaient qu'un counseling pré-test devait être donné à toute personne qui demandait ce test ou à laquelle on l'offrait. Ce counseling était fourni verbalement et pouvait durer approximativement 20 minutes. Plus récemment, le counseling pré-test détaillé est venu à être considéré comme un obstacle potentiel au dépistage, dans certaines circonstances, tant par des individus que par des intervenants. Pour les personnes qui se font dépister à répétition, celles qui ne veulent pas révéler leurs risques à un fournisseur de soins, ou celles qui ne sont pas conscientes de leur risque, ce counseling peut constituer un obstacle; et pour les fournisseurs le temps et

les connaissances nécessaires afin d'offrir un counseling pré-test peuvent également être des obstacles. Avec les progrès des traitements, par ailleurs, le VIH est devenu une maladie chronique gérable comme bien d'autres, ce qui modifie également la nécessité du counseling pré-test détaillé.

Par conséquent, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et certaines autres autorités ont développé de nouvelles lignes directrices pour les procédures pré-test, qui sont spécifiques à des facteurs de la situation du dépistage – y compris la motivation de l'individu qui demande le dépistage, toute expérience de dépistage antérieur ainsi que les ressources et la capacité du fournisseur de soins.

Bien que ce changement ne se soit pas fait sans controverse, des procédures pré-test abrégées sont nécessaires afin que l'offre systématique de dépistage soit possible dans le milieu des soins de santé.

Deuxièmement, le consentement éclairé au dépistage du VIH requiert habituellement un counseling formel et détaillé, avant de procéder au dépistage. (77) Dans le cadre du dépistage systématique, le dépistage relève de l'initiative du fournisseur et on ne discute pas du risque (sauf si le patient exprime un intérêt à le faire). Le fournisseur de dépistage demande tout de même le consentement du patient, mais dans une procédure pré-test abrégée.

L'éthique du dépistage de routine a émergé comme un point de controverse, lors du dialogue délibératif. L'exceptionnalisme du dépistage du VIH est considéré comme un élément très important afin de protéger les individus dans le contexte de la stigmatisation du VIH et de la criminalisation du non-dévoilement. Puisque la stigmatisation et la discrimination liées au VIH demeurent des problèmes majeurs, plusieurs observateurs sont d'avis que l'on ne peut pas aborder le dépistage du VIH de la même manière que d'autres tests diagnostiques ou de dépistage. Le consentement éclairé, la responsabilité de s'assurer qu'une personne qui reçoit un diagnostic positif pour le VIH a le soutien pertinent après son diagnostic, de même que l'exigence de veiller à ce qu'une personne comprenne pleinement les risques et les implications d'un diagnostic d'infection à VIH, sont considérés comme étant d'importance suprême et ayant préséance sur la détection du VIH en tant qu'objectif de santé publique. Les critiques de l'offre de routine se demandent si le processus d'obtention du consentement éclairé par une procédure de counseling pré-test abrégée, dans un modèle à l'initiative du fournisseur, aura un impact néfaste sur l'autonomie du patient. D'autres participants ont affirmé qu'un processus de counseling pré-test abrégé conduira à rater une importante occasion de donner une éducation sur le VIH aux personnes qui reçoivent un résultat négatif, mais qui sont à risque élevé de façon continue.

« En continuant de faire du VIH un cas 'spécial', entretenons-nous la stigmatisation? »

– Un participant à la réunion

Les personnes favorables à la mise en œuvre du dépistage de routine affirment que l'exceptionnalisme du VIH n'est plus approprié, compte tenu de l'existence de traitements pour le VIH ainsi que leur efficacité. Nous savons maintenant avec certitude qu'un diagnostic précoce est de loin préférable à un dépistage tardif, pour la santé; nous savons également que l'accès précoce au traitement du VIH est crucial pour la santé à long terme et pour la vie. Plusieurs se demandent si l'exceptionnalisme du VIH et son effet en ce qui concerne le dépistage ne contribuent pas en fait à la stigmatisation, plutôt que d'y répondre.

« Nous devons affirmer sans équivoque que le consentement éclairé en ce qui concerne le VIH est le même que pour toute autre maladie. Pour les patients ayant une plus forte probabilité de résultat positif, comme dans le cas de toute autre maladie, une conversation plus détaillée est souhaitable. »

– Un participant à la réunion

Les participants au dialogue délibératif étaient d'accord pour dire que le dépistage du VIH doit être volontaire et exempt de coercition, et que le consentement éclairé avant le dépistage du VIH est essentiel. Accepter ou refuser un test ne doit pas conduire à des conséquences néfastes sur la qualité des soins fournis à l'individu. Cependant, les participants ont vivement débattu des informations qui doivent être fournies, et de quelle façon, afin de permettre au client de prendre une décision éclairée; on n'a pas atteint un consensus. Certains ont affirmé qu'il est contraire à l'éthique, et souvent superflu, de refuser de fournir le dépistage du VIH

dans des circonstances où il n'est pas possible de donner un counseling pré-test. D'autres ont affirmé qu'on devrait toujours donner un counseling pré-test.

Exemples de diverses perspectives parmi les leaders en dépistage du VIH participant au dialogue délibératif :

« Quels sont les objectifs du counseling pré-test? Sont-ils réalistes?

– Un participant à la réunion

« Si vous avez l'infrastructure pour le dépistage en soins primaires, alors une approche simplifiée avec option de refus est la voie à suivre. »

– Un participant à la réunion

« Nous ne pouvons pas normaliser le VIH s'il est criminalisé. »

– Un participant à la réunion

« La criminalisation de la non-divulgation du VIH ne devrait PAS faire partie du counseling pré-test. »

– Un participant à la réunion

Occasions de diagnostic ratées

Le diagnostic tardif est évitable – de même que ses conséquences négatives pour l'individu et ses partenaires. Des données claires de certaines régions du Canada démontrent que les personnes vivant avec le VIH qui ne sont pas diagnostiquées visitent des milieux de soins de santé dans les mois et années précédant leur diagnostic. Ces occasions manquées de diagnostiquer le VIH sont considérées comme étant inacceptables du point de vue médical et du point de vue moral; le dépistage de routine pour le VIH pourrait atténuer ce problème. Cependant, le coût de ne pas manquer d'occasion de diagnostic pourrait être une diminution de l'autonomie

du patient ou un déni des implications sociales d'un diagnostic de VIH, en raison de l'approche adoptée pour arriver à diagnostiquer chaque personne ayant le VIH.

Coûts et utilisation des ressources

Puisque les ressources que chaque instance peut consacrer au dépistage du VIH sont limitées, on peut craindre que les implications de l'offre systématique de dépistage affectent l'accessibilité du dépistage dans d'autres circonstances, et imposent des coûts en soins médicaux (p. ex., si l'on dépiste en grand nombre des personnes qui ne sont pas à risque).

Mettre en œuvre l'offre systématique de dépistage du VIH

Les participants au dialogue délibératif ont également discuté du processus pour mettre en œuvre le dépistage de routine en milieu clinique. La mise en œuvre du dépistage de routine pourrait nécessiter des changements considérables aux politiques et procédures. La mise en œuvre peut être complète; l'idée d'une approche par étape a été suggérée – chaque étape comportant des changements considérables aux communications, à l'éducation et à la pratique.

■ **Orientation prioritaire 2 :** Dans le cadre d'une mise en œuvre du dépistage systématique, un plan complet de mise en œuvre doit être développé et il faut réviser les politiques et procédures.

■ **Orientation prioritaire 3 :** Dans le cadre d'une mise en œuvre du dépistage systématique, on devrait fournir une formation aux individus qui offriraient le test, y compris les médecins, infirmiers, conseillers et intervenants de proximité. Ceci pourrait inclure une formation touchant la compétence culturelle, les notions élémentaires du VIH, le counseling, etc.

- **Orientation prioritaire 4 :** Créer un plan d'orientation (personnalisé) pour le patient, incluant tous les fournisseurs de services nécessaires – santé mentale, logement, sécurité alimentaire, etc.

Dépistage ciblé et fondé sur le risque, en milieu clinique

- **Orientation prioritaire 5 :** Continuer d'utiliser le dépistage ciblé et fondé sur le risque, pour le VIH, dans les milieux cliniques au Canada; prioriser la mise en œuvre dans des régions spécifiques et des milieux cliniques spécifiques, selon l'épidémiologie et les degrés actuels de couverture du dépistage du VIH.

Le dépistage ciblé et fondé sur le risque pour le VIH à l'intention des populations prioritaires, en milieu clinique, est considéré comme étant une approche importante pour joindre les personnes non diagnostiquées. Des données de divers contextes indiquent que les taux de positivité sont élevés dans les contextes de dépistage anonyme, aux points de service et/ou en milieu clinique spécifique à des populations. Les raisons expliquant cela pourraient être reliées à l'efficacité pour joindre les personnes à risque particulièrement élevé par le biais d'approches ciblées et spécifiques aux populations. Le dépistage ciblé peut également optimiser l'utilisation des ressources de dépistage et permettre aux cliniques de concentrer leurs activités sur des populations à risque plus élevé.

Le dépistage ciblé en milieu non clinique a été abordé lors du dialogue délibératif également; ces discussions sont résumées dans une section consacrée aux initiatives communautaires, plus bas.

Faire appel à un plus grand nombre de fournisseurs de dépistage : le rôle des soins primaires

Au Canada, les fournisseurs de soins cliniques, comme les médecins, infirmières praticiennes et sages femmes, peuvent procéder au dépistage du VIH dans les milieux cliniques, dans certaines régions. Vu la diversité des réglementations provinciales/territoriales ainsi que des contextes, des technologies de test, des programmes (p. ex., à choix explicite [*opt-in*]) et des populations de clients, il n'existe pas un intervenant spécifique qui serait mieux placé pour fournir le dépistage du VIH dans toutes les situations. Tout en continuant d'appuyer une gamme de fournisseurs de soins cliniques afin qu'ils offrent le dépistage du VIH et l'arrimage aux soins, la discussion du dialogue délibératif s'est concentrée sur l'accroissement du rôle des médecins de soins primaires dans l'ensemble de l'éventail du dépistage des ITSS.

- **Orientation prioritaire 6 :** Soutenir les médecins de soins primaires afin qu'ils s'impliquent davantage dans le dépistage du VIH, y compris en mettant à jour leurs messages afin de tenir compte des bienfaits du dépistage du VIH.

Les médecins de soins primaires ont un rôle critique à jouer dans le dépistage du VIH et des ITSS connexes. En rehaussant leur conscientisation à l'égard de leur rôle ainsi que les compétences pour évaluer le risque pour le VIH et les ITSS, on pourrait accroître le nombre de cas diagnostiqués et réduire les cas diagnostiqués *tardivement*. Pour encourager les médecins de soins primaires à fournir le dépistage du VIH, il faut répondre aux obstacles au dépistage en milieu clinique qui sont signalés par les intervenants. De plus, ces fournisseurs doivent être habilités afin d'intégrer le dépistage du VIH et des ITSS dans les soins réguliers.

Bien que les *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles* de l'ASPC incluent des recommandations pour le diagnostic du VIH et des ITS en milieu de soins primaires, pour certains médecins, il faut faire plus pour soutenir l'application de ces recommandations. (75) Le Programme manitobain sur le VIH offre un exemple utile d'initiative visant à accroître les connaissances et l'action en lien avec le dépistage du VIH dans des cabinets de soins primaires.

« Le milieu des soins primaires est idéal pour le dépistage, car il est fréquent que des gens recourent à des soins primaires lorsqu'ils n'ont pas de symptômes, ce qui porte à croire qu'on pourrait leur offrir le dépistage plus tôt dans le cours de leur infection, et c'est quelque chose qui est nécessaire au Manitoba, où une minorité importante de personnes sont diagnostiquées tardivement. »

– Un participant à la réunion

ENJEUX ET ORIENTATIONS PRIORITAIRES : JOINDRE LES PERSONNES NON DIAGNOSTIQUÉES PAR DES PARTENARIATS COMMUNAUTAIRES

Les organismes communautaires (OC) jouent un rôle important pour accroître l'accès et le recours au dépistage, pour les personnes à risque pour le VIH, de même que l'arrimage partant du dépistage. Les participants ont discuté du rôle optimal des OC, des pairs et d'autres fournisseurs non réglementés et alliés, dans le dépistage du VIH et l'arrimage, de même que de stratégies pour mettre en œuvre efficacement de telles initiatives. En particulier, les OC jouent deux rôles importants liés au dépistage : 1) rehausser la sensibilisation des communautés à risque concernant les bienfaits du dépistage du VIH et les lieux pour y accéder; et 2) faciliter l'accès à des services spécifiques de dépistage du VIH par

le biais de partenariats entre la communauté et le milieu clinique.

« Nous devons rehausser nos partenariats entre la santé publique, les autorités de la santé et la communauté afin de coordonner les ressources et d'offrir un accès accru à de meilleurs services. »

– Un participant à la réunion

Les organismes communautaires et les messages concernant le dépistage du VIH

■ **Orientation prioritaire 1 :** Soutenir les organismes communautaires dans l'actualisation et l'amélioration de leurs messages concernant les bienfaits du dépistage du VIH.

Le rôle que les organismes communautaires (OC) peuvent jouer dans le dépistage ne doit pas être sous-estimé. Les OC servant des populations à risque élevé pour le VIH sont bien positionnés pour offrir une information sur mesure au sujet du dépistage du VIH. Ils sont souvent les mieux placés pour identifier des personnes à risque pour le VIH, saisir où elles sont et accroître leur sensibilisation aux bienfaits de santé et de prévention liés au dépistage du VIH.

Les OC ont un grand rôle à jouer dans la fourniture d'information à jour aux communautés à risque, concernant les bienfaits du dépistage du VIH. L'accès à l'information sur le dépistage du VIH varie d'une région à l'autre du pays, et il faut faire plus pour s'assurer que les communautés à risque comprennent les avantages d'un dépistage précoce du VIH et de l'accès précoce au traitement de celui-ci. Pour plusieurs populations prioritaires, les OC sont les mieux placés pour combler cette lacune.

Les organismes devraient examiner comment utiliser ces connaissances dans leurs activités de

prévention et d'implication communautaire; ces programmes et services peuvent faciliter l'accès au dépistage s'ils présentent cette information de façons pertinentes et favorisent l'arrimage à des services de dépistage culturellement sécuritaires. Par exemple, l'organisme torontois Africans in Partnership against AIDS (APAA) a développé une campagne de dépistage et de prévention conçue pour motiver les hommes noirs hétérosexuels à envisager de se faire dépister pour le VIH et pour aider à faire en sorte que les besoins des divers hommes noirs soient pris en compte dans les messages concernant le dépistage du VIH.

« Avant que les gens se fassent dépister ou aient même conscience de l'existence des services, il y a beaucoup de travail à faire pour les joindre. Voilà où les OC peuvent être utiles. »

– Un participant à la réunion

Les OC peuvent également jouer un rôle pour rehausser la préparation communautaire au dépistage du VIH. Aucun exemple n'en a été présenté pendant le dialogue délibératif, mais de nombreux participants ont signalé ce rôle comme étant important.

Des partenariats communautaires-cliniques pour favoriser le recours au dépistage

- **Orientation prioritaire 2 :** Renforcer la collaboration et les partenariats entre les organismes communautaires et les intervenants cliniques afin d'élargir les occasions de dépistage.

Les sites communautaires, qu'il s'agisse de points fixes ou d'initiatives de proximité, sont accessibles et conviviaux pour des populations qui n'ont possiblement pas accès à des services médicaux de façon régulière. Ceci peut en faire des sites optimaux pour le dépistage du VIH.

Comprendre la préparation communautaire

La préparation communautaire, c'est le degré auquel une communauté est prête à répondre à un enjeu, comme le VIH. Comprendre le degré de préparation de l'échelon communautaire à accepter ou mettre en œuvre une intervention, comme le dépistage du VIH, est essentiel à la réussite de l'intervention. L'évaluation de la préparation de la communauté est importante pour la réussite d'une initiative de dépistage du VIH. Un outil pour évaluer la préparation d'une communauté, le *Community Readiness Model* développé par le Tri-Ethnic Center at Colorado State University, a été adapté pour les communautés autochtones du Canada. (78,79)

Fournir des services de dépistage là où les gens se trouvent, plutôt que de s'attendre à ce qu'ils se présentent dans des sites cliniques, pourrait contribuer à éviter de manquer des occasions de diagnostic, et à accroître la part des diagnostics précoces. Cette stratégie est possible par le biais de partenariats communautaires-cliniques, où des services de dépistage pourraient être fournis sur place dans un local d'OC, par des unités de dépistage mobiles (p. ex., une camionnette) ou dans le cadre de services de proximité (p. ex., un sauna). Les partenariats communautaires-cliniques ont été signalés comme étant une stratégie propice à répondre aux obstacles au dépistage du VIH à l'échelon du fournisseur de soins de santé, à l'échelon de l'individu (le patient) et à l'échelon des cliniques. De plus, de tels partenariats permettent aux OC de participer au dépistage du VIH d'une façon qui ne serait pas possible sans soutien ou expertise clinique. Ces initiatives tendent à créer un espace où la communauté se sent à l'aise de recourir à des

services de dépistage ainsi que de soutien, de traitement ou d'autre nature.

« Cette réunion a renforcé l'importance des partenariats. »

– Un participant à la réunion

On a présenté trois programmes qui reflètent des partenariats communautaires-cliniques réussis, axés sur les progrès en matière de dépistage du VIH; et on a discuté de plusieurs autres. L'organisme ARCHES de Lethbridge, collabore avec un intervenant de santé publique pour joindre des adultes à risque élevé pour le VIH et d'autres ITSS à l'aide de services intégrés de dépistage et de soutien, ce qui comble une importante lacune de services, dans cette ville. À Ottawa, Zone gaie, une clinique de dépistage du VIH et d'ITSS sans rendez-vous pour les gais, bissexuels et hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (gbHARSAH), a été développée en réponse au fardeau élevé d'ITSS parmi les hommes gais à Ottawa. La Hassle Free Clinic à Toronto a des sites satellites pour le dépistage dans des lieux communautaires, comme les saunas, pour mieux joindre les gbHARSAH à risque élevé. Ces initiatives nécessitent également d'importants partenariats cliniques-communautaires entre une clinique de santé sexuelle et des établissements communautaires ou commerciaux.

Des éléments communs parmi les initiatives communautaires-cliniques ont émergé. Premièrement, ces partenariats tendent à développer des réponses pour combler des lacunes dans les services pour des communautés spécifiques, comme les hommes gais ou les communautés autochtones. Des équipes interdisciplinaires de professionnels des soins de santé, des employés d'organismes communautaires, et dans certaines régions des intervenants non réglementés sont le

fondement de ces partenariats. Les participants ayant de l'expérience en développement de partenariats avaient tendance à convenir que le développement de ces initiatives est étonnamment facile; un protocole d'entente est un important élément pour faire en sorte que tous les partenaires comprennent leur rôle.

Ces partenariats tendent également à appuyer l'inclusion du savoir communautaire dans la conception et la réalisation des programmes, ce qui assure que les services soient pertinents. Ces programmes sont souvent adaptés sur mesure selon les besoins de la communauté; le dépistage et l'information sont offerts de façons accessibles. L'engagement par des partenariats communautaires-cliniques aide à offrir l'espace sécuritaire qui est parfois requis pour révéler les besoins de clients individuels. Un désavantage des partenariats communautaires-cliniques a également été souligné : les défis à la confidentialité lorsque les patients connaissent des intervenants, ou lorsque des intervenants font partie de la communauté.

Rôle du dépistage aux points de service dans des lieux communautaires

- **Orientation prioritaire 3 :** Examiner comment le dépistage aux points de service peut être utilisé de façon réaliste et rentable pour diagnostiquer une proportion accrue des cas de VIH parmi les personnes difficiles à joindre.

Le dépistage aux points de services (DPS) est une stratégie qui peut servir à fournir des services de dépistage dans des circonstances où la vénipuncture (le prélèvement d'un échantillon de sang pour le dépistage du VIH par la méthode standard) n'est pas nécessairement possible – comme les locaux d'organismes communautaires, les sites cliniques mobiles et les sites de travail de proximité. Les participants ont discuté de la valeur du DPS en contexte communautaire, puisque 1) le résultat du DPS peut être donné en quelques minutes;

2) les trousse de DPS peuvent être utilisées par des non-professionnels; 3) ce type de test pourrait permettre d'élargir le dépistage du VIH à des communautés ou régions où l'infrastructure pour le dépistage du VIH est limitée; et 4) il pourrait réduire le risque de rater des occasions de diagnostic parce que des personnes ne retournent pas chercher leur résultat. L'utilisation de cette technologie en contexte communautaire pourrait accroître la faisabilité des programmes de dépistage plus faisables et nous aider à faire en sorte que les personnes reçoivent le résultat de leur test. Cette technologie pourrait jouer un rôle important dans l'expansion du dépistage du VIH où les gens se trouvent, et rehausser les diagnostics pour le VIH.

Toutes les provinces n'ont pas toutes accès au DPS. Ceci a été décrit comme étant une importante lacune en matière de dépistage du VIH au Canada. Les participants ont discuté de l'impact possible du DPS sur la qualité des soins pour plusieurs communautés à risque; de la faisabilité du DPS dans des sites communautaires; et de la valeur du DPS comme technologie pouvant être utilisée par des intervenants non réglementés et des professionnels alliés des soins de santé. Plusieurs ont souligné que le DPS pourrait être une stratégie de prédilection pour les communautés à risque.

Le rôle des pairs et d'autres fournisseurs non réglementés, dans le cadre du dépistage du VIH

- **Orientation prioritaire 4 :** Rehausser le rôle des pairs, d'autres intervenants non réglementés ainsi que des professionnels de la santé alliés, dans la réalisation du dépistage.

Des intervenants non réglementés et des professionnels alliés des soins de santé (INRPASS), comme les pairs, les pharmaciens, les conseillers, les travailleurs sociaux et d'autres, peuvent jouer un rôle important en lien avec le dépistage du VIH. Recourir à des INRPASS pour l'expansion de la prestation du dépistage du VIH est une réponse pratique au besoin de joindre les personnes non diagnostiquées, au Canada. Les INRPASS, en particulier s'ils font partie de la communauté en question, peuvent accroître l'accès aux services de dépistage du VIH ainsi que l'acceptabilité de ces services dans les communautés à risque. Dans plusieurs parties du Canada, cependant, les INRPASS ne sont pas actifs dans le dépistage du VIH, principalement en raison du manque d'accès au DPS. (Les INRPASS peuvent être formés afin de fournir le DPS, mais ils ne sont généralement pas formés pour procéder au dépistage standard du VIH qui requiert un prélèvement sanguin.) Dans certains cas, la résistance de la part des professionnels de la santé publique ou des laboratoires a été citée comme un obstacle lié à des préoccupations concernant la prestation adéquate des tests. Afin de s'assurer que tous les intervenants en DPS puissent réaliser et interpréter adéquatement le dépistage et détiennent les compétences voulues, il est crucial que tous les intervenants y compris les INRPASS aient une formation adéquate et reçoivent une éducation continue ainsi que du soutien. Des équipes interdisciplinaires responsables du dépistage du VIH et de l'arrimage, incluant des médecins, des infirmières et des INRPASS, pourraient être très utiles afin d'impliquer les populations prioritaires dans le dépistage et d'assurer un arrimage approprié aux services.

Certaines considérations pertinentes au dépistage du VIH par des pairs

Bien qu'il soit reconnu que des intervenants non réglementés et des professionnels alliés des soins de santé et en particulier des pairs ou des membres de la communauté peuvent améliorer l'accès au dépistage, il est possible, dans certaines communautés, que la possibilité d'un dépistage par un pair soit plutôt un facteur qui *augmente* les obstacles au dépistage. La confidentialité et la vie privée ont été identifiées comme une considération d'importance particulière dans le dépistage du VIH. Le possible élément négatif de se faire dépister par un pair est une perception ou la réalité que l'intervenant qui procède au dépistage dévoilera de l'information médicale personnelle à de tierces parties, dans la communauté. Les enjeux de vie privée et de confidentialité sont incroyablement complexes et il est crucial de les explorer dans tout examen de la possibilité que des INRPASS fournissent des services de dépistage du VIH, entre autres dans les communautés rurales.

- **Orientation prioritaire 5 :** Rehausser le rôle des personnes vivant avec le VIH dans la planification et la prestation des services de dépistage du VIH ainsi que d'arrimage.

Le rôle des personnes vivant avec le VIH, en tant que « pairs »-intervenants dans des programmes de dépistage du VIH a été l'objet de discussions à diverses étapes du dialogue délibératif, mais en particulier lors des séances sur les approches communautaires au dépistage. En plus d'effectuer le dépistage du VIH à titre d'INRPASS, les personnes vivant avec le VIH jouent d'importants rôles additionnels dans la planification et la prestation de programmes

et services de dépistage du VIH et d'arrimage aux services. L'engagement à l'égard de la participation à part entière des personnes vivant avec le VIH au développement et à la réalisation de ces services et programmes est évident dans certaines initiatives de dépistage, au Canada, et nécessaire dans certaines autres. On a exprimé l'impression que la participation des pairs peut améliorer l'accès à des services de dépistage compétents culturellement et on a observé parmi les intervenants communautaires un intérêt à explorer de plus près le rôle des pairs dans la prestation du dépistage du VIH. Des mécanismes sont nécessaires pour habiliter les personnes vivant avec le VIH à offrir leurs points de vue à des intervenants cliniques et à des responsables de systèmes de santé.

ENJEUX ET ORIENTATIONS PRIORITAIRES : JOINDRE LES PERSONNES NON DIAGNOSTIQUÉES PAR DES APPROCHES AUTONOMES

Des approches autonomes, comme l'autodépistage du VIH, le dépistage express et les programmes de dépistage d'ITSS par le truchement d'Internet ont le potentiel d'accroître le nombre de personnes qui ont accès au dépistage, qui connaissent leur statut, qui sont diagnostiquées et qui amorcent un traitement. Les approches autonomes peuvent être bénéfiques dans toutes les populations prioritaires, et en particulier aux personnes qui se refont fréquemment dépister en raison d'un risque continu et à celles qui ont un accès limité à d'autres types de dépistage du VIH. Cependant, le recours à ces approches dépend de la littératie en santé, d'une prise de conscience du risque, de la littératie technologique ainsi que de la capacité financière – et donc elles ne permettent pas de joindre toutes les personnes à risque pour le VIH. Au Canada, les solutions autonomes pourraient devenir un nouvel élément critique dans l'ensemble de nos efforts pour joindre les

personnes non diagnostiquées pour le VIH, qui continuera d'inclure les initiatives de dépistage en milieu clinique et en milieu communautaire.

Approches autonomes en matière de dépistage d'ITSS

Autodépistage du VIH :

Dans l'autodépistage du VIH, un individu réalise lui-même un test diagnostique pour le VIH et interprète le résultat en privé.⁽⁸⁰⁾ Les technologies d'autodépistage ne sont pas offertes au Canada; on peut toutefois les recevoir des États-Unis par la poste.

Dépistage express d'ITSS : Le dépistage express d'ITSS est une approche nouvelle et novatrice au dépistage autonome d'ITSS; elle met à profit la technologie pour rendre le dépistage facile, confidentiel et rapide.⁽⁸¹⁾ Il n'existe pas encore de tels programmes au Canada.

Programmes de dépistage d'ITSS par le biais d'Internet : Les programmes de dépistage d'ITSS par le biais d'Internet permettent aux individus d'avoir accès à de l'information au sujet du dépistage des ITSS et d'avoir recours à un tel dépistage. Ces programmes peuvent prendre deux formes : l'une consiste à fournir une réquisition de test qui peut être présentée dans un laboratoire désigné; l'autre consiste à fournir des trousse d'autodépistage livrées par la poste, à l'aide desquelles l'échantillon est prélevé à la maison et envoyé à un laboratoire pour analyse. Il existe au Canada certains programmes limités de dépistage d'ITSS par le biais d'Internet.⁽⁸¹⁾

Approches autonomes : repenser notre définition du paradigme du dépistage

Les approches autonomes au dépistage du VIH sont des *approches centrées sur le patient* et donnent à l'individu plus de contrôle sur le dépistage. Ces modèles s'éloignent des stratégies plus traditionnelles de dépistage où l'intervenant en soins de santé et/ou le système de santé est placé au centre et contrôle qui est dépisté, quelle information est fournie au patient et comment le patient est arrimé aux services par la suite. Dans les approches autonomes, c'est l'individu qui contrôle son dépistage; il n'a pas besoin d'interagir avec un intervenant en soins de santé ou le système de santé publique.

- **Orientation prioritaire 1 :** Examiner la faisabilité et l'efficacité de la mise en œuvre d'approches autonomes en matière de dépistage du VIH au Canada.

Les participants convenaient que le système de soins de santé canadien doit évoluer vers l'inclusion d'approches autonomes comme élément d'une stratégie globale de dépistage du VIH, mais ils avaient des interrogations quant à la façon d'y arriver de manière sécuritaire et efficace. D'une part, les approches autonomes, qui sont considérées comme utiles pour entrer en contact avec les individus les plus « difficiles à joindre », devraient être envisagées compte tenu des lacunes des efforts actuels pour diagnostiquer les personnes vivant avec le VIH au Canada. Les approches autonomes au dépistage du VIH évitent les obstacles de l'échelon du système et des intervenants : dans le cas d'individus pour lesquels le recours à la santé publique ou aux soins primaires est un facteur dissuasif, l'approche autonome (en particulier l'autotest) est particulièrement pertinente. D'autre part, le système de soins de santé pourrait être réticent à modifier le paradigme du diagnostic, notamment en raison de préoccupations liées à la capacité du patient de gérer le processus et le résultat du dépistage

du VIH hors du système de soins de santé formel, à la perte d'informations épidémiologiques sur les nouveaux diagnostics, et aux occasions manquées d'impliquer les patients dans le test de confirmation, la notification des partenaires et les soins pour le VIH (ou dans les services de prévention, dans le cas d'un résultat négatif).

« Nous nous inquiétons de tout ce que [les personnes qui font l'autotest] pourraient mal faire, alors qu'en réalité elles pourraient aussi tout faire correctement. Il est important de laisser une place à l'autonomie des gens. »

– Un participant à la réunion

Les participants ont convenu qu'au Canada, les professionnels de la santé et les responsables de la santé publique pourraient être sceptiques quant à la valeur des approches autonomes en VIH, mais qu'il est important de tenter de comprendre les avantages et les inconvénients de ces approches et de faire une place à ces occasions. Les patients adapteront fort probablement ces technologies/approches plus rapidement que les professionnels de la santé et les responsables de la santé publique. Si le système leur accordait une place dès maintenant, les approches autonomes pour le dépistage pourraient faire partie de la stratégie du système de soins de santé pour joindre les personnes non diagnostiquées pour le VIH au lieu d'en être exclues. Ce faisant, nous pourrions faire d'importants progrès dans le diagnostic du VIH et l'arrimage aux soins grâce à ces approches.

« La santé publique devrait s'efforcer d'accroître l'accès [au dépistage] par tous les moyens possibles. Les gens sont satisfaits d'accéder à des soins de santé en ligne et à l'autotest. »

Décrire les approches autonomes

Deux approches autonomes ont été décrites et abordées à divers degrés, lors du dialogue délibératif. Des problèmes et des solutions possibles ont été partagés.

Programmes de dépistage du VIH basés sur Internet

Les programmes de dépistage du VIH et d'ITSS basés sur Internet ont le potentiel de joindre un plus grand nombre de personnes à risque et d'augmenter les diagnostics, en complétant les services de santé sexuelle en personne. Les programmes de dépistage basés sur Internet interpellent les clients par le biais d'un site Web; la collecte d'échantillons peut s'effectuer par la poste (et les échantillons sont alors prélevés à la maison) ou par le biais d'un formulaire à présenter dans un des laboratoires désignés. Certains programmes annoncent le résultat par téléphone, d'autres le font en personne. Les participants ont discuté des préoccupations liées au counseling post-test et à l'arrimage aux services en temps opportun, en particulier pour les personnes séronégatives qui continuent d'être à risque élevé. Lors du dialogue délibératif, on a présenté un aperçu et discuté du cas d'un programme fructueux de dépistage basé sur Internet en Colombie-Britannique, GetCheckedOnline.

« **Get Checked Online** »

GetCheckedOnline est un service de dépistage basé sur Internet, offert par la Division des services de prévention clinique du BCCDC. C'est une nouvelle approche au dépistage du VIH et des ITS : en quelques étapes seulement, une personne peut visiter le site Web, y ouvrir un compte, imprimer un formulaire de laboratoire, visiter un laboratoire participant pour les prélèvements et recevoir ses résultats en ligne ou par téléphone. Présentement offert à Vancouver, Victoria, Duncan, Kamloops et Nelson, en Colombie-Britannique, GetCheckedOnline a été développé en réponse au besoin d'accès plus facile au dépistage du VIH et d'ITS dans la province. Il vise à améliorer la santé sexuelle en augmentant le recours au dépistage et sa fréquence d'utilisation de manière à favoriser un diagnostic en *temps opportun*; à joindre les populations à risque accru de VIH et d'ITS qui rencontrent des obstacles dans l'accès au dépistage; à accroître la capacité clinique liée aux ITS (c.-à-d., réduire l'attente); et à améliorer l'utilisation des ressources de cliniciens (c.-à-d., moins de temps consacré au dépistage asymptomatique). Le BCCDC met à l'essai ce service dans des communautés sélectionnées pour établir à quel point il fonctionne bien; il espère l'étendre à d'autres régions de la province. Pour plus d'information, visitez www.getcheckedonline.com.

Autotest (dépistage à domicile)

L'autotest ou le dépistage à domicile du VIH est l'une des principales approches autonomes envisagées au Canada en matière de VIH; ce fut un thème important de discussion lors du dialogue délibératif. Dans le cadre de ce

processus, une personne qui souhaite connaître son statut VIH prélève un échantillon (par une piqûre sur son doigt ou un frottis oral, selon le cas), effectue un dépistage et interprète son résultat en privé. À l'heure actuelle, les trousseaux d'autotest du VIH ne sont pas réglementés ni offertes officiellement au Canada. Dans certains pays, l'autotest du VIH peut être offert par le biais de modèles restreints en milieu clinique (c'est-à-dire uniquement auprès d'une clinique) ou de modèles à accès ouvert (c'est-à-dire accessible au public dans des pharmacies, des cliniques, des machines distributrices, etc.). Ce dernier modèle, adopté aux États-Unis, est celui dont on parle le plus au Canada. L'autotest du VIH pourrait accroître le dépistage parmi les personnes qui ne sont pas jointes par les services actuels. On a discuté des préoccupations liées au counseling pré- et post-test et à l'arrimage.

Comprendre les bienfaits et réduire les risques associés aux approches autonomes

Les responsables des politiques et les intervenants en soins de santé du Canada doivent évaluer les bienfaits et les risques liés à l'introduction et à la mise à l'échelle d'approches autonomes de dépistage du VIH. Les avantages d'ajouter des voies d'accès au continuum de la prévention et des soins pour le VIH par le biais de ces approches incluent d'accroître l'accès au dépistage et au diagnostic précoce pour les personnes qui ne sont pas régulièrement en contact avec des services de santé; la facilitation du dépistage à répétition; l'arrimage précoce aux traitements et aux soins; la déstigmatisation par la normalisation du dépistage du VIH; et l'autonomie et la confidentialité de la personne dépistée. Les préoccupations liées aux approches autonomes concernent notamment une information ou un counseling pré- et post-test inadéquat, l'incapacité de ces programmes d'arrimer les individus aux services de prévention ou de soins, et l'exactitude du test de dépistage (dans le cas des trousseaux d'autotest).

Un exemple de dépistage express d'ITS

La Dean Street Express Clinic, qui fait partie de la 56 Dean Street Clinic de Londres, Royaume-Uni, est un éminent modèle de dépistage express. Il a été développé en réponse à la forte demande de services de santé sexuelle à la Dean Street Clinic. En réponse à la situation, le personnel de la clinique a étudié des modèles de soins plus efficaces et a créé le service express afin d'offrir un dépistage de santé sexuelle pratique aux patients asymptomatiques. À l'aide de diverses technologies, Dean Street Express simplifie le dépistage d'ITS et du VIH et réduit considérablement les interactions entre patients et intervenants. Lorsqu'un patient arrive à la clinique, il est invité à s'inscrire au moyen d'un écran tactile, par lequel il répond ensuite à des questions sur le risque et se voit recommander des tests spécifiques de dépistage du VIH ou d'ITS. On l'invite à faire lui-même ses prélèvements pour les tests d'ITS qui sont pertinents à son profil de risque, à l'aide d'une vidéo d'instructions, dans une pièce privée. Au besoin, le dépistage du VIH est effectué lors de la même visite par un intervenant au moyen d'un test de DPS. Tous les résultats sont donnés par message texte ou en personne. Le dépistage express n'est pas encore disponible au Canada, mais la Clinique A de Montréal examine la faisabilité de sa mise en œuvre dans le cadre de ses services.

Counseling pré-/post-test et arrimage aux soins

- **Orientation prioritaire 2 :** Développer divers mécanismes pour s'assurer qu'une information appropriée soit fournie ainsi qu'un arrimage aux services de prévention et aux soins.

Exactitude de l'autotest du VIH

Les trousse de dépistage du VIH à domicile, ou autotests, permettent aux individus de se dépister pour le VIH à la maison sans la présence d'un intervenant en soins de santé. À l'heure actuelle, deux trousse de dépistage du VIH à domicile ont l'approbation de la Food and Drug Administration (FDA) pour utilisation aux États-Unis.

Puisque les individus qui demandent le dépistage dans une approche autonome ont une interaction limitée avec le système de soins de santé, l'offre d'information et de counseling pré- et post-test et l'arrimage aux services de prévention et de soins pourraient être réduits. Par exemple, dans les programmes d'autotest et de dépistage basé sur Internet, les procédures d'information pré-test incluent généralement une auto-évaluation du risque et la prestation d'information sur le VIH, mais aucun mécanisme ne vérifie si le demandeur du dépistage a examiné et compris l'information. Dans le cas de l'autotest, la responsabilité de recourir à des services de soutien post-test, si nécessaire, relève entièrement de la personne dépistée.

« Le dépistage peut être un outil crucial pour relier les individus à d'autres services et soutiens dont ils pourraient avoir besoin. Perdrions-nous cela avec l'autotest? »

– Un participant à la réunion

La fourniture d'information et de soutien aux personnes qui en ont besoin ainsi que l'arrimage aux services post-test pertinents sont des composantes cruciales du dépistage du VIH. Des initiatives d'autotest dans d'autres pays et des programmes basés sur Internet au Canada incluent des stratégies pour s'assurer que les

personnes ayant recours à un dépistage du VIH ou d'ITS reçoivent de l'information et du soutien, mais des préoccupations demeurent quant à la solidité de ces services. Dans les pays qui offrent des technologies d'autotest, comme les États-Unis, une solution consiste à assurer l'accès à un service d'assistance téléphonique 24 heures par jour, où des conseillers formés peuvent offrir du soutien aux individus qui se procurent une trousse d'autotest du VIH. Cette méthode d'information est appropriée pour plusieurs personnes, mais pas pour toutes, en particulier lorsqu'il s'agit d'un premier dépistage ou d'un résultat positif.

« Si le counseling pré- et post-test (conventionnel) est absent, cela ne signifie pas nécessairement que des informations ne peuvent pas être incluses dans les nouvelles approches. »

– Un participant à la réunion

Toutefois, les participants au dialogue délibératif ne considéraient généralement pas la réduction du counseling pré- et post-test comme un obstacle à l'adoption de ces approches au Canada; de fait, ils la voyaient comme étant en ligne avec la tendance à s'éloigner du counseling pré-test exhaustif dans toutes les situations. (32) Pour les individus qui ne sont pas familiarisés avec le VIH et avec d'importantes notions comme le risque, la période fenêtre, la nécessité d'un test de confirmation et l'utilité du traitement anti-VIH, des informations additionnelles et des messages adaptés demeureront importants. Par exemple, si des personnes à risque particulièrement élevé pour le VIH ont recours au dépistage (ce qui est l'objectif), un résultat négatif pendant la période fenêtre pourrait conduire à un faux sentiment de sécurité et à un risque accru; les renseignements inclus dans les trousseaux d'autotest et les services auxquels ils sont reliés doivent fournir des informations sur la période fenêtre et le dépistage répété.

Il existe des stratégies novatrices pour s'assurer que des informations pré- et post-test, un soutien et un arrimage appropriés sont fournis, dans le cadre du dépistage autonome – par exemple, des applications pour téléphones intelligents, des jeux sérieux* ou des interfaces Web. Dans certains cas, de simples informations à imprimer suffiront. Des participants au dialogue délibératif ont également signalé qu'au Canada, les dépositaires d'enjeux du VIH peuvent s'assurer, par le processus de réglementation, que des exigences spécifiques seront imposées aux fabricants de trousseaux d'autotest concernant l'information à inclure dans l'emballage. Étant donné que certains individus n'auront pas recours aux soins par le biais de ces mécanismes, d'autres ont souligné que l'autotest ou les programmes basés sur Internet ne remplacent pas le dépistage en milieu clinique ou communautaire, mais sont un outil additionnel.

Le risque de préjudice pouvant découler des approches autonomes au dépistage du VIH peut être réduit, en présence d'informations adéquates, d'une réglementation et d'un cadre de droits humains, et si on implique la communauté dans les prises de décisions, comme pour toutes les approches au dépistage du VIH.

Prochaines étapes pour les approches autonomes au Canada

Les approches autonomes au dépistage du VIH peuvent compléter les stratégies existantes de dépistage du VIH au Canada. Trois facteurs particuliers semblent avoir contribué à ce que l'on considère ces approches : le virage vers une approche plus souple au counseling pré-test,

* Les « jeux sérieux » impliquent l'utilisation de concepts et de technologies dérivés des jeux de divertissement sur ordinateur (c.-à-d., jeux vidéo) à des fins autres que le divertissement, comme les soins de santé, la gestion des urgences, la politique, etc. Susi, T., Johannesson, M. et Backlund, P., 2007. Serious games: An overview.

reflété dans les récentes Lignes directrices de l'ASPC sur le dépistage du VIH; les appels à joindre les personnes non diagnostiquées pour le VIH dans le contexte d'une nouvelle compréhension des progrès du Canada vers la cible 90-90-90; et le dialogue mettant en relief le droit d'accès au dépistage. Les responsables des politiques et les intervenants doivent prendre en considération les implications de ces nouvelles approches au Canada, en s'assurant de continuer de prioriser la confidentialité, le consentement éclairé et la disponibilité du counseling pour ceux qui en ont besoin. Les bienfaits pour la santé individuelle et publique doivent être pris en considération; les nouvelles approches doivent être pratiques, assurer des résultats exacts et offrir un arrimage adéquat aux services de prévention et de soins.

- **Orientation prioritaire 3 :** Examiner de nouveaux moyens pour opérationnaliser le principe du consentement éclairé dans le cadre d'approches autonomes au dépistage du VIH.

Les participants ont discuté du rôle des intervenants en soins de santé pour faire en sorte que les discussions sur le dépistage du VIH incluent des options d'autotest; les responsables des politiques doivent se concentrer sur l'approbation réglementaire de technologies efficaces et préparer les cliniques à recevoir des patients qui ont fait un autotest; les organismes communautaires doivent réfléchir à leur rôle dans la sensibilisation aux approches autonomes (au moment et aux endroits où elles seront mises en œuvre); et les communautés à risque doivent se préparer à l'arrivée de ces initiatives, en particulier l'autotest, et y être prêtes.

- **Orientation prioritaire 4 :** Évaluer les réformes de réglementation qui devront être effectuées afin d'implanter des approches autonomes, et en particulier l'autotest.

- **Orientation prioritaire 5 :** Impliquer et engager la communauté et les usagers, en tant que partenaires et conseillers, dans l'évaluation des besoins et la mise en œuvre, afin d'assurer la pertinence pour la communauté.

ENJEUX ET ORIENTATIONS PRIORITAIRES : LE DÉPISTAGE DU VIH COMME ENTRÉE DANS LE CONTINUUM DE LA PRÉVENTION ET DES SOINS EN VIH

Des preuves claires indiquent que le diagnostic précoce et le traitement immédiat du VIH ont des bienfaits considérables pour la santé et la prévention; le dépistage du VIH offre un point de contact crucial avec les systèmes de soins de santé et de services sociaux. Il existe une compréhension commune du dépistage du VIH comme voie d'accès au continuum complet de la prévention et des soins pour le VIH et à d'autres services pour les personnes qui sont diagnostiquées séropositives *ainsi que celles diagnostiquées séronégatives*, mais qui sont à risque élevé.

Le dépistage du VIH comme occasion

- **Orientation prioritaire 1 :** Aborder le dépistage du VIH comme une occasion d'entrée dans le continuum complet de la prévention et des soins pour le VIH.

Les programmes et politiques de dépistage devraient s'efforcer de cadrer le dépistage du VIH comme une occasion de faire plus qu'évaluer le risque, diagnostiquer le VIH et recommander des soins pour le VIH. Le dépistage du VIH peut être une occasion d'aller beaucoup plus loin.

« La fourniture de services et le maintien de l'implication de l'individu qui se fait dépister sont aussi importants que de joindre l'»inaccessible« individu non diagnostiqué. Que peut-on faire de plus? »

– Un participant à la réunion

Pour être plus efficaces dans nos efforts de prévention et de soins, nous devons utiliser le dépistage du VIH comme une *occasion* d'éduquer les patients à propos d'éléments comme la période fenêtre, l'infection aiguë, les stratégies de prévention et la santé sexuelle; ce peut être l'occasion pour un intervenant en soins de santé de détecter les facteurs protecteurs (en plus des facteurs de risque) d'un patient, afin d'identifier des occasions de résilience; cela peut permettre d'identifier les candidats au dépistage d'autres ITSS; en présence de partenariats et d'une connaissance des services, le dépistage du VIH peut aussi permettre d'arrimer activement et harmonieusement des patients à d'autres services, y compris la prévention rehaussée et le traitement du VIH, et servir de voie d'accès à la vaccination contre les hépatites A et B, entre autres.

« Je veux réitérer le fait que la personne à laquelle on offre le dépistage pourrait avoir le VIH, ou pas. Il est important de porter attention aux personnes qui reçoivent un résultat négatif. Ceci pourrait être le seul moment protégé où elles ont l'occasion de parler de la prévention et de l'acquisition du VIH. »

– Un participant à la réunion

En pratique, il est impossible de s'attendre à ce qu'un seul intervenant ou site de dépistage offre tous les services susmentionnés. Les liens entre les services doivent plutôt être renforcés afin d'accroître la portée, l'accessibilité et l'efficacité du dépistage.

« Si j'envoie des individus vers vous et votre service/établissement, mais que vous ne m'en envoyez pas, nous avons un problème. »

– Un participant à la réunion

Les participants au dialogue délibératif ont reconnu la difficulté de connaître toutes les ressources communautaires, mais ils ont invité les fournisseurs de services de partout au Canada à saisir chaque occasion de promouvoir les services, d'encourager le dépistage répété et d'établir des contacts avec les communautés.

Arrimage au traitement après un diagnostic de VIH

- **Orientation prioritaire 2 :** Améliorer l'accès au traitement pour le VIH et à l'information à son sujet au moment même du diagnostic ou peu après, en plus de l'arrimage aux soins et aux services de soutien.

L'accès immédiat au traitement du VIH après un diagnostic positif est une approche fondée sur les données et qui assure des résultats optimaux en matière de santé et de prévention. Cette approche est appuyée par des experts en VIH du monde entier (p. ex., ONUSIDA et Fonds mondial de lutte contre le sida, entre autres). L'approche a fait l'objet d'un débat, lors du dialogue délibératif. Plusieurs considèrent que retarder l'accès au traitement du VIH est un déni du droit à la santé. En revanche, d'aucuns sont d'avis que proposer immédiatement le traitement pourrait être coercitif pour un patient qui vit une période de vulnérabilité.

« Commencer le TAR au stade de l'infection aiguë n'exclut pas le counseling post-test! C'est complémentaire! »

– Un participant à la réunion

« Que signifie le « consentement éclairé » quant à l'amorce du traitement, considérant l'expérience potentiellement traumatisante de recevoir un diagnostic positif? Même si le patient a techniquement le choix, quels sont les mécanismes de protection contre des pratiques subtiles de coercition? »

– Un participant à la réunion

Malgré son statut de pratique exemplaire à l'échelle mondiale, cette approche n'a pas été adoptée dans un grand nombre de régions, au Canada; on a présenté un aperçu et discuté du cas d'un programme efficace de l'Hôpital St. Paul's, à Vancouver, qui arrime immédiatement au traitement les personnes diagnostiquées séropositives pour le VIH. Les participants ont convenu que l'accès au traitement du VIH immédiatement ou peu après le diagnostic est important, à condition qu'il soit accompagné d'un arrimage aux soins et à un éventail de services de soutien.

Cartographie communautaire et des services

- **Orientation prioritaire 3 :** Procéder à une cartographie communautaire afin de comprendre les services locaux et les parcours d'accès aux services, pour faire en sorte que les clients reçoivent les meilleurs soins possible et ne tombent pas entre les mailles du filet.

Compte tenu de l'importance des liens entre les services pour accroître la portée, l'accessibilité et l'efficacité du dépistage du VIH, on a discuté des mécanismes et des occasions de comprendre les services locaux et les voies d'accès aux services afin d'optimiser nos efforts d'arrimage.

Dans diverses régions du pays, les programmes et services liés au VIH, y compris le dépistage du VIH, sont mis en œuvre de manière compartimentée et sans communication entre les dépositaires d'enjeux. Les intervenants

Qu'est-ce que la cartographie communautaire?

La cartographie communautaire est un outil visant à mobiliser une communauté à utiliser ses atouts afin de développer un plan pour résoudre ses problèmes et améliorer la qualité de vie des résidents. Elle implique de dresser un inventaire des ressources et des atouts dont dispose une communauté donnée. Elle met en relief les caractéristiques de la communauté, y compris les programmes, les services, les organismes et les individus ainsi que les relations entre ces groupes. (82,83)

doivent comprendre quels sont les autres services existants, dans une région; des voies cartographiées doivent être établies entre les services afin que les clients reçoivent les meilleurs soins possible et ne soient pas perdus. Il est important d'effectuer une cartographie communautaire pour comprendre et développer des relations entre intervenants/services liés au VIH et d'autres domaines connexes.

« Il est essentiel de savoir qui fait quoi. Nous savons ce que nous faisons, mais souvent nous en savons peu sur ce que font nos partenaires ou les dépositaires d'enjeux autour de nous. Il est important d'avoir un meilleur aperçu des investissements dans la communauté pour repérer les lacunes et les occasions de faire mieux le travail. »

– Un participant à la réunion

ANNEXE A : ORDRE DU JOUR

DIALOGUE DÉLIBÉRATIF POUR JOINDRE LES PERSONNES NON DIAGNOSTIQUÉES POUR LE VIH : METTRE À L'ÉCHELLE LES APPROCHES DE L'ÉLABORATION DES PROGRAMMES DE DÉPISTAGE DU VIH ET DE L'ARRIMAGE À LA PRÉVENTION

Heure	13 octobre 2016
8 h 00	Inscription et déjeuner continental
8 h 30	Mot de bienvenue <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trevor Stratton, citoyen de la Première Nation des Mississaugas of New Credit ▪ Laurie Edmiston, CATIE, Toronto, Ontario ▪ Marc-André LeBlanc, animateur
9 h 00	Jeter les bases <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tim Rogers, CATIE, Joindre les personnes non diagnostiquées pour le VIH et les arrimer à la prévention et aux soins, Toronto, Ontario ▪ John McCullagh, PositiveLite.com et CATIE, Un cadre éthique pour le dépistage du VIH et l'arrimage, Toronto, Ontario
9 h 30	L'accès et le recours au dépistage du VIH ainsi que l'arrimage : considérations populationnelles Dans cette séance, les panélistes mettront en relief les principaux facteurs de l'échelon structurel, de celui des intervenants et de l'échelon individuel, pouvant affecter l'accès et le recours au dépistage du VIH dans des populations prioritaires spécifiques du Canada. Les participants auront l'occasion de réfléchir à ces facteurs et de partager leurs réflexions et leur savoir. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alexandra de Kiewit, Stella, Montréal, Québec ▪ Jack Janvier, Alberta Health Services, Calgary, Alberta ▪ Jody Jollimore, Community-based Research Centre, Vancouver, Colombie-Britannique ▪ Wangari Tharao, Women's Health in Women's Hands, Toronto, Ontario
10 h 45	Pause

11 h 05	<p>THÈME 1 : Joindre les personnes non diagnostiquées par le biais des milieux cliniques</p> <p>Cette séance abordera diverses approches pour accroître l'accès et le recours au dépistage, chez les bonnes personnes et au bon moment, par le biais des milieux cliniques existants (p. ex., soins primaires, hôpitaux, unités de santé publique) ainsi que les changements de politiques et pratiques associés à cette stratégie. La séance et la discussion qui suivra porteront sur le rôle des milieux et fournisseurs cliniques dans la tâche de joindre les personnes non diagnostiquées pour le VIH; on y abordera également les éléments nécessaires à la mise en œuvre de stratégies efficaces dans ces circonstances.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Laurie Ireland, Centre de santé communautaire Nine Circles, L'expansion du dépistage du VIH dans les soins primaires, Winnipeg, Manitoba ■ Reka Gustafson, Vancouver Coastal Health, Le dépistage du VIH dans les soins de courte durée, Vancouver, Colombie-Britannique ■ Ken English, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, L'expansion du dépistage du VIH dans les populations clés en contexte de santé publique, Toronto, Ontario
12 h 00	Dîner
13 h 00	<p>THÈME 1 : Joindre les personnes non diagnostiquées par le biais des milieux cliniques – Discussion en grand groupe</p> <p>Les participants discuteront du rôle des milieux cliniques et de leurs intervenants, pour joindre les personnes non diagnostiquées et fournir les détails de stratégies qui fonctionnent. On discutera des principaux défis et d'importants facteurs communautaires spécifiques.</p>
13 h 55	<p>THÈME 2 : Joindre les personnes non diagnostiquées par des partenariats communautaires</p> <p>Cette séance portera sur diverses approches pour accroître l'accès et le recours au dépistage ainsi que l'arrimage à partir du service de dépistage, pour les bonnes personnes et au bon moment, par des partenariats communautaires. Dans cette séance de discussion ainsi que la suivante, le rôle optimal des organismes communautaires et des intervenants non professionnels en matière de dépistage et d'arrimage sera abordé, de même que des stratégies pour la mise en œuvre réussie de telles initiatives.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Patrick O'Byrne, ZoneGaie, un partenariat communauté/santé publique, Ottawa, Ontario ■ Stacey Bourque, ARCHES Society, Le dépistage du VIH, du VHC et des ITS dans un organisme communautaire, Lethbridge, Alberta ■ Shawn Fowler, Hassle Free Clinic, Les intervenants non réglementés et alliés en matière de soins de santé et le dépistage du VIH en milieu communautaire, Toronto, Ontario
14 h 45	Pause

15 h 05	<p>THÈME 2 : Joindre les personnes non diagnostiquées par des partenariats communautaires – Discussion en grand groupe</p> <p>Les participants discuteront du rôle des partenariats et intervenants communautaires pour joindre les personnes non diagnostiquées; ils présenteront des détails sur des stratégies efficaces. On discutera également d'importants défis et facteurs spécifiques des communautés.</p>
16 h 00	<p>THÈME 3 : Diversifier l'accès au dépistage du VIH et l'arrimage par des approches autonomes</p> <p>Cette séance et la discussion qui la suivra concernent différentes approches pour accroître l'accès et le recours au dépistage par les bonnes personnes et au bon moment, à l'aide d'approches autonomes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Marc Steben, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Qu'est-ce qui est possible au Canada?, Montréal, Québec ■ Mark Gilbert, BC Centre for Disease Control (BCCDC), L'initiative <i>Get checked online</i>, Vancouver, Colombie-Britannique
16 h 35	<p>THÈME 3 : Diversifier l'accès au dépistage du VIH et l'arrimage par des approches autonomes</p> <p>Les participants discuteront de facteurs clés à prendre en considération dans l'examen du rôle d'approches autonomes, au Canada, de même que des cas où il pourrait être avantageux et désavantageux de recourir à des approches autonomes dans des communautés spécifiques.</p>
17 h 15	<p>Conclusion du jour 1 Marc-André LeBlanc, animateur</p>
17 h 30 – 19 h 30	Réception à l'hôtel

Heure	Vendredi 14 octobre
7 h 30 – 9 h 00	Déjeuner chaud
8 h 00	Assemblée annuelle de CATIE Les membres de CATIE sont incités à participer.
9 h 00	Réflexion sur le Jour 1 et présentation du Jour 2 <ul style="list-style-type: none"> ■ Laurie Edmiston, CATIE, Toronto, Ontario ■ Marc-André LeBlanc, animateur
9 h 10	<p>THÈME 4 : Le dépistage du VIH comme entrée dans le continuum de la prévention et des soins en VIH</p> <p>Cette séance porte sur le rôle du dépistage comme élément pivot dans le continuum de la prévention et des soins. Dans cette séance et dans la discussion qui la suivra, les participants examineront des stratégies clés pour instaurer un arrimage immédiat ou quasi immédiat entre le dépistage et les soins, les traitements et d'autres services.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Riyas Fadel, Ministère de la santé et des services sociaux, Le rôle du dépistage dans la prévention combinée, Montréal, Québec ■ Nnamdi Ndubuka, Northern Intertribal Health Authority, L'arrimage et la participation dans le nord de la Saskatchewan, Prince Albert, Saskatchewan ■ Shawn Fowler, Hassle Free Clinic, L'arrimage immédiat aux services à la suite d'un diagnostic, Toronto, Ontario ■ Mark Hull, St. Paul's Hospital, L'arrimage immédiat au traitement du VIH, Vancouver, Colombie-Britannique
10 h 00	<p>THÈME 4 : Le dépistage du VIH comme entrée dans le continuum de la prévention et des soins en VIH</p> <p>Les participants discuteront du rôle que le dépistage peut jouer dans la création d'occasions de relier les gens aux services dont ils ont besoin. On discutera d'importants défis et facteurs communautaires spécifiques.</p>
10 h 55	Pause
11 h 15	<p>Panel sur les enjeux spécifiques à des populations</p> <p>Le panel présentera une réflexion sur la discussion qui aura eu lieu sur les quatre thèmes; on indiquera ce qui semble particulièrement pertinent pour des populations spécifiques et ce qui semble prometteur ou inquiétant; et on pourra mentionner des enjeux clés qui n'ont pas été soulevés dans les discussions de groupe. Les participants auront la possibilité de réagir à ces réflexions et de partager les leurs.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Alexandra de Kiewit, Stella, Montréal, Québec ■ Jack Janvier, Alberta Health Services, Calgary, Alberta ■ Jody Jollimore, Community-based Research Centre, Vancouver, Colombie-Britannique ■ Wangari Tharao, Women's Health in Women's Hands, Toronto, Ontario

12 h 10	<p>Aperçu de l'après-midi</p> <p>L'animateur expliquera comment les participants peuvent s'inscrire à l'un ou l'autre des six groupes de discussion pendant la pause du dîner; comment les points abordés en petits groupes seront présentés au grand groupe; puis comment les participants auront l'occasion de commenter les résultats des discussions en petits groupes.</p>
12 h 15	Dîner
13 h 15	<p>Séances en petits groupes</p> <p>Les discussions en petits groupes permettront aux participants de se pencher plus en détail sur les thèmes principaux décrits ci-dessus. Chaque groupe sera mandaté de proposer, pour son thème, quelles orientations prioritaires pour les programmes, les politiques et la pratique doivent être prises en considération afin de contribuer à contrer l'épidémie du VIH au Canada. On demandera à chaque groupe de formuler des suggestions quant aux voies à suivre à partir de maintenant.</p> <p>Thème 1 : Joindre les personnes non diagnostiquées par le biais des milieux cliniques Thème 2 : Joindre les personnes non diagnostiquées par des partenariats communautaires Thème 3 : Diversifier l'accès au dépistage du VIH et l'arrimage par des approches autonomes Thème 4 : Le dépistage du VIH comme entrée dans le continuum de la prévention et des soins en VIH Thème 5 : À déterminer par les participants Thème 6 : À déterminer par les participants</p>
14 h 45	Pause
15 h 00	<p>Comptes rendus au grand groupe</p> <p>Chaque petit groupe présentera les orientations prioritaires qu'il a identifiées.</p>
15 h 35	<p>Discussion en grand groupe et réactions</p> <p>Dans cette discussion, les participants réagiront aux orientations prioritaires proposées par les divers groupes; puis tous auront l'occasion de signaler les orientations prioritaires qu'ils trouvent les plus importantes pour chaque thème.</p>
16 h 30 – 16 h 45	<p>Assemblons le tout : prochaines étapes, conclusion et évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Marc-André LeBlanc, animateur ■ Laurie Edmiston, CATIE, Toronto, Ontario

ANNEXE B : CONSEILLERS

Geri Bailey	Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada
Jean Bacon	Réseau ontarien de traitement du VIH (OHTN)
Chris Buchner	Fraser Health
Richard Elliott	Réseau juridique canadien VIH/sida
Ken English	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
Riyas Fadel	Ministère de la Santé et des Services Sociaux
Thomas Haig	Université du Québec à Montréal
Erin Henry	Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada
Bob Leahy	PositiveLite.com
Lynne Leonard	Université d'Ottawa
Alexandra Musten	Centre d'action des IRSC sur le VIH/sida (REACH 2.0)
Carla Pindera	Nine Circles Community Health Centre
Marc Steben	Institut national de santé publique du Québec

ANNEXE C : LISTE DES PARTICIPANTS

Archibald, Chris

Agence de la santé publique du Canada
Directeur
Ottawa, ON
chris.archibald@phac-aspc.gc.ca

Arkell, Camille

CATIE
Spécialiste en connaissances, Science
biomédicale de la prévention
Toronto, ON
carkell@catie.ca

Bailey, Geri

Direction générale de la santé des Premières
Nations et des Inuits
Directrice, ITSS
Ottawa, ON
geri.bailey@canada.ca

Barker, Lara

CATIE
Coordonnatrice régionale de l'éducation en
matière de santé
Toronto, ON
lbarker@catie.ca

Bigras, Diane

Mylan Pharmaceuticals ULC
Directrice principale, Affaires gouvernementales
Etobicoke, ON
diane.bigras@mylan.ca

Bissonnett, Hugo

CATIE
Membre du Conseil d'administration
Montréal, QC
dg@csalurentides.com

Boily-Larouche, Geneviève

Centre de collaboration nationale des
maladies infectieuses
Gestionnaire de projets
Winnipeg, MB
Genevieve.Boily-Larouche@umanitoba.ca

Bourque, Stacey

ARCHES
Directrice générale
Lethbridge, AB
sbourque@lethbridgearches.com

Broeckert, Logan

CATIE
Recherchiste/Rédactrice
Toronto, ON
lbroeckert@catie.ca

Buchner, Chris

Fraser Health
Directeur clinique, Maladies transmissibles et
réduction des méfaits
Surrey, C.-B.
christopher.buchner@fraserhealth.ca

Carlson, Mary

Northern Intertribal Health Authority
Directeur général
mcarlson@nitha.com

Challacombe, Laurel

CATIE
Directrice associée, Recherche/Évaluation et
science de la prévention
Toronto, ON
lchallacombe@catie.ca

Clement, Ken

RCAS
PDG
Vancouver, C.-B.
kenc@caan.ca

Cooper, Hillary

Northern Regional Health Authority
Directrice régionale de la santé publique
Flin Flon, MB
hcooper2@nrha.ca

de Kiewit, Alexandra

Stella
Agente de liaison
Montréal, QC
alexandra@chezstella.org

Derban, Andrea

Autorité sanitaire des Premières nations
Infirmière spécialiste CDC - VIH/VHC
Vancouver, C.-B.
andrea.derban@fnha.ca

Doyle, Andrea

Eastern Health
Infirmière, Contrôle des maladies
transmissibles /santé sexuelle
Mount Pearl, T.-N.-L.
andrea.doyle@easternhealth.ca

Drouin, Marie-Claude

Institut national de santé publique du Québec
Agente planification, programmation
et recherche
Montréal, QC
marie-claude.drouin@inspq.qc.ca

Edmiston, Laurie

CATIE
Directrice générale
Toronto, ON
ledmiston@catie.ca

Egan, Melissa

CATIE
Coordonnatrice régionale de l'éducation en
matière de santé
Toronto, ON
melissa.egan@catie.ca

Elliott, Richard

Réseau juridique canadien VIH/sida
Directeur général
Toronto, ON
Relliott@aidslaw.ca

English, Ken

Bureau du sida du Ministère ontarien de la Santé
et des Soins de longue durée
Consultant principal des programmes
Toronto, ON
ken.english@ontario.ca

Fadel, Ghayas

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Agent de recherche et de planification
Montréal, QC
riyas.fadel@msss.gouv.qc.ca

Fowler, Shawn

Hassle Free Clinic
Conseiller en santé sexuelle
Toronto, ON
shawn@hasslefreeclinic.org

Fox, Lorne

ViiV Healthcare
Laval, QC
lorne.m.fox@viivhealthcare.com

Gahagan, Jacqueline

Dalhousie University
Professeure & Chef, Promotion de la santé
Halifax, N.-É.
jgahagan@dal.ca

Gilbert, Mark

BC Centre for Disease Control
Toronto, ON
mark.gilbert@bccdc.ca

Gustafson, Reka

Vancouver Coastal Health
Médecin-hygiéniste en chef
Vancouver, C.-B.
Reka.Gustafson@vch.ca

Haig, Thomas

UQÀM
Chercheur
Montréal, QC
haig.thomas@uqam.ca

Henry, Erin

Direction générale de la santé des Premières
Nations et des Inuits
Directrice, Maladies transmissibles
Ottawa, ON
erin.henry@hc-sc.gc.ca

Hull, Mark

BC Centre for Excellence in HIV/AIDS
Professeur agrégé de clinique
Vancouver, C.-B.
mhull@cfenet.ubc.ca

Ireland, Laurie

Nine Circles Community Health Centre
Médecin
Winnipeg, MB
lireland@ninecircles.ca

Isaac, Michael

Northern Health Region - Manitoba
Médecin hygiéniste en chef
Winnipeg, MB
Michael.Isaac@gov.mb.ca

Jackson, Clare

Agence de la santé publique du Canada
Analyste des politiques
Ottawa, ON
clare.jackson@phac-aspc.gc.ca

Janvier, Jack

Alberta Health Services
Médecin
Calgary, AB
jackjanvierjr@gmail.com

Jefferis, Hermione

CATIE
Membre du Conseil d'administration
Victoria, C.-B.
hermione.jefferis@avi.org

Johnston, Christie

CATIE
Gestionnaire des projets spéciaux
Toronto, ON
cjohnston@catie.ca

Jollimore, Jody

Community Based Research Centre (CBRC)
Directeur
Vancouver, C.-B.
jody.jollimore@gmail.com

Kelly, Debbie

Memorial University
Professeure agrégée et pharmacienne clinique
en VIH
St. John's, T.-N.-L.
dvkelly@mun.ca

Kim, John

Laboratoires nationaux VIH/sida
Winnipeg, MB
john.kim@phac-aspc.gc.ca

Knowles, Zak

CATIE
Gestionnaire du contenu Web
Toronto, ON
zknowles@catie.ca

Kwag, Michael

CATIE
Courtier en connaissances
Toronto, ON
mkwag@catie.ca

Lauscher, Darren

CATIE
Membre du Conseil d'administration
Vancouver, C.-B.
dlauscher@telus.net

Leahy, Bob

PositiveLite.com
Éditeur
Warkworth, ON
baxter@accel.net

LeBlanc, Marc-André

Animateur
Gatineau, QC
maleblanc27@gmail.com

Leonard, Lynne

Université d'Ottawa
Directrice de l'équipe de recherche en prévention
du VHC et du VIH, et membre du Conseil
d'administration de CATIE
Ottawa, ON
lleonard@uottawa.ca

Lockie, Lisa

Ministère de la Santé de la Saskatchewan
Consultante VIH/PTS/UDI
Regina, SK
lisa.lockie@health.gov.sk.ca

Major, Carol

OHTN/Bureau du sida
Consultante, Programme de dépistage rapide
Stouffville, ON
carol.major@rogers.com

Martin, Alana

PROUD
Associée de recherche, Coordonnatrice
de projets
Ottawa, ON
alanamartinottawa@hotmail.com

McCullagh, John

CATIE
Membre du Conseil d'administration
Toronto, ON
john.w.mccullagh@gmail.com

McLay, David

CATIE
Directeur associé, Ressources d'information sur
la santé
Toronto, ON
dmclay@catie.ca

Mercure, Sarah-Amélie

Direction régionale de santé publique
de Montréal
Responsable médicale
Montréal, QC
sarah-amelie.mercure.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca

Michaud, Liam

CATIE
Coordonnateur régional de l'éducation en
matière de santé
Toronto, ON
lmichaud@catie.ca

Miller, Arthur David

CATIE
Membre du Conseil d'administration
Halifax, N.-É.
adavemiller@icloud.com

Musten, Alexandra

REACH/OHTN
Coordonnatrice
Toronto, ON
amusten@ohtn.on.ca

Nantaba, Isabel

Women's Health in Women's Hands
Travailleuse en santé communautaire
Toronto, ON
isabel@whiwh.com

Nasewich, Susanne

CATIE
Membre du Conseil d'administration
Regina, SK
susanne.nasewich@rqhealth.ca

Ndubuka, Nnamdi

Northern Inter-Tribal Health Authority
Médecin hygiéniste en chef
Prince Albert, SK
ndubuka@nitha.com

Oakes, Wesley

Africans in Partnership Against AIDS
Coordonnateur de la recherche
Toronto, ON
wesley.oakes@gmail.com

O'Byrne, Patrick

Université d'Ottawa/Santé publique Ottawa
Professeur agrégé/Infirmier en santé publique
Ottawa, ON
pjobyrne@uottawa.ca

Pigden, Kristen

Mylan Pharmaceuticals ULC
Gestionnaire de produits
Etobicoke, ON
kristen.pigden@mylan.ca

Pigeon, Terry

CATIE
Membre du Conseil d'administration
Cowansville, QC
terpi@videotron.ca

Pindera, Carla

Nine Circles Community Health Centre
Directrice des programmes cliniques
Winnipeg, MB
cpindera@ninecircles.ca

Smyczek, Petra

Alberta Health Services
Directeur médical provincial, Services des ITS
Edmonton, AB
petra.smyczek2@albertahealthservices.ca

Steben, Marc

Institut national de santé publique du Québec
Médecin conseil
Montréal, QC
marc.steben@inspq.qc.ca

Stevenson, Janine

Autorité sanitaire des Premières nations
Infirmière spécialisée en ITSS/RH
Vancouver, C.-B.
janine.stevenson@fnha.ca

Stratton, Trevor

CATIE
Membre du Conseil d'administration
Hagersville, ON
sofreeradical@yahoo.ca

Summers, Marcie

CATIE
Membre du Conseil d'administration
Vancouver, C.-B.
msummerbug@shaw.ca

Ticknor, Jann

All Nations Hope Network/Saskatchewan
Indigenous Strategy on HIV and AIDS
Coordonnateur, Saskatchewan Indigenous
Strategy on HIV and AIDS
Regina, SK
jantticknor@sasktel.net

Werker, Denise

Ministère de la santé de la Saskatchewan
Médecin en chef adjointe
Regina, SK
Denise.Werker@health.gov.sk.ca

Yetman, Gerard

CATIE
Membre du Conseil d'administration
St. John's, T.-N.-L.
gyetman@acnl.net

ANNEXE D : PROFILS BIOGRAPHIQUES DES CONFÉRENCIERS ET CONFÉRENCIÈRES

Stacey Bourque

Stacey Bourque est directrice générale de l'organisme ARCHES, coprésidente du Community Harm Reduction Network et présidente de l'Alberta Community Council on HIV. Elle poursuit des études doctorales en santé populationnelle et est titulaire d'une maîtrise en éducation (psychologie du counseling) avec spécialité en dépendances et en santé mentale, de même que d'un baccalauréat en sciences de la santé sur le counseling en dépendances. Stacey se voit comme une alliée qui crée, met en œuvre et évalue des programmes fondés sur une approche de réduction des méfaits pour des pratiques plus sécuritaires de consommation de drogues, la santé sexuelle, la prévention de la maladie et la réduction de la stigmatisation. Elle est d'avis que les programmes sont plus efficaces lorsqu'ils sont créatifs et stimulants. Son objectif est d'habiliter les individus et les communautés à concevoir des solutions à l'aide d'une approche axée sur les forces.

Alexandra de Kiewit

Alexandra de Kiewit travaille dans le milieu communautaire depuis 2010. Son poste d'*infomane* à *L'Injecteur* lui a permis de donner libre cours à l'une de ses passions : la promotion de la santé et l'inclusion des personnes qui consomment des drogues et des travailleuse(-eur)s du sexe. Étant elle-même une femme vivant avec le VIH qui consomme des drogues, elle appuie entièrement les principes de la réduction des méfaits qu'elle promet dans son travail. Après cinq ans à l'AQPSUD, elle est devenue intervenante de proximité chez Stella. Elle travaille également au site fixe de Cactus

depuis plus de cinq ans. Elle est cofondatrice de l'ACPUD (Association canadienne des personnes qui utilisent des drogues) et siège à son conseil d'administration. Elle a pris part à divers projets, notamment le livre *Pairologie : un guide d'implication par et pour les personnes utilisatrices de drogues*, distribué par CATIE. Elle assiste au plus grand nombre de conférences possible pour étancher sa soif d'apprendre.

Ken English

Ken English est conseiller principal aux programmes du Bureau du sida du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Il appuie la stratégie de dépistage du VIH du Gouvernement de l'Ontario, qui inclut un programme de dépistage anonyme du VIH, un programme de dépistage rapide/aux points de service, le dépistage prénatal et des initiatives de dépistage adaptées aux populations prioritaires de l'Ontario.

Riyas Fadel

Riyas Fadel est titulaire d'une maîtrise en sexologie de l'UQAM. Il est chercheur et analyste des politiques au service des ITSS du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Son travail porte sur la prévention chez les hommes gais et autres HARSAH, le dépistage des ITSS dans les populations clés, la prophylaxie pré-exposition, les systèmes de surveillance des ITSS et les partenariats communautaires. Il vit à Montréal avec son chat indépendant, Maroo, et aime voyager dans de grandes villes où les gratte-ciel sont immenses.

Shawn Fowler

Shawn Fowler détient dix-sept années d'expérience de travail en santé et éducation sexuelles, en particulier pour les HARSAH, les jeunes et la lutte anti-homophobie. Il est conseiller en santé sexuelle à la Hassle Free Clinic, où il coordonne le programme de dépistage rehaussé qui offre le dépistage anonyme aux points de service à plusieurs endroits au centre-ville de Toronto afin d'accroître l'accès au dépistage du VIH pour les communautés HRSH.

Mark Gilbert

Le Dr Mark Gilbert est médecin au BC Centre for Disease Control et professeur clinique agrégé à l'École de santé publique et des populations de l'Université de la Colombie-Britannique. Au BCCDC, Mark dirige le programme des services de santé sexuelle en ligne de la C.-B. et le développement d'approches novatrices à la prestation de services de santé sexuelle sur Internet. Ses récentes réalisations incluent le lancement de SmartSexResource.com (un site Web interactif d'éducation à la santé sexuelle pour le public et les fournisseurs de soins de santé) et de GetCheckedOnline.com (un service en ligne complet de dépistage du VIH et des ITS en C.-B.). Mark est un expert national de la recherche sur la santé sexuelle des hommes gais, le dépistage du VIH et des ITS et l'évaluation des services en ligne grâce à une approche intégrée d'application des connaissances, en collaboration avec des partenaires de recherche nationaux et internationaux.

Reka Gustafson

La D^{re} Gustafson est médecin hygiéniste, directrice médicale de la lutte contre les maladies transmissibles à Vancouver et professeure clinique agrégée à l'École de santé publique et des populations de l'Université de la Colombie-Britannique. Elle est impliquée dans la surveillance, la prévention et le contrôle des maladies transmissibles (comme le VIH et la tuberculose) et dans l'étude et la gestion

des éclosions. Ses autres domaines de pratique incluent le développement de politiques sur la lutte contre les maladies transmissibles, de même que l'alimentation saine. La D^{re} Gustafson a été la responsable médicale de l'instauration du dépistage systématique du VIH dans les hôpitaux de Vancouver.

Mark Hull

Mark Hull a fait son stage de formation en maladies infectieuses à l'Université de la Colombie-Britannique. Il a par la suite effectué un stage postdoctoral au Réseau canadien pour les essais VIH (RCEV) des IRSC. Il est professeur clinique agrégé à la Division du sida de l'Université de la Colombie-Britannique et chercheur scientifique au BC Centre for Excellence in HIV/AIDS. Il est coprésident du Groupe de travail du RCEV sur la prévention biomédicale, qui travaille à l'élaboration de lignes directrices canadiennes sur la prophylaxie pré-/post-exposition. Divulcation : Le Dr Mark Hull a reçu une subvention du National Institute on Drug Abuse (NIDA R01DA031043-01) et des honoraires ont été versés à son établissement par les sociétés suivantes, pour des exposés et/ou réunions de consultation : AbbVie, Bristol Myers Squibb, Gilead, Merck, Ortho-Janssen et ViiV.

Laurie Ireland

Laurie Ireland est médecin de famille à Winnipeg, Manitoba. Elle est titulaire d'un baccalauréat ès arts de l'Université de Toronto (1995). Elle est retournée aux études en 1999 à l'Université du Manitoba, où elle a obtenu un baccalauréat ès sciences en 2001 et un diplôme de médecine en 2005. Laurie a terminé sa formation en médecine familiale en 2007 au programme de l'Hôpital St. Paul's de l'Université de la Colombie-Britannique. Sa résidence a été suivie d'un programme de trois mois de perfectionnement des compétences en soins primaires pour le VIH, sous la supervision du BC Center for Excellence in HIV/AIDS. Après sa formation, la D^{re} Ireland est retournée à Winnipeg où elle a travaillé au Nine Circles

Community Health Center, le principal site de soins du Programme sur le VIH du Manitoba depuis 2007. Laurie est à présent directrice médicale de Nine Circles et directrice des soins primaires au Programme sur le VIH du Manitoba.

Jack Janvier

Le Dr Jack Janvier est spécialiste des maladies infectieuses au Centre Peter Lougheed, à Calgary. Il fournit également des soins pour le VIH à la Southern Alberta Clinic. Autochtone d'ascendance dénée, il a grandi à La Loche, Saskatchewan. Il est titulaire d'un baccalauréat ès sciences (1997) et d'un doctorat en médecine (2001) de l'Université de la Saskatchewan. Il a complété sa formation en médecine interne à l'Université de la Saskatchewan, puis une formation en maladies infectieuses à l'Université de Calgary. Il travaille à temps plein à Calgary depuis 2009. Il siège au conseil consultatif du programme autochtone Strong Voices de HIV Community Link depuis environ trois ans et s'est récemment joint au conseil d'administration de l'organisme. Il travaille également à titre consultatif auprès d'équipes collaboratives qui luttent contre l'épidémie du VIH dans les populations autochtones de la Saskatchewan.

Jody Jollimore

Jody Jollimore est chercheur et consultant en santé des hommes gais et directeur des politiques au Community Based Research Centre for Gay Men's Health, à Vancouver, C.-B. Son travail concerne la mise à l'échelle d'initiatives de prévention du VIH pour les hommes gais, bisexuels, bispirituels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, à travers la province. Avant d'être consultant, Jody a été directeur de la recherche et des partenariats stratégiques à la Health Initiative for Men (HIM), un organisme pour la santé des hommes gais. Jody met à profit sa passion pour les politiques, la santé publique et la politique partisane afin de créer des changements qui améliorent la santé LGBT. Ce pan-Canadien titulaire d'une maîtrise en politiques publiques de l'Université Simon

Fraser habite dans le joli quartier West End, à Vancouver.

John McCullagh

John McCullagh, qui vit avec le VIH, est président du conseil d'administration de CATIE et éditeur de PositiveLite.com, le magazine en ligne sur le VIH du Canada. John a travaillé plus de quatre décennies dans le domaine des services sociaux et de santé, tant à des postes de première ligne que de gestion. Il détient plusieurs années d'expérience de travail auprès des personnes vivant avec le VIH, à risque et/ou affectées par celui-ci, des hommes gais, des jeunes *queer* et des jeunes de la rue. Il est l'un des fondateurs du Toronto Counselling Centre for Lesbians and Gays (devenu David Kelley Services), où il a été conseiller au cours des années 1980, au début de l'épidémie du sida. À présent retraité, John est bénévole à l'AIDS Committee of Toronto, où il est pair chercheur en plus d'animer une série d'ateliers psychopédagogiques pour bien vieillir avec le VIH.

Nnamdi Ndubuka

Ayant grandi au Nigéria, le Dr Nnamdi Ndubuka a reçu sa formation médicale de premier cycle à l'Université Nnamdi Azikiwe. Il a été médecin de famille dans diverses régions du pays. En 2004, il a déménagé au Botswana, en Afrique australe, où il a collaboré avec le ministère de la Santé et le Partenariat sur le sida Botswana-École de santé publique de Harvard à titre de médecin, chercheur et spécialiste en santé publique. En 2012, il a émigré au Canada avec sa famille. Il est à présent médecin hygiéniste à la Northern Inter-Tribal Health Authority (NITHA) de Prince Albert, Saskatchewan, où il fournit une expertise en santé publique au partenariat de la NITHA, composé du Grand conseil de Prince Albert, du conseil tribal de Meadow Lake, de la Nation crie Peter Ballantyne et de la bande indienne du Lac La Ronge. Il possède une riche expérience en matière de programmes de santé publique et de recherches sur les maladies infectieuses. Ses intérêts particuliers concernent la santé et

le bien-être autochtones. Il est titulaire d'une maîtrise de santé publique de l'Université d'Afrique du Sud, d'un diplôme en gestion du VIH des Collèges de médecine d'Afrique du Sud et d'un doctorat d'études en santé de l'Université d'Afrique du Sud.

Patrick O'Byrne

Patrick O'Byrne, Inf. Aut., Ph. D., est professeur agrégé de soins infirmiers à l'Université d'Ottawa et infirmier autorisé détenant plus de dix années d'expérience clinique en santé publique, soins primaires et prévention des ITS et du VIH. Il possède une vaste expérience dans la recherche visant à comprendre et à améliorer la santé des hommes gais et d'autres groupes de minorités sexuelles. Le travail du Dr O'Byrne est à ce jour quantitatif, qualitatif et interventionnel; il a porté d'abord sur l'Internet, les bars, les saunas et les fêtes du circuit gai (études financées par les IRSC), puis sur l'évaluation des interventions de prévention du VIH et de santé publique dans ces milieux et dans le contexte des soins de première ligne (p. ex., développement de trousse de dépistage autoadministré pour la gonorrhée et la chlamydia dans les saunas; création d'une clinique de dépistage du VIH pour les hommes gais à Ottawa). Le Dr O'Byrne a mis sur pied le premier programme communautaire de prophylaxie post-exposition dirigé par des infirmier(ère)s pour les hommes gais au Canada. De plus, il a publié quatre chapitres d'ouvrages et 56 articles examinés par les pairs, concernant la santé des hommes gais, la santé publique, les soins primaires et la prévention du VIH. Quatre autres de ses publications sur ces sujets sont présentement à l'étude.

Tim Rogers

Tim Rogers est directeur de l'échange des connaissances à CATIE. Il a commencé à s'impliquer auprès de CATIE il y a près de 20 ans, d'abord comme bénévole, puis comme employé. Au fil des années, il a vu l'organisme local axé sur le traitement du VIH qu'était CATIE se transformer en un courtier national

d'échange de connaissances sur tous les aspects de la prévention, des soins, des traitements et du soutien pour le VIH et le VHC.

Marc Steben

Le Dr Steben est médecin de famille et conseiller médical à l'Unité des ITS de l'Institut national de santé publique du Québec. Il préside le Comité québécois sur les ITSS et siège au comité d'analyse en laboratoire des ITS. Il est professeur au Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal. Il est directeur médical de la Clinique A, qui est engagée à une approche multidisciplinaire à la santé sexuelle. Il est membre du Groupe de travail d'experts pour les Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Il a présidé la 26^e réunion de l'International Papillomavirus Society ainsi que ses ateliers cliniques et de santé publique inauguraux, en juillet 2010. Il est président du Réseau canadien de prévention du VPH du Centre international pour les maladies infectieuses; membre du conseil d'administration de l'ISSVD; et membre fondateur de la filiale canadienne de l'IUSTI Amérique du Nord.

Wangari Tharao

Wangari Tharao est directrice des programmes et de la recherche pour Women's Health in Women's Hands, un centre de santé communautaire qui fournit des services de soins de santé primaire aux femmes africaines, caraïbéennes, latino-américaines et sud-asiatiques de Toronto et des environs. Elle est également chercheuse communautaire sur des enjeux liés au VIH et pertinents aux femmes venues au Canada de pays où l'épidémie de VIH est généralisée, principalement de l'Afrique et des Caraïbes. Ses recherches combinent la génération de connaissances et les pratiques programmatiques et de politiques afin de soutenir des actions efficaces en matière de VIH. Wangari est une militante reconnue dans le domaine du VIH; elle a cofondé plusieurs réseaux locaux, provinciaux, nationaux et

internationaux, notamment le Conseil des Africains et Caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario (CACVO), le Réseau national sur le VIH/sida et les communautés noires, africaines et caraïbes (CHABAC) et le Réseau mondial de la diaspora africaine et noire sur le VIH et le sida (ABDGN), pour aider les populations noires du Canada et d'autres pays développés à élaborer des réponses efficaces au VIH/sida.

ANNEXE E : RAPPORT D'ÉVALUATION

CATIE a évalué le dialogue délibératif pour établir s'il avait atteint ses objectifs. Des évaluations comme celle-ci nous aident également à tirer des leçons pour éclairer l'élaboration et la mise en œuvre de nos futures activités d'échange des connaissances sur des sujets liés aux programmes.

MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION

Un formulaire d'évaluation a été distribué aux participants, qui étaient invités à le remplir après l'événement. Des employés de CATIE ont recueilli les formulaires remplis. Des descriptifs de fréquence ont été produits pour résumer les résultats de l'événement.

RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION

Au total, 43 formulaires d'évaluation dûment remplis ont été analysés. Excluant les employés de CATIE, 59 personnes ont participé au dialogue délibératif; par conséquent, le taux de réponse à l'évaluation a été de 72 %. Les employés de CATIE avaient été avisés de ne pas répondre au sondage d'évaluation.

D'après les réponses au sondage, les participants représentaient la diversité des auditoires ciblés par la réunion :

Type d'organisme	%
Organisme en VIH	19,5 %
Centre de santé communautaire	12,2 %
Autre organisme communautaire	12,2 %
Unité de santé publique ou clinique de santé sexuelle	14,6 %
Organisme gouvernemental (autre qu'une unité de santé publique)	22,0 %
Clinique/hôpital	12,2 %
Établissement d'enseignement, université et/ou école	2,4 %
Autre	4,9 %
Total	100

Le dialogue délibératif était-il bien organisé?

- 98 % des participants étaient d'accord ou fortement d'accord avec l'énoncé selon lequel le dialogue délibératif était bien organisé.

Le dialogue délibératif était-il pertinent et utile aux participants?

En général, le dialogue délibératif était d'une grande pertinence pour les participants :

- 100 % étaient d'accord ou fortement d'accord avec l'énoncé selon lequel le dialogue délibératif était approprié pour eux.
- 100 % étaient d'accord ou fortement d'accord avec l'énoncé selon lequel le dialogue délibératif était pertinent à leur travail.
- 100 % recommanderaient à CATIE de continuer d'offrir ce type d'événement.

- 95,1 % étaient satisfaits ou très satisfaits du dialogue délibératif.
- 92,6 % ont trouvé le dialogue délibératif utile ou très utile pour leur travail.

Le dialogue délibératif a-t-il rehaussé les connaissances, la capacité et/ou les réseaux parmi les participants?

- 100 % étaient d'accord ou fortement d'accord avec l'énoncé selon lequel le dialogue délibératif avait été efficace à faciliter la collaboration et le partage de connaissances parmi les chefs de file du dépistage du VIH et de l'arrimage.
- 100 % étaient d'accord ou fortement d'accord avec l'énoncé selon lequel le dialogue délibératif offrait une occasion de réseauter avec d'autres participants.
- 97,6 % étaient d'accord ou fortement d'accord avec l'énoncé selon lequel ils utiliseront/appliqueront les connaissances acquises dans leur travail.
- 85,7 % étaient d'accord ou fortement d'accord avec l'énoncé selon lequel le dialogue délibératif avait rehaussé leur capacité de répondre aux personnes non diagnostiquées pour le VIH dans leur communauté.

Le dialogue délibératif a-t-il atteint ses objectifs d'éclairer les orientations prioritaires et de rehausser les connaissances sur les programmes?

- 95,2 % étaient d'accord ou fortement d'accord avec l'énoncé selon lequel le dialogue délibératif avait été efficace à éclairer les orientations prioritaires pour joindre les personnes non diagnostiquées pour le VIH et pour assurer l'arrimage à la prévention et aux soins.

- 83,3 % étaient d'accord ou fortement d'accord avec l'énoncé selon lequel le dialogue délibératif avait rehaussé leur connaissance des approches de programme sur le dépistage du VIH.

THÈMES CLÉS CONCERNANT L'ÉCHANGE DE CONNAISSANCES

Les participants au dialogue délibératif ont également répondu à une série de questions qualitatives. Ils ont nommé de nombreuses façons par lesquelles le dialogue délibératif pourrait éclairer leur travail. Plusieurs thèmes clés ont émergé :

- Certains utiliseront l'information pour éclairer leurs efforts de planification des systèmes de santé en lien avec le dépistage du VIH et l'arrimage
- Certains utiliseront l'information pour éclairer leur programme local de dépistage du VIH/arrimage
- Certains utiliseront l'information pour créer de nouveaux programmes de dépistage et d'arrimage

Les participants ont nommé de nombreuses façons par lesquelles le dialogue délibératif leur avait été utile. Quelques thèmes clés ont émergé : 1) inclusion d'une diversité de modèles de prestation de services à travers le pays, 2) réseautage, et 3) connaissances rehaussées en matière d'élaboration de programme.

Les participants ont également mentionné quelques points qui auraient pu améliorer l'événement. Les thèmes clés incluaient : 1) plus de temps pour les questions/discussions; 2) une approche plus structurée concernant les sujets de discussions tendues; 3) plus d'attention aux communautés/régions rurales et éloignées.

ANNEXE F: RÉFÉRENCES

1. Hosein SR. Une étude confirme que le traitement précoce du VIH prévient la maladie et la mort [Internet]. Nouvelles CATIE. 2015. Disponible à : www.catie.ca/fr/nouvellescatie/2015-06-01/etude-confirme-traitement-precoce-vih-previent-maladie-mort
2. Hosein SR. La mortalité liée au diagnostic tardif du VIH demeure un problème [Internet]. Nouvelles CATIE. 2013. Disponible à : www.catie.ca/fr/nouvellescatie/2013-07-11/mortalite-liee-diagnostic-tardif-vih-demeure-probleme
3. The INSIGHT START Study Group. Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. *N Engl J Med*. 2015 Aug 27;373(9):795–807.
4. CATIE. Le VIH au Canada : Guide d'introduction pour les fournisseurs de services : Le dépistage et le diagnostic du VIH [Internet]. Toronto, Ontario: Réseau canadien d'info-traitements sida; 2015 [cité le 16 décembre 2015]. Disponible à : www.catie.ca/fr/vih-canada/5
5. Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Janssen RS. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. 2005 Aug 1;39(4):446–53.
6. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission. *N Engl J Med*. 2016 Sep;375(9):830–9.
7. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, van Lunzen J, et al. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. *JAMA*. 2016 Jul 12;316(2):171.
8. Prevention Access Campaign. Undetectable = Untransmittable [Internet]. [cité le 21 sept. 2016]. Disponible à : <http://www.preventionaccess.org/undetectable>
9. Althoff KN, Gange SJ, Klein MB, Brooks JT, Hogg RS, Bosch RJ, et al. Late Presentation for Human Immunodeficiency Virus Care in the United States and Canada. *Clin Infect Dis*. 2010 Jun;50(11):1512–20.
10. Plitt SS, Mihalicz D, Singh AE, Jayaraman G, Houston S, Lee BE. Time to Testing and Accessing Care among a Population of Newly Diagnosed Patients with HIV with a High Proportion of Canadian Aboriginals, 1998–2003. *AIDS Patient Care STDs*. 2009 Feb;23(2):93–9.
11. The SPARTAC Trial Investigators. Short-Course Antiretroviral Therapy in Primary HIV Infection. *N Engl J Med*. 2013 Jan 17;368(3):207–17.
12. Siegfried N, Rutherford GW. Optimal time for initiation of antiretroviral therapy in asymptomatic, HIV-infected, treatment-naive adults. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2010 [cited 2015 Jan 24]. Disponible à : <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008272.pub2>
13. Okulicz JF, Le TD, Agan BK, Camargo JF, Landrum ML, Wright E, et al. Influence of the Timing of Antiretroviral Therapy on the Potential for Normalization of Immune Status in Human Immunodeficiency Virus 1–Infected Individuals. *JAMA Intern Med*. 2015 Jan 1;175(1):88.
14. Le T, Wright EJ, Smith DM, He W, Catano G, Okulicz JF, et al. Enhanced CD4+ T-Cell Recovery with Earlier HIV-1 Antiretroviral Therapy. *N Engl J Med*. 2013 Jan 17;368(3):218–30.
15. Thornhill J, Inshaw J, Oomeer S, Kaleebu P, Cooper D, Ramjee G, et al. Enhanced normalisation of CD4/CD8 ratio with early antiretroviral therapy in primary HIV infection. *J Int AIDS Soc* [Internet]. 2014 Nov 2 [cited 2015 Jan 24];17(4(Suppl 3)). Disponible à : <http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/19480>

16. Gouvernement du Canada. Résumé : Mesurer les progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH [Internet]. Déc. 2016. Disponible à : www.healthycanadians.gc.ca/publications/diseases-conditions-maladies-affections/hiv-90-90-90-vih/index-eng.php
17. Adam BD. Epistemic fault lines in biomedical and social approaches to HIV prevention. *J Int AIDS Soc.* 2011;14(Suppl 2):S2.
18. Nosyk B, Montaner JSG, Colley G, Lima VD, Chan K, Heath K, et al. The cascade of HIV care in British Columbia, Canada, 1996–2011: a population-based retrospective cohort study. *Lancet Infect Dis.* 2014 Jan;14(1):40–9.
19. Wilton J, Broeckert L. La cascade du traitement du VIH – colmater les fuites afin d’améliorer la prévention du VIH [Internet]. Printemps 2013; disponible à : www.catie.ca/fr/pdm/printemps-2013/cascade-traitement-vih-colmater-les-fuites-afin-ameliorer-prevention-vih
20. Mugavero MJ, Amico KR, Horn T, Thompson MA. The State of Engagement in HIV Care in the United States: From Cascade to Continuum to Control. *Clin Infect Dis.* 2013 Jun 23;57(8):1164–71.
21. Agence de la santé publique du Canada. Résumé : Estimations de l’incidence de la prévalence, et de la proportion non diagnostiquée au VIH au Canada, 2014 [Internet]. 2015 [cité le 16 déc. 2015]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/resume-estimations-incidence-prevalence-et-proportion-non-diagnostiquee-vih-canada-2014.html>
22. Brenner BG, Roger M, Routy J-P, Moisi D, Ntemgwa M, Matte C, et al. High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 infection. *J Infect Dis.* 2007 Apr 1;195(7):951–9.
23. Miller WC, Rosenberg NE, Rutstein SE, Powers KA. Role of acute and early HIV infection in the sexual transmission of HIV: *Curr Opin HIV AIDS.* 2010 Jul;5(4):277–82.
24. Hall HI, Halverson J, Wilson DP, Suligoi B, Diez M, Le Vu S, et al. Late Diagnosis and Entry to Care after Diagnosis of Human Immunodeficiency Virus Infection: A Country Comparison. Palaniyar N, editor. *PLoS ONE.* 2013 Nov 5;8(11):e77763.
25. Office of the Provincial Health Officer. HIV Testing Guidelines for the Province of British Columbia [Internet]. British Columbia: Government of British Columbia; 2014. Disponible à : <http://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/hiv-testing-guidelines-bc.pdf>
26. Organisation mondiale de la Santé. Consolidated Guidelines on HIV Testing Services [Internet]. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé (OMS); 2015 Jul. Disponible à : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926_eng.pdf?ua=1&ua=1
27. International Advisory Panel on HIV Care Continuum Optimization. IAPAC Guidelines for Optimizing the HIV Care Continuum for Adults and Adolescents. *J Int Assoc Provid AIDS Care JIAPAC.* 2015 Nov 1;14(1 Suppl):S3–34.
28. Suthar AB, Ford N, Bachanas PJ, Wong VJ, Rajan JS, Saltzman AK, et al. Towards Universal Voluntary HIV Testing and Counselling: A Systematic Review and Meta-Analysis of Community-Based Approaches. Sansom SL, editor. *PLoS Med.* 2013 Aug 13;10(8):e1001496.
29. Lewis NM, Gahagan JC, Stein C. Preferences for rapid point-of-care HIV testing in Nova Scotia, Canada. *Sex Health.* 2013;10(2):124.
30. Zetola NM, Pilcher CD. Diagnosis and management of acute HIV infection. *Infect Dis Clin North Am.* 2007 Mar;21(1):19–48, vii.
31. Schwandt M, Nicolle E, Dunn S. Preferences for Rapid Point-of-Care HIV Testing in Primary Care. *J Int Assoc Physicians AIDS Care JIAPAC.* 2012 Jun 1;11(3):157–63.
32. Agence de la santé publique du Canada. Virus de l’immunodéficience humaine - Guide pour le dépistage et le diagnostic de l’infection par le VIH [Internet]. Agence de la santé publique du Canada. 2013 [cité le 12 déc. 2015]. Disponible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/guide/hivstg-vihgdd-fra.php>
33. Gouvernement de la Saskatchewan. Saskatchewan HIV Testing Policy. Saskatchewan; 2014.

34. Sanders GD, Bayoumi AM, Sundaram V, Bilir SP, Neukermans CP, Rydzak CE, et al. Cost-Effectiveness of Screening for HIV in the Era of Highly Active Antiretroviral Therapy. *N Engl J Med*. 2005 Feb 10;352(6):570–85.
35. Hutchinson AB, Farnham PG, Duffy N, Wolitski RJ, Sansom SL, Dooley SW, et al. Return on Public Health Investment: CDC's Expanded HIV Testing Initiative. *JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr*. 2012 Mar;59(3):281–6.
36. Walensky RP, Freedberg KA, Weinstein MC, Paltiel AD. Cost-Effectiveness of HIV Testing and Treatment in the United States. *Clin Infect Dis*. 2007 Dec 15; 45(Supplement 4):S248–54.
37. Gustafson R, Nathoo A. HIV Testing in Acute Care. In Toronto, Ontario: CATIE; 2013.
38. Johnston C, Broeckaert L, Réseau canadien d'info-traitements sida. Vers un nouveau paradigme : L'histoire du Projet STOP de Vancouver [Internet]. 2014 [cité le 6 janvier 2016]. Disponible à : http://www.catie.ca/sites/default/files/Shifting_the_paradigm_STOP_October_FRENCH.pdf
39. Becker ML, Thompson LH, Pindera C, Bridger N, Lopez C, Keynan Y, et al. Feasibility and success of HIV point-of-care testing in an emergency department in an urban Canadian setting. *Can J Infect Dis Med Microbiol J Can Mal Infect Microbiol Médicale AMMI Can*. 2013;24(1):27–31.
40. Georgia Department of Health. Ongoing HIV Risk Behaviors in Metropolitan Atlanta: Preliminary Data from the National HIV Behavior Surveillance (NHBS) System, Men who have Sex with Men (MSM2) [Internet]. 2010. Disponible à : https://dph.georgia.gov/sites/dph.georgia.gov/files/related_files/site_page/MSM2-Ongoing%20HIV%20Risk%20Behaviors-082211.pdf
41. Centers for Disease Control and Prevention. Use of social networks to identify persons with undiagnosed HIV infection – Seven U.S. Cities. 2005 Jun.
42. Centers for Disease Control and Prevention. HIV Testing at CDC Funded Sites, United, States, Puerto Rico and the U.S. Virgin Islands, 2011. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2013 Nov.
43. Sullivan PS, Wall KM, O'Hara B, Jones J, Barnes J, DiClemente R, et al. The prevalence of undiagnosed HIV serodiscordance among male couples presenting for HIV testing. *Arch Sex Behav*. 2014 Jan;43(1):173–80.
44. Gilbert M, Cook D, Steinberg M, Kwag M, Robert W, Doupe G, et al. Targeting screening and social marketing to increase detection of acute HIV infection in men who have sex with men in Vancouver, British Columbia: AIDS. 2013 Oct;27(16):2649–54.
45. Gahagan J, Condran B, Hajizadeh M. HIV Point-of-Care Testing (POCT) in Canada: Action Plan 2015-2020 [Internet]. Halifax, Nova Scotia; 2015 Dec. Disponible à : <http://pacificaidnetwork.org/wp-content/uploads/2015/12/National-HIV-POCT-Action-Plan-english-web.pdf>
46. Gaydos CA, Solis M, Hsieh Y-H, Jett-Goheen M, Nour S, Rothman RE. Use of tablet-based kiosks in the emergency department to guide patient HIV self-testing with a point-of-care oral fluid test. *Int J STD AIDS*. 2013 Sep;24(9):716–21.
47. AIDS Calgary Awareness Association. Position Statement: HIV Testing.
48. Broeckaert L. Le dépistage du VIH à domicile : bienfaits potentiels et préoccupations actuelles. Point de mire sur la prévention de CATIE [Internet]. Printemps 2014; Disponible à : <http://www.catie.ca/fr/pdm/printemps-2014/depistage-vih-domicile-bienfaits-potentiels-preoccupations-actuelles>
49. Pilcher CD, Louie B, Facente S, Keating S, Hackett J, Vallari A, et al. Performance of Rapid Point-of-Care and Laboratory Tests for Acute and Established HIV Infection in San Francisco. Pant Pai N, editor. *PLoS ONE*. 2013 Dec 12;8(12):e80629.
50. Asghari S, Minichiello A, Maybank A, Swab M, Marshall Z, Schwandt M, et al. HIV Point-of-Care Testing in Canadian Settings: A Scoping Review [Internet]. 2015. Disponible à : <http://www.reachprogramscience.ca/wp-content/uploads/2015/06/POCT-Canada-Summary-Sheet-V7.pdf>
51. CATIE. Projet pilote d'offre de dépistage rapide et anonyme du VIH au point de service en prison [Internet]. 2014. Disponible à :

- <http://www.catie.ca/fr/cnp/programme/poc-prisons>
52. Ken English, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. Personal Communication. 2016.
 53. Gallaher S, Higeli A. *New Approaches to HIV Testing*. In Toronto, Ontario: CATIE; 2015.
 54. Émond G, Fadel G, Otis J, Girard M-E, the Spot Project Research Team. SPOT-Montreal, a rapid HIV testing intervention for MSM in a community setting attracts a high proportion of MSM born outside of Canada (2010). In Saskatoon, Saskatchewan; 2010.
 55. Émond G, Otis J, Blais M, the SPOT Project Research Team. MSM not previously tested for HIV: baseline data from the SPOT Project (2010). In Toronto, Ontario; 2011.
 56. BC Centre for Disease Control. *Point of Care HIV Test Guidelines for Health Care Settings*. BC Centre for Disease Control; 2014 May. Report No.: Chapter 5.
 57. Buchner C. *New Approaches to HIV Testing*. In Toronto, Ontario: CATIE; 2015.
 58. Thumath M, Sandstra I, Forrest J. Implementation of a rapid referral pathway to HIV treatment for gay men and MSM diagnosed with acute HIV-infection in sexual health clinics in British Columbia. In: Program and abstracts. 2015.
 59. Fowler S, Lin A. *Making the Links: Referral to Care for the Recently Diagnosed*. In Toronto, Ontario; 2015.
 60. Hosein S. L'Agence de la santé publique du Canada recommande la promotion du dépistage du VIH dans le cadre des soins de santé réguliers. *Nouvelles CATIE* [Internet]. 2013 May 9; Disponible à : <http://www.catie.ca/fr/nouvellescatie/2013-05-09/lagence-sante-publique-canada-recommande-depistage-systematique-vih>
 61. POCT in Pharmacies Pilot Project Funded [Internet]. REACH 2.0. 2017. Disponible à : <http://www.reachprogramscience.ca/poct-in-pharmacies-pilot-project-funded/>
 62. Yang Q, Ogunnaike-Cooke S, Halverson J, et al. Estimated national HIV incidence rates among key sub-populations in Canada, 2014. In Winnipeg, Canada; 2016.
 63. Ha S, Paquette D, Tarasuk J, Dodds J, Gale-Rowe M, Brooks JI, et al. A systematic review of HIV testing among Canadian populations. *Can J Public Health Rev Can Santé Publique*. 2014 Feb;105(1):e53-62.
 64. O'Byrne P, MacPherson P, Ember A, Grayson M-O, Bourgault A. Overview of a gay men's STI/HIV testing clinic in Ottawa: clinical operations and outcomes. *Can J Public Health Rev Can Santé Publique*. 2014 Oct;105(5):e389-394.
 65. Piot P, Abdool Karim SS, Hecht R, Legido-Quigley H, Buse K, Stover J, et al. Defeating AIDS—advancing global health. *The Lancet*. 2015 Jul;386(9989):171–218.
 66. Rourke S, Bacon J, McGee F, Gilbert M. Tackling the social and structural drivers of HIV in Canada. *Can Commun Dis Rep* [Internet]. 2015 Dec 3;41(12). Disponible à : <http://phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/15vol41/dr-rm41-12/ar-03-eng.php>
 67. Traversy G, Austin T, Timmerman K, Gale-Rowe M. An overview of recent evidence on barriers and facilitators to HIV testing. (*Canada Communicable Disease Report CDR*).
 68. Prestage G, Brown G, Keen P. Barriers to HIV testing among Australian gay men. *Sex Health*. 2012; 9(5):453.
 69. Mill J, Archibald C, Wong T, Jackson R, Worthington C, Myers T, et al. *The Diagnosis and Care of HIV Infection in Canadian Aboriginal Youth*. Canadian Aboriginal AIDS Network; 2008 Jan.
 70. CACVO. *Stratégie ontarienne sur le VIH/sida dans les communautés africaines, caraïbéennes et noires 2013-2018* [Internet]. Conseil des Africains et Caraïbeens sur le VIH/SIDA en Ontario (CACVO); 2013. Disponible à : http://www.accho.ca/Portals/4/documents/resources/ACB_Strategy_Web_Oct2013_Fr.pdf
 71. Smith LA, Andrews J. *Know your Status Project: HIV Case Management as a Model of Improvement of Quality of Care*. In Regina, SK; 2013. Disponible à : <http://www.slideshare.net/SaskQualitySummit/know-your-status-project>
 72. CATIE. *Le VIH au Canada : Guide d'introduction pour les fournisseurs de services : La criminalisation de la non-divulgaration du VIH* [Internet]. Réseau canadien d'info-traitements sida; 2015. Disponible à : <http://www.catie.ca/fr/vih-canada/4/4-1/4-1-2>

73. Bureau du sida, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Ontario HIV Testing Frequency Guidelines: Guidance for Counselors and Health Professionals [Internet]. Toronto, Canada; 2012 Apr. Disponible à : <http://www.catie.ca/sites/default/files/HIV-testing-frequency-guidelines.pdf>
74. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé [Internet]. 2013. Disponible à : <http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/heia/testimonials.aspx>
75. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement [Internet]. Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada; 2016. Disponible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-2-fra.php#a9>
76. BC Centre for Disease Control. Communicable Disease Control Manual Chapter 5 – Sexually Transmitted Infections. Guidelines for Testing, Follow up, and Prevention of HIV [Internet]. Vancouver, BC; 2016 Oct. Disponible à : http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Communicable-Disease-Manual/Chapter%20%20-%20STI/HIV_Guidelines_Testing_FollowUp_Prevention.pdf
77. April MD. Rethinking HIV exceptionalism: the ethics of opt-out HIV testing in sub-Saharan Africa. *Bull World Health Organ*. 2010 Sep 1;88(9):703–8.
78. RCAS. Assessing Community Readiness & Implementing Risk Reduction Strategies: Manual. Le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS); 2012.
79. Tri-Ethnic Center for Prevention Research. Community Readiness for Community Change [Internet]. Colorado State University; 2014. Disponible à : http://triethniccenter.colostate.edu/docs/CR_Handbook_8-3-15.pdf
80. Organisation mondiale de la Santé. Autotest du VIH [Internet]. 2017. Disponible à : <http://www.who.int/hiv/topics/self-testing/fr/>
81. Steben M. Big Picture: Self-Directed Approaches. In Toronto, Canada; 2016.
82. Michigan State University. Best Practice Briefs. 1998 1999; Brief No. 3.
83. Kretzmann JP, McKnight JL. Building communities from the inside out: a path toward finding and mobilizing a community's assets. Evanston, Ill.: Center for Urban Affairs and Policy Research, Northwestern University; 1993.