



Canadian Treatment Action Council

**Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements  
Sommet de recherche sur les co-infections VIH/VHB/VHC  
les 30 et 31 octobre 2010  
Toronto, Ontario**

**PLAN D'ACTION SUR LA RECHERCHE  
EN MATIÈRE DE CO-INFECTIIONS VIH**

**janvier 2011**

## TABLE DES MATIÈRES

<b>LETRE DE LA COPRÉSIDENTE.....</b>	<b>1</b>
<b>SECTION 1: INTRODUCTION.....</b>	<b>2</b>
1.1 BUTS ET OBJECTIFS DU SOMMET .....	2
1.2 SURVOL DU SOMMET.....	2
<b>SECTION 2: PLAN D'ACTION SUR LA RECHERCHE MATIÈRE DE CO-INFECTIONS VIH .....</b>	<b>4</b>
2.1 PRINCIPES DIRECTEURS POUR LA RECHERCHE SUR LES CO-INFECTIONS VIH.....	4
2.2 POPULATIONS PRIORITAIRES ET CONTEXTES.....	5
2.3 RECHERCHE CLINIQUE ET ÉPIDÉMIOLOGIQUE .....	6
2.4 MODÈLES DE PRESTATION DES SOINS ET DES SERVICES.....	7
2.5 RECHERCHE SOCIOCOMPORTEMENTALE .....	8
2.6 DE LA RECHERCHE À L'ACTION.....	9
2.7 CONCLUSION .....	9
<b>ANNEXE A.....</b>	<b>10</b>
<b>ANNEXE B.....</b>	<b>11</b>
<b>ANNEXE C .....</b>	<b>12</b>
<b>ANNEXE D .....</b>	<b>13</b>
<b>ANNEXE E.....</b>	<b>14</b>
<b>ANNEXE G.....</b>	<b>17</b>

## LETTRE DE LA COPRÉSIDENTE...

Le 1<sup>er</sup> Sommet canadien de recherche sur les co-infections VIH/VHB/VHC s'est tenu les 30 et 31 octobre 2010 à Toronto. Le sommet a été organisé par le Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements (CCSAT) en partenariat avec ses bailleurs de fonds et organismes de soutien (Annexe A), dont : l' Ontario HIV Treatment Network (OHTN), les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), la Société canadienne de l'hémophilie, le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS), le Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE), Merck, Gilead Sciences, le MAC AIDS Fund, le Bureau de lutte contre le sida, l'Agence de la santé publique du Canada, ainsi que des chercheurs et des organismes communautaires.

Cette initiative avait pour but de réunir un groupe très diversifié d'acteurs pertinents pour identifier et combler les lacunes de la recherche, des soins, du traitement et du soutien en matière de co-infection. Elle a été dirigée par les coprésidents du sommet, Colleen Price, la Dre Marina Klein et Randy Jackson et les comités suivants : planification centrale, planification du programme, invitations et bourses et groupe de travail autochtone (voir l'Annexe B). Leur travail a été rendu possible grâce au soutien continu de leurs partenaires et des acteurs concernés.

Cette réunion multidisciplinaire historique a assuré la participation égale de personnes vivant avec le VIH et la co-infection au VHB ou au VHC, d'omnipraticiens, d'hépatologues, de gastroentérologues, d'épidémiologistes et d'autres personnes s'intéressant aux défis scientifiques et thérapeutiques considérables que doivent relever les personnes vivant avec une co-infection. On trouvait aussi au nombre des participants des intervenants de première ligne, des employés du gouvernement, d'organismes communautaires et d'établissements correctionnels et des représentants de l'industrie pharmaceutique.

Chaque délégué a participé pleinement à l'examen des dernières données de recherche, afin de pouvoir reconnaître et décrire les lacunes de la recherche qu'on doit combler pour orienter la prise en charge clinique, l'élaboration de politiques et la prestation des services.

Grâce à l'apport de 92 délégués de partout au Canada, le CCSAT et ses partenaires ont réussi à identifier des lacunes dans les connaissances actuelles et à formuler des questions de recherche préliminaires dans chacun des cinq volets suivants : (1) recherche clinique et épidémiologique; (2) prestation des services cliniques; (3) recherche sociocomportementale; (4) prestation des services de soutien; et (5) recherche en matière de politiques sociales.

Le Plan d'action qui a vu le jour lors du sommet décrit clairement les « prochaines étapes » que devrait suivre la recherche au Canada.

Dans l'ensemble, le 1<sup>er</sup> Sommet canadien de recherche sur les co-infections VIH/VHB/VHC a été jugé un succès quant à l'atteinte de son objectif principal, qui consistait à réunir un groupe diversifié d'acteurs pertinents pour se pencher sur les questions complexes liées à la co-infection VIH/hépatite. On élabore actuellement des plans pour assurer le transfert des connaissances et l'échange continu de l'information discutée lors du sommet. Tout le monde s'accordait à dire que des connaissances utiles concernant l'avenir de la recherche ont été générées grâce à la collaboration des représentants communautaires et des autres acteurs clés, dont les experts en matière de recherche et d'élaboration de politiques.

Ce qui suit est un rapport sur le 1<sup>er</sup> Sommet canadien de recherche sur les co-infections VIH/VHB/VHC et le Plan d'action qui a été développé grâce aux efforts concertés de tous les participants. Nous espérons que vous le trouverez utile et que vous y contribuerez par votre travail afin d'en faire un document vivant qui nous aidera à veiller aux soins des personnes vivant avec une co-infection. Le rapport est également disponible en ligne à <http://www.ctac.ca/en/issues/hivhcv-co-infection>.

Colleen Price

Coprésidente, 1<sup>er</sup> Sommet canadien de recherche sur les co-infections VIH/VHB/VHC

Présidente : Groupe de travail sur le VIH et l'hépatite du CCSAT

Secrétaire du conseil d'administration du CCSAT

## SECTION 1: INTRODUCTION

Le Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements (CCSAT) et ses partenaires ont organisé le 1<sup>er</sup> Sommet canadien de recherche sur les co-infections VIH/VHB/VHC en octobre 2010. Le sommet a réuni 92 délégués (Annexe C) de partout au Canada, y compris des chercheurs, des cliniciens, des personnes co-infectées par le VIH et l'hépatite, des fournisseurs de services et des représentants du gouvernement. Le sommet a consisté en un atelier hautement interactif de deux jours qui comportait cinq volets :

1. Recherche clinique et épidémiologique
2. Prestation des services cliniques
3. Recherche sociocomportementale
4. Prestation des services de soutien
5. Recherche en matière de politiques sociales

### 1.1 BUTS ET OBJECTIFS DU SOMMET

Le sommet n'a pas été conçu uniquement pour faciliter l'échange de données de recherche sur la co-infection; il avait plutôt pour but ambitieux de passer à l'action et de développer un Plan d'action sur la recherche en matière de co-infections VIH par le biais de consultations exhaustives auprès des nombreux acteurs concernés pour aider à orienter le programme de recherche sur les co-infections. Le sommet avait pour but de réunir de partout au Canada des chercheurs et des membres de la communauté concernés par la problématique de la co-infection pour :

- Revoir les données les plus récentes sur l'épidémiologie des co-infections VIH/VHB/VHC;
- Revoir les recherches actuelles dans les cinq volets couverts par le sommet;
- Formuler des questions de recherche pertinentes à court et à moyen terme susceptibles d'intéresser chaque groupe représenté au sommet et se rapportant à chacun des volets et proposer des protocoles et des processus de recherche (p. ex., le Plan d'action sur la recherche en matière de co-infections VIH).

En plus d'organiser le sommet et d'élaborer le Plan d'action sur la recherche en matière de co-infections VIH, le CCSAT et le Comité de planification central sont déterminés à mettre en œuvre une stratégie exhaustive de transfert des connaissances (Annexe D) pour assurer la participation continue de tous les groupes concernés, ainsi que la dissémination efficace des données.

### 1.2 SURVOL DU SOMMET

Le travail du CCSAT est ancré dans une approche communautaire, comme l'atteste la description suivante : « organisme national dirigé par des personnes vivant avec le VIH-sida, le **Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements (CCSAT)** fait la promotion de l'éducation publique et de politiques gouvernementales éclairées. Il vise aussi à sensibiliser le public aux questions liées à l'accès aux traitements et aux soins de santé des personnes vivant avec le VIH-sida et celles co-infectées. »<sup>1</sup> Compte tenu de cette approche, il était important que le Plan d'action soit développé par le biais de consultations exhaustives auprès d'un grand nombre d'acteurs de différents milieux.

Un atelier interactif a été développé avec le soutien d'un animateur professionnel afin d'assurer la pleine participation des délégués à l'examen de la recherche actuelle, à l'identification des lacunes et à la formulation de questions de recherche prioritaires (voir l'Annexe E pour une description détaillée du processus).

*« [Le sommet a été] très interactif et la participation générale; beaucoup de bon travail en peu de temps » ~ Participant*

Pour chacun des cinq volets du sommet, un panel de présentateurs ont fait un survol de l'état actuel de la recherche sur les co-infections VIH. Tous les participants ont ensuite travaillé en petits groupes afin d'identifier des lacunes et de formuler des questions de recherche importantes. Ensuite, toutes les questions

---

<sup>1</sup> [www.ctac.ca/fr/accueil](http://www.ctac.ca/fr/accueil)

ont été affichées dans une pièce pour permettre à l'ensemble des participants de rassembler les questions selon les thèmes qu'ils voyaient émerger. Les participants ont ensuite réintégré leurs petits groupes pour discuter des questions thématiques et en sélectionner les plus pertinentes.

De cette manière, les participants ont établi une série de 34 questions clés (Annexe F) pour chacun des volets de recherche à partir de près de 200 questions (Annexe G) soulevées lors du remue-méninges initial. Lors de la dernière session du sommet, les participants ont examiné les 34 questions afin d'établir des priorités et des enjeux d'importance.

Le processus employé lors du sommet a très bien réussi à assurer la participation des différents acteurs au développement d'un programme de recherche sur les co-infections VIH. Toutefois, un problème significatif a été soulevé lors de la session finale du sommet, à savoir que certains enjeux et priorités particuliers semblent avoir été perdus lors du processus de sélection des questions de recherche clés. Par exemple, comme le processus consistait parfois à regrouper des questions se rapportant à des populations à risque élevé spécifiques, l'accent qu'il aurait fallu mettre sur certaines communautés a été perdu. De plus, même si certains enjeux clés ont été abordés par presque tous les groupes, ils ne figuraient guère dans la liste de questions clés finales.

*« Il y a des thèmes différents qui ont disparu lorsqu'on formulait les questions centrales, mais ils sont encore là, je crois. » ~ Participant*

De façon semblable, en tentant de cerner une ou deux questions déterminantes pour chaque série de questions thématiques, on a souvent rendu les questions plus générales et moins spécifiques.

*«... lors des discussions en petits groupes, un grand nombre de questions de recherche spécifiques ont été générées. Le processus qu'on a suivi pour distiller les questions et en choisir quelques-unes de large portée a nécessairement donné lieu à une liste de questions de recherche générales et non spécifiques. » ~ Participant*

Afin de consolider ce processus, de profiter de l'abondance d'informations recueillies et de relever certains des défis identifiés lors de la priorisation des questions de recherche, on a entrepris une analyse secondaire. Suite à l'analyse des contenus, toutes les questions formulées lors du remue-méninges ont été examinées et catégorisées selon des thèmes de portée générale. Certains des thèmes avaient été identifiés par les participants lors des discussions tenues durant la session finale, qui a été enregistrée et transcrite, et des thèmes émergents additionnels ont été identifiés.

Les questions ont été codées selon les thèmes clés soulevés et, si nécessaire, certaines d'entre elles ont été placées dans plus d'une catégorie. Lorsque toutes les questions avaient été codées, on les a examinées de nouveau et des codes ou sous-codes additionnels ont été identifiés. Chaque code thématique a ensuite été examiné et comparé aux autres codes afin de reconnaître des points en commun ou des intersections qui suggéraient l'existence de catégories ou de regroupements plus larges.

Selon l'évaluation effectuée après le sommet, plus de 80 % des participants qui ont rempli l'évaluation (n=52) ont qualifié le sommet de bon (12 %), de très bon (39%) ou d'excellent (32%). Les participants semblent avoir apprécié le programme et le processus d'animation, particulièrement pour les efforts déployés pour solliciter la participation de tous les délégués.

*« Le côté multidisciplinaire et multisectoriel et l'accent mis sur l'apport de tous [ont été les forces du sommet]. » ~ Participant*

*« Beaucoup d'information et de perspectives utiles sur l'épidémiologie, les services, la recherche et les politiques. Cela a donné lieu à ce qui sera d'après moi un programme de recherche très utile. » ~ Participant*

## SECTION 2: PLAN D'ACTION SUR LA RECHERCHE MATIÈRE DE CO-INFECTIIONS VIH

Le Plan d'action sur la recherche en matière de co-infections VIH a été conçu pour orienter le programme de recherche en cette matière et pour guider les chercheurs, la communauté et les autres groupes impliqués dans la recherche sur les co-infections VIH et le soutien aux personnes touchées. Le Plan d'action a été développé à partir des commentaires et suggestions faits par des chercheurs, des fournisseurs de services, des cliniciens, des personnes co-infectées et des représentants gouvernementaux réunis pour un sommet de deux jours.

### 2.1 PRINCIPES DIRECTEURS POUR LA RECHERCHE SUR LES CO-INFECTIIONS VIH

Trois thèmes de portée générale ont émergé lors du sommet. Ces thèmes permettaient de cerner des approches, des valeurs ou des principes directeurs pour la recherche sur les co-infections VIH. Les trois thèmes ont été mis en évidence lors des discussions tenues dans chacun des cinq volets du sommet. Même si on les nomme séparément ici, ces thèmes sont en réalité interreliés.

Les principes directeurs sont les suivants :

1. Inclusion significative, autonomisation et respect
2. Action/recherche axée sur le changement
3. Responsabilité

#### ***Inclusion significative, autonomisation et respect***

Le thème de l'inclusion significative a été soulevé lors de toutes les discussions et dans chacun des cinq volets du sommet. Il a même été mis en évidence dans les questions centrales générées par le processus d'animation. Les participants ont posé des questions comme les suivantes :

*Comment réussir à prendre contact avec nos clients pour déterminer quels services et soutiens leur seraient utiles...? Comment améliorer l'inclusion de populations spécifiques à la... collecte de données épidémiologiques et cliniques ? Comment s'assurer que... les interventions répondent aux besoins des populations cachées ? Comment inclure... différentes populations et acteurs clés (communauté, décideurs de politiques, chercheurs, personnes co-infectées) pour élargir la définition de la médecine fondée sur des preuves...?*

On a jugé nécessaire d'assurer l'inclusion significative, à toutes les étapes, des personnes co-infectées ou à risque de co-infection, ce qui a mis en évidence le besoin d'une approche de recherche communautaire. Les personnes touchées par la co-infection doivent participer à l'établissement des priorités et questions de recherche, à l'élaboration des projets de recherche, au développement et à l'évaluation des interventions - y compris services cliniques, de soutien et de traitement - et à la mise en application des données de recherche pour faire de la sensibilisation et amener le changement au niveau des politiques et des programmes.

*«...on examine toutes les raisons qui empêchent les gens d'obtenir le traitement dont ils besoin. Alors, il s'agit encore une fois de connaître la population et la communauté auprès desquelles on travaille, ainsi que de connaître leurs besoins et les causes profondes de leurs problèmes. Comment le sait-on ? Comment bâtir ses programmes en conséquence ? Il faut impliquer la population à risque. » ~ Participant*

#### ***Action/recherche axée sur le changement***

Le thème du besoin d'action ou de changement né de la recherche a été commun aux cinq volets du sommet. Même si ce thème était particulièrement saillant dans un volet spécifique du sommet - recherche en matière de politiques sociales -, il a été mis en évidence lors des discussions tenues dans les autres volets aussi.

*Comment pouvons-nous... obtenir les outils nécessaires pour sensibiliser le public et réduire la stigmatisation systémique et interiorisée ? Pourquoi les données actuelles n'ont-elles pas été*

*transformées en politiques efficaces ? Comment incorporer les résultats d'une recherche fondée sur l'évaluation de l'accès de nos clients aux services de soutien ?*

Les participants ont posé de beaucoup de questions sur l'application de la recherche; pourquoi, par exemple, la recherche donne-t-elle si peu de résultats en termes de changements réels au niveau des politiques et des pratiques ? Il est clairement ressorti que la question de l'application est un principe directeur important pour la recherche sur les co-infections.

*« C'est intéressant parce que c'est une idée axée sur l'action, et c'est cela qui nous enthousiasme... Il est question d'élargir la définition des preuves et de les transformer en action. L'idée de passer à l'action est très importante pour beaucoup d'entre nous. » ~ Participant*

La recherche ne doit pas être réalisée à la seule fin de poser des questions; elle devrait plutôt s'intégrer dans un processus qui inclut la traduction et la mobilisation des connaissances afin d'influencer les politiques et les programmes ayant un impact sur la vie des personnes co-infectées ou à risque.

*« J'aimerais simplement trouver un moyen de reconnaître les politiques nuisibles qui ont des effets pervers et les changer. Pour moi, c'est un thème de grande importance... on a des tonnes de données et de preuves... qu'on s'en serve. » ~ Participant*

## **Responsabilité**

Il a émergé un troisième thème clair lors du sommet : la responsabilité des chercheurs, des décideurs de politiques et des fournisseurs de services. Beaucoup de questions ont été posées à ce propos :

*Comment rendre tous les niveaux de gouvernement et tous les fournisseurs de services... responsables du manque de services accessibles et efficaces ? Comment favoriser l'élaboration de politiques pertinentes, proactives et efficaces... tout en assurant la responsabilité ? Pourquoi les preuves actuelles n'ont-elles pas été transformées en politiques efficaces ?*

On devrait obliger les équipes de recherche à répondre de leurs activités afin de s'assurer que leur travail soit pertinent et qu'il inclue des personnes co-infectées ou à risque. Elles devraient aussi répondre de l'utilité de leur recherche et s'assurer qu'elle soit utilisée de manière à favoriser le changement. De plus, on devrait tenir les décideurs de politiques et les fournisseurs de services responsables de leurs prises de décisions relatives aux politiques et aux programmes, afin que ceux-ci soient fondés sur des preuves et la consultation de personnes co-infectées ou à risque.

## **2.2 POPULATIONS PRIORITAIRES ET CONTEXTES**

On a identifié plusieurs populations et contextes prioritaires en se fondant sur les preuves existantes quant à la dynamique des co-infections et à l'incidence et à la prévalence disproportionnées de celles-ci dans certaines communautés. Les questions de recherche et les priorités fixées par chaque groupe se ressemblaient, peu importe le volet de recherche. Elles mettaient l'accent sur : l'importance de stratégies visant l'implication significative des populations; le besoin de données épidémiologiques spécifiques; le besoin de comprendre les déterminants de la co-infection dans un contexte culturel ou une population spécifique; le besoin d'éliminer les barrières à l'accès au soutien et aux services et le besoin de soutiens et de services appropriés. Les questions se rapportant à l'établissement des priorités se ressemblaient dans les différents volets de recherche.

### **Populations prioritaires**

- *Communautés autochtones*
- *Utilisateurs de drogues, injectables ou autres*
- *Personnes atteintes de maladies concomitantes*
- *Personnes vivant déjà avec une co-infection*
- *Communautés ethnoculturelles*
- *Communautés trans*
- *Femmes*
- *Jeunesse*

- *HRSH et hommes gais*

*« On n'a pas répondu au besoin de cibler des sous-groupes spécifiques afin de mieux comprendre la progression de la maladie, de mieux orienter les interventions préventives et thérapeutiques et de fournir des services cliniques efficaces; on parlait à cet égard de diverses populations comme les Autochtones, les communautés culturelles et les jeunes de la rue, par exemple. L'importance de tenir compte des différences entre les sexes a été soulignée aussi. » ~ Participant*

*« Il n'y aura pas d'avenir sans co-infections; nous devons donc refaçonner en conséquence nos approches de recherche et sa traduction en politiques, en pratiques cliniques et en travail communautaire. J'ai retenu un message urgent, à savoir qu'il faut intégrer la co-infection VIH/VHC dans un plan de recherche, d'éducation et de soins axé sur la santé des hommes gais. » ~ Participant*

## **Contextes prioritaires**

- *Prisons*
- *Communautés rurales et éloignées*

*« Il y un besoin aigu de recherche à tous les niveaux dans les régions à l'extérieur des grands centres urbains, particulièrement dans les provinces atlantiques et des prairies. » ~ Participant*

## **2.3 RECHERCHE CLINIQUE ET ÉPIDÉMIOLOGIQUE**

Les informations recueillies dans le volet de recherche épidémiologique convergeaient avec plusieurs autres thèmes et enjeux, mais quatre thèmes pertinents en particulier en ont émergé.

### **Surveillance**

*Comment améliorer la surveillance ? Comment la déclaration des cas peut-elle être améliorée pour assurer la fiabilité des données et identifier des populations spécifiques ? Quel impact le « co-dépistage » systématique aurait-il sur la déclaration et la prévention des cas de co-infection ?*

Plusieurs questions ont permis de souligner le besoin d'améliorer la surveillance, non seulement de la co-infection VIH/VHC mais aussi de la co-infection VIH/VHB. Cela aiderait à assurer l'uniformité et la comparabilité des données à l'échelle du Canada. Une meilleure surveillance aiderait aussi à améliorer la déclaration des cas en tenant compte de différents facteurs démographiques et sous-populations, ainsi que la déclaration des décès attribuables à la co-infection. Le concept de « co-dépistage » systématique du VIH et du VHC a été discuté, compte tenu des facteurs de risque en commun, comme moyen d'améliorer la surveillance et la déclaration des cas de co-infection et pour son potentiel pour la prévention des co-infections.

### **Progression de la maladie**

*Quel impact la co-infection a-t-elle sur le foie à court et à long terme ? Comment réussir à ralentir le déclin du foie ? Quels sont les déterminants génétiques et culturels de la progression de la maladie ?*

La question de la progression des maladies du foie a suscité beaucoup d'intérêt. On a posé des questions sur l'impact à court et à long terme des co-infections sur le foie, ainsi que sur les interventions susceptibles de ralentir la progression de l'insuffisance hépatique. On a aussi mis l'accent sur l'examen des déterminants génétiques, culturels, démographiques et environnementaux de la progression.

### **Transmission sexuelle du VHC**

*De quelle façon précise la transmission sexuelle a-t-elle lieu ? Quelle est la fréquence de la transmission sexuelle; combien de HRSH gais ont été infectés de cette manière ?*

Bien que plusieurs ne considèrent pas le VHC comme une infection transmissible sexuellement, cette question a fait l'objet de beaucoup de discussions. Il semble nécessaire de mieux comprendre cette question, particulièrement en ce qui concerne les personnes déjà vivant avec le VIH. Le progrès à cet égard passera par la surveillance et la déclaration des cas.

### **Traitement**

*Quelles sont les lignes directrices thérapeutiques les plus à jour ? Comment inciter plus de gens à suivre le traitement et à améliorer l'adhésion à la thérapie ? Quelles interactions médicamenteuses doivent être envisagées ?*

Le besoin de lignes directrices thérapeutiques à jour a beaucoup figuré dans les discussions. La question de l'amorce du traitement et de l'adhésion a été soulevée à maintes reprises. On a aussi souligné le besoin de comprendre les interactions entre les traitements pharmacologiques et avec les drogues, compte tenu des facteurs de risque de co-infection. Il faut faire de la recherche sur le traitement des personnes sous méthadone et celles vivant avec des maladies concomitantes, ainsi que sur les stratégies susceptibles d'inciter les patients à suivre le traitement jusqu'au bout, la prévention des rechutes et les stratégies visant les personnes non traitées.

## **2.4 MODÈLES DE PRESTATION DES SOINS ET DES SERVICES**

On a présenté des données de recherche sur la prestation des services cliniques et de soutien dans deux volets particuliers du sommet. même si des questions à cet égard ont été soulevées fréquemment. Un thème clair a émergé, soit le besoin de services intégrés et de modèles de soins novateurs.

*«...pourquoi les recherches sur la prestation des services cliniques, les comportements sociaux et les services de soutien se font-elle séparément ? Tous ces éléments se rapportent à la même personne. » ~ Participant*

Compte tenu de cette question, nous avons intégré les questions se rapportant aux priorités de la recherche dans une seule section concernant l'examen des modèles de soins et de prestation des services, plutôt que de les répartir selon des types de services et de soutien particuliers.

### **Modèles de soins intégrés**

*Comment mieux intégrer tous les services de soutien afin d'atténuer l'impact des déterminants sociaux de la santé ? Quel est l'impact de l'approche holistique – santé mentale, physique, émotionnelle et spirituelle ? Comment développer des modèles de soins qui incorporent l'intégration de la santé mentale, des dépendances et des maladies concomitantes pour soutenir les personnes vivant avec une co-infection ? Comment intégrer le modèle de soins médicaux et les soins communautaires pour faciliter la vie des patients ?*

En ce qui concerne la prestation des services cliniques et de soutien, beaucoup de discussions ont porté sur la détermination de modèles de soins efficaces. Comme nous l'avons mentionné, l'intégration a été un thème central, c'est-à-dire comment pourrait-on mieux intégrer les différents types et niveaux de soins, de traitement et de soutien pour mieux répondre aux besoins des personnes vivant avec une co-infection ?

Les participants ont souligné l'importance des modèles de soins multidisciplinaires et holistiques qui abordent aussi les problèmes sous-jacents et les causes profondes de la co-infection, notamment les problèmes de santé mentale et la toxicomanie. Les modèles de soins holistiques qui tiennent compte des besoins fondamentaux et des déterminants de la santé ont suscité de l'intérêt aussi.

*« Il existe des comorbidités importantes, notamment les problèmes de santé mentale et les dépendances, qui constituent des obstacles à la prestation efficace des soins et des services liés au VHC. Des modèles novateurs... qui tiennent compte des comorbidités doivent être développés – à mon avis, c'est un facteur important en ce qui concerne le traitement de l'hépatite et des soins. » ~ Participant*

### **Améliorer l'accès**

Le thème de l'accès a aussi été abordé lors de la discussion sur la prestation des services et l'intégration des modèles de soins; spécifiquement, on voulait savoir comment améliorer l'accès et réduire les barrières aux soins, au traitement et au soutien.

*« Toute chose qui permet d'éliminer des barrières s'applique à tous les [volets de recherche]. Toute recherche qui aborderait cette question serait donc d'une grande importance pour chacun des volets. » ~ Participant*

Faisant écho aux discussions sur les principes directeurs et les populations prioritaires, beaucoup de questions ont porté sur l'importance de faire participer les personnes co-infectées au développement de soutiens et de services appropriés, notamment pour rejoindre les populations mal desservies. De façon semblable, nombre de discussions ont mis l'accent sur l'examen des modèles de soins, de traitement et de soutien susceptibles d'améliorer l'accès dans les régions rurales et éloignées et de favoriser la réintégration des anciens détenus dans la collectivité.

## **2.5 RECHERCHE SOCIOCOMPORTEMENTALE**

Même si de nombreuses discussions dans ce volet ont abordé les mêmes sujets que le volet de la prestation des services cliniques et de soutien, plusieurs autres thèmes importants ont été soulevés et devraient être soulignés comme questions prioritaires. On a reconnu le besoin de davantage de recherche sur les interventions, afin de déterminer celles qui marchent, celles qui ne marchent pas et celles qui constituent des meilleures pratiques et ce, dès le diagnostic jusqu'à la fin de la vie des personnes vivant avec le VIH et l'hépatite.

### ***Comprendre les contextes à risque***

Plutôt que de se concentrer sur les risques sur le plan individuel et les moyens de modifier les comportements, quelques discussions du sommet ont tenté d'éclairer la question des contextes à risque, c'est-à-dire, comment certains milieux et conditions contribuent-ils à la prise de risques ?

*« Dans le volet de recherche sociocomportementale, on met souvent l'accent sur les raisons qui poussent la personne à ne pas faire ce qu'il faut. Aller chez le médecin, se brosser les dents... manger une pomme. Pour moi, la question réside davantage dans le contexte du risque. Par exemple, selon nous, ce n'est pas le détenu lui-même qui constitue la chose à risque, c'est le fait qu'il n'ait pas accès à ce qu'il lui faut pour rester séronégatif et en santé... En réalité, c'est ce qu'on appelle un contexte à risque qui transcende un genre de processus de prise de décisions micro-cognitivo-comportemental. » ~ Participant*

Les prisons ont en effet été soulignées comme des contextes à risque lors du sommet. On les a identifiées comme une priorité de portée générale du fait de la prédominance de ce thème dans tous les volets. Les discussions sur les prisons ne se sont pas limitées à la question du risque, cependant, car la prestation des services, le traitement, l'amélioration de la surveillance, l'épidémiologie, la mobilisation des connaissances et le changement des politiques ont également suscité beaucoup d'intérêt.

La consommation de drogues a également été soulignée comme un contexte à risque. Bien qu'on en sache davantage sur les risques liés à l'injection intraveineuse de drogues, d'autres questions ont été soulevées aussi, notamment l'impact des drogues sur les comportements sexuels, la consommation de crack et son impact sur la santé buccale et l'injection intramusculaire de stéroïdes et d'autres produits de dopage.

### ***Stigmatisation et discrimination***

Le thème de la stigmatisation a été mentionné à répétition durant le sommet et a des implications pour tous les volets de recherche. La stigmatisation peut empêcher les gens de se faire tester et a donc un impact sur la surveillance et la déclaration des cas. Elle crée des barrières à l'accès aux soins, au traitement et au soutien, contribue aux problèmes d'adhésion au traitement et a des implications pour la mobilisation de la recherche.

*« Nous nous sommes aperçus que la stigmatisation et la discrimination servent en quelque sorte de moteur aux barrières idéologiques qui se produisent au niveau des politiques. » ~ Participant*

Lors des discussions, on a fait la distinction claire entre l'examen et la lutte contre la stigmatisation intériorisée – les expériences vécues par la personne co-infectée – et la stigmatisation généralisée ou systémique.

## ***Vieillir avec une co-infection***

Enfin, les discussions du sommet ont abordé en profondeur la question du vieillissement dans le contexte de la co-infection. Cette question semble devenir une priorité compte tenu du nombre croissant de survivants séropositifs à long terme, et la recherche à ce sujet doit être développée. En général, il faut mieux comprendre les implications du vieillissement pour les personnes co-infectées en ce qui concerne le traitement, les soins et le soutien.

## **2.6 DE LA RECHERCHE À L'ACTION**

Bien que les organisateurs du sommet aient consacré un volet spécifique à la recherche en matière de politiques sociales, la question de savoir comment traduire la recherche en changements de politiques et de pratiques a été soulevée dans les cinq volets. Ce thème a suscité tant d'intérêt qu'il a clairement émergé comme principe clé pour orienter la recherche dans ce domaine. Autrement dit, la recherche devrait être axée sur l'action, et son application devrait aller au-delà de la simple présentation des données pour chercher à avoir un impact sur les politiques et les pratiques. Cependant, même si ce thème a été reconnu comme un principe directeur de portée générale, plusieurs questions spécifiques ont également été soulevées.

### ***Vers des stratégies efficaces***

*Quelles sont les meilleures stratégies pour traduire la recherche en changements de politiques et de pratiques ? Quelles sont les barrières qui empêchent la recherche d'influencer les politiques et les pratiques et comment les surmonter ?*

On a établi une priorité claire qui consiste à identifier des modèles efficaces de traduction et d'échange des connaissances pour mettre les données de recherche en action. Le besoin de reconnaître les barrières au changement a également été souligné.

### ***Différents types de données/preuves***

Plusieurs stratégies méritent d'être explorées davantage afin de déterminer l'ampleur et la nature de l'impact qu'elles pourraient avoir. Elles comprennent une analyse coûts-avantages et l'examen d'histoires vraies, de témoignages et de cas d'études internationaux. On a également souligné le besoin d'élargir la définition du terme « preuves ».

### ***Travailler avec les différents acteurs***

Enfin, beaucoup de questions et de discussions ont porté sur l'implication des différents acteurs ou « agents du changement » pour étendre la portée de la recherche sur les co-infections et influencer son déroulement. Entre autres, il semble exister un besoin d'identifier les meilleurs agents du changement, ainsi que les meilleures méthodes pour assurer leur implication.

À cet égard, on a beaucoup parlé des médias et du grand public à titre d'agents importants du changement. Les médias pourraient aider à mieux renseigner le public et à combattre la stigmatisation et la discrimination, en plus de collaborer avec le public pour favoriser une bonne prise de décisions en matière de politiques gouvernementales.

## **2.7 CONCLUSION**

Le Sommet de recherche sur les co-infections VIH/VHB/VHC a été la première rencontre tenue au Canada à réunir des personnes concernées par cette question de partout au pays. Le sommet de deux jours a donné lieu au Plan d'action sur la recherche en matière de co-infections VIH, qui a été développé grâce à une approche novatrice axée sur la collaboration de chercheurs, cliniciens, représentants gouvernementaux, fournisseurs de services et personnes vivant avec une co-infection VIH. Conçu pour orienter le programme de recherche sur les co-infections VIH, le Plan d'action a été développé à l'intention des chercheurs, de la communauté et des autres acteurs pertinents s'intéressant à la recherche, aux programmes, aux services de soutien et aux politiques liés à la co-infection.

## ANNEXE A

### 1<sup>er</sup> Sommet canadien de recherche sur les co-infections VIH/VHB/VHC

Agence de la santé publique du Canada	Division du VHC, Division du VIH
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Ontario)	
Instituts de recherche en santé du Canada	 <b>CIHR IRSC</b> <small>Canadian Institutes of Health Research / Instituts de recherche en santé du Canada</small>
Ontario HIV Treatment Network	 <b>Ontario HIV Treatment Network</b>
* Gilead	 <b>GILEAD</b>
* Merck	 <b>MERCK</b>
MAC AIDS Fund	 <b>MAC AIDS FUND</b>
Société canadienne de l'hémophilie	 <b>Canadian Hemophilia Society</b> Help Stop the Bleeding
Canadian Aboriginal AIDS Network	

\* Financement sous forme de subvention éducative sans restrictions

## ANNEXE B

### 1<sup>er</sup> Sommet canadien de recherche sur les co-infections VIH/VHB/VHC

#### Comité de planification central

Claudia Medina	Margaret Akan
Colleen Price (coprésidente)	Marina Klein (coprésidente)
Curtis Cooper	Mark Ragan
Ed Jackson	Michel Long
Frank McGee	Randy Jackson (Co-Chair)
Jack Haight	Richard Baker
Jeff Potts	Ron Rosenes
John Plater	Samantha Earl
Lisa Mortell	Sean Rourke
Louise Binder	Sheldon Joseph

#### Comité de planification du programme

Claudia Medina	Mark Ragan
Colleen Price (coprésidente)	Margaret Akan
Curtis Cooper	Marina Klein (coprésidente)
Gerald Morin	Randy Jackson (coprésident)
John Plater	Ron Rosenes
Sean Rourke	

#### Comité des invitations et des bourses

Colleen Price (coprésidente)	Richard Baker
Ed Jackson	Ron Rosenes
Lisa Mortell	Sean Rourke
Michel Long	Sheldon Joseph

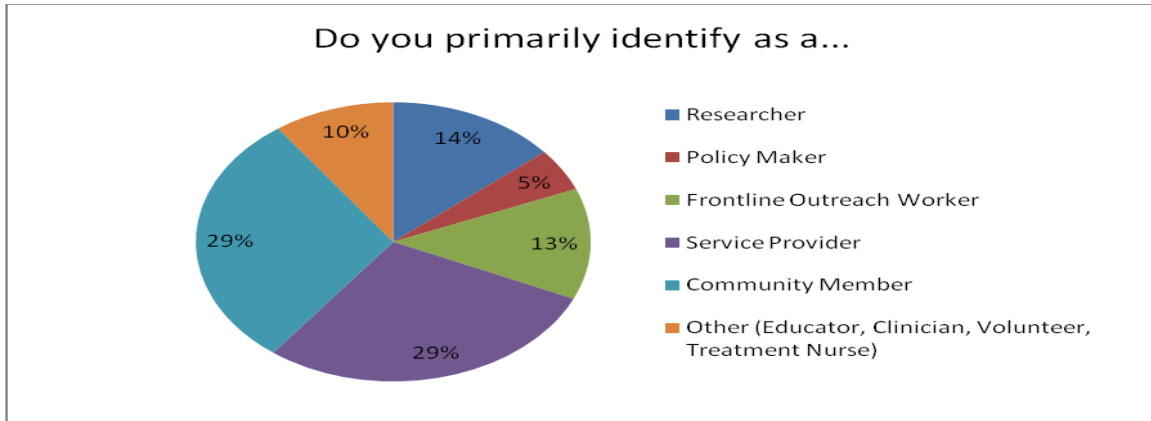
#### Groupe de travail autochtone

Colleen Price (coprésidente)	Lisa Mortell
Gerald Morin	Margaret Akan
Jack Haight	Randy Jackson (coprésident)
Sheldon Joseph	

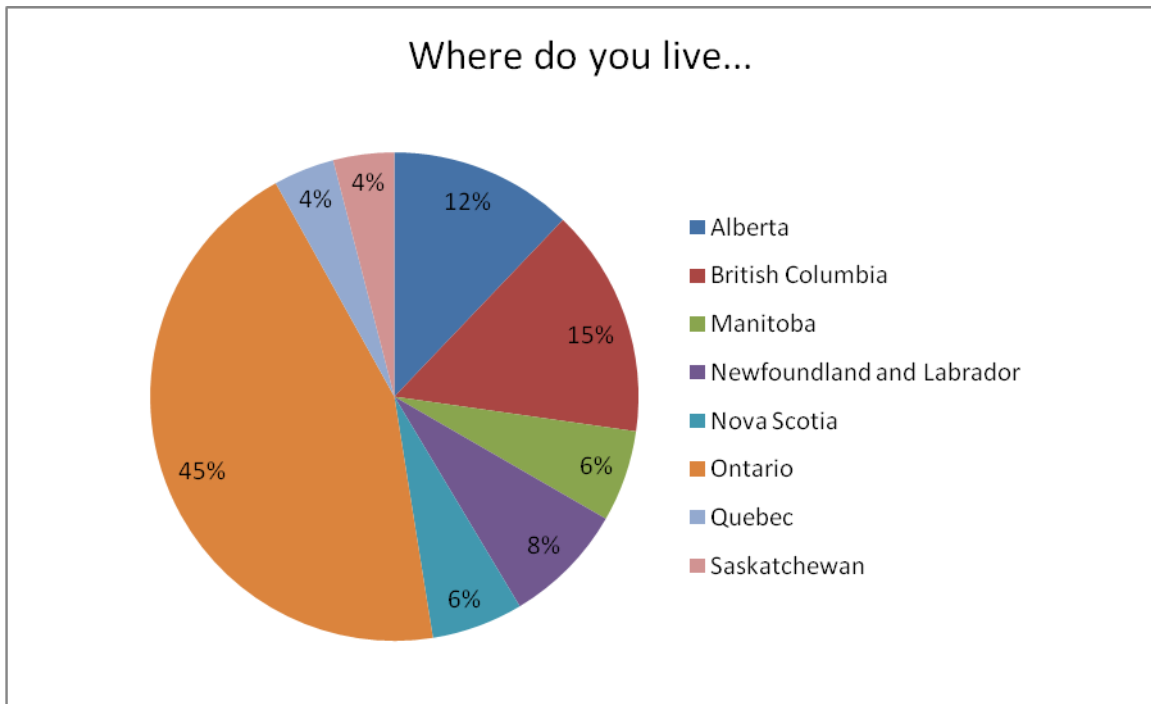
## ANNEXE C

### Participation au sommet

Quatre-vingt-douze (92) personnes ont participé au sommet; 52 d'entre eux ont rempli l'évaluation, soit 57 %. La répartition, par groupe démographique, a été la suivante : ation rate. The percentile breakdown, by demographic, was as follows:



**Figure 1 – Total : 63 réponses (certains répondants s'identifiaient à plus d'une catégorie)**



**Figure 2 – Total : 52 réponses**

## ANNEXE D

### **Stratégies de transfert et d'échange des connaissances (TEC) pour le Plan d'action sur la recherche en matière de co-infections VIH**

Pour élaborer le Plan d'action sur la recherche en matière de co-infections VIH, on a eu recours à une approche de TEC intégrée dans la mesure où les principaux acteurs clés ont été identifiés à l'avance afin de pouvoir participer au processus. Ce rapport décrit comment ils ont contribué à orienter le Plan d'action. Lorsque le Plan d'action sera terminé, les stratégies suivantes seront utilisées pour faciliter la dissémination et la mise en application du Plan d'action.

- Élaborer un plan pour faire connaître le Plan d'action par l'intermédiaire de tous les réseaux d'acteurs afin d'aider à renforcer les capacités de TEC selon les besoins.
- Remettre à une revue accréditée un papier décrivant les résultats du sommet dont l'auteur principal est un chercheur chevronné.
- Établir des volets consacrés à la co-infection dans le programme d'importantes conférences canadiennes, comme celles de l'Association canadienne de recherche sur le VIH, de l'Ontario HIV Treatment Network et d'organismes communautaires non gouvernementaux pertinents dont le mandat est axé sur le VIH.
- Établir des groupes de travail provinciaux sur les co-infections VIH pour soutenir la mise en œuvre et le suivi du Plan d'action.
- Évaluer le processus et les résultats du sommet.

## ANNEXE E

### Processus d'animation du sommet

Le Comité de planification central a embauché un animateur professionnel pour aider à développer un processus pour le sommet. Le processus d'animation a été conçu pour permettre à tous les participants de soulever des questions et des priorités clés pour chacun des volets de recherche du sommet. Le processus a consisté en cinq étapes : 1) présentations sur l'état actuel de la recherche dans chaque volet; 2) remue-ménages pour cerner des questions de recherche pertinentes; 3) analyse des listes de questions; 4) définition des questions de recherche clés; 5) établissement des questions de recherche prioritaires.

#### ***Étape 1 : Présentations sur l'état actuel de la recherche sur les co-infections VIH – groupe entier***

Lors de la première étape, on a fait un survol de l'état actuel de la recherche et des connaissances dans les cinq volets.

#### ***Étape 2 : Remue-ménages pour cerner des questions de recherche pertinentes – petits groupes***

À la suite des présentations, les participants se sont répartis en petits groupes de 5 à 10 personnes. Les animateurs se sont assurés de la diversité de chaque groupe (p. ex., cliniciens, chercheurs, fournisseurs de services, membres de la communauté). Chaque groupe a reçu une liste de questions pour orienter leurs réflexions sur les présentations et les aider à identifier des lacunes dans la recherche actuelle et à soulever des questions clés. Les animateurs se sont circulés dans la pièce durant le processus pour aider à orienter les discussions et à maintenir la concentration du groupe sur la tâche. Chaque participant a eu l'occasion d'écrire au moins une question sur une feuille de papier et de l'afficher sur le mur de la pièce.

#### ***Étape 3 : Analyse des listes de questions – groupe entier***

Lorsque tous les groupes avaient affiché toutes leurs questions sur le mur, deux animateurs ont réuni le groupe entier pour les revoir ensemble. Ils ont invité les participants à s'asseoir ou à se tenir debout devant le mur à questions. L'animateur a lu toutes les questions, puis, se laissant guider par les participants, les a organisées selon les thèmes abordés. Les participants ont défini la portée des questions et les ont regroupées selon la ressemblance des thèmes soulevés. Les listes ainsi dressées comptaient aussi peu que deux ou trois questions ou jusqu'à neuf ou dix questions. On n'a pas donné de nom ou de définition aux listes de questions durant le processus.

#### ***Étape 4 : Définition des questions de recherche clés – petits groupes***

Lorsque toutes les questions avaient été regroupées selon les thèmes, chaque petit groupe a été chargé de se pencher sur une ou deux listes de questions. Après avoir examiné toutes les questions de chaque liste, les petits groupes ont tenté de formuler une question clé qui reflétait le thème ou l'enjeu principal de la liste en question. À la fin de ce processus, il y avait une série de questions clés se rapportant à chaque volet.

#### ***Étape 5 : Établissement des questions de recherche prioritaires – groupe entier***

Lors de la dernière session du sommet, tous les participants se sont réunis pour revoir les questions clés définies durant l'étape 4 pour chacun des volets (Annexe C). L'objectif de la session finale consistait à établir les questions prioritaires par le biais d'un scrutin. L'un des animateurs a demandé aux participants d'identifier dans chaque volet une question de recherche avec laquelle ils éprouvaient un sentiment d'« appartenance », c'est-à-dire « une question avec laquelle ils vivaient tous les jours. » Ensuite, on a demandé aux participants de nommer une question qu'il fallait aborder d'urgence, ainsi que la question la plus importante, celle qui aurait le plus grand impact une fois réglée et celle qui serait la plus facile à régler.

Recherche clinique et épidémiologique	Recherche sur la prestation des services cliniques	Recherche socio-comportementale	Recherche sur les services de soutien	Recherche en matière de politiques sociales
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quelles sont les implications sanitaires et sociales du vieillissement/survie à long terme, et quelles sont les meilleures pratiques en matière de dépistage ?</li> <li>2. Comment créer un modèle de collaboration rurale-urbaine ?</li> <li>3. Comment les services cliniques axés sur le VIH/VHB/VHC peuvent-ils servir de porte d'accès efficace à d'autres services ?</li> <li>4. Comment améliorer la recherche sur les lignes directrices sur la transplantation du foie, l'élargissement de la trithérapie et le traitement à l'interféron pour toutes les populations touchées ?</li> <li>5. Quelles approches méthodologiques permettraient d'obtenir de meilleures données épidémiologiques ?</li> <li>6. Comment améliorer</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quels modèles de soins pourraient améliorer l'accès des personnes mal desservies ou en régions rurales/éloignées ?</li> <li>2. Quels bienfaits/avantages peut-on tirer des équipes de soins multidisciplinaires axées sur les clients ?</li> <li>3. Comment revendiquer les outils nécessaires pour sensibiliser le public et réduire la stigmatisation systémique et intériorisée ?</li> <li>4. Comment établir des équipes multidisciplinaires dans le système carcéral ?</li> <li>5. Quel rôle efficace la communauté pourrait-elle jouer en ce qui a trait aux soins, au traitement, à la prévention, au soutien et à l'éducation ?</li> <li>6. Comment éliminer les</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partant d'une approche de TEC, quelles stratégies permettraient d'améliorer les politiques en matière de santé pour influencer l'opinion public et réaliser des changements favorables au niveau des politiques ?</li> <li>2. Comment s'assurer que les interventions préventives et thérapeutiques répondent aux besoins des populations cachées ?</li> <li>3. Dans quelle mesure les interventions préventives et de soutien sont-elles efficaces en ce qui a trait au règlement des causes profondes des comportements à risque ?</li> <li>4. Quelles données de recherche permettraient de montrer que la réduction des méfaits</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comment mieux intégrer les services de soutien pour atténuer l'impact des déterminants sociaux de la santé ?</li> <li>2. Comment appliquer les meilleures pratiques en soins communautaires au profit de tous ?</li> <li>3. Comment incorporer les données de recherche fondées sur une analyse de l'environnement de l'accès des clients aux services de soutien ?</li> <li>4. Comment impliquer nos communautés à risque pour créer des programmes de soutien efficaces ?</li> <li>5. Comment inciter nos clients à déterminer quels services et soutiens leurs seraient utiles... et qui devrait assurer la prestation des services ?</li> <li>6. Comment rendre tous les niveaux de gouvernement et tous les fournisseurs de services, autant</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quels sont les modèles de TEC les plus efficaces et comment s'assurer que le savoir provenant de la recherche va au-delà des gouvernements pour rejoindre des acteurs privés, les médias et le grand public, afin qu'ils réclament l'élaboration de politiques publiques et privées ?</li> <li>2. Comment identifier et engager des « agents du changement » dans et entre les systèmes, institutions et gouvernements pour servir de moteur à l'élaboration de politiques sociales fondées sur des preuves ?</li> <li>3. Comment impliquer différentes populations et différents acteurs (décideurs de politiques communautaires, personnes atteintes) pour élargir la définition des preuves et les mettre en</li> </ol>

<p>l'inclusion de populations spécifiques dans tous les aspects de la collecte de données épidémiologiques et cliniques ?</p> <p>7. Quels sont les liens entre des populations spécifiques, les aboutissements des traitements et la progression des maladies ?</p> <p>8. Quel est l'impact du financement sur les programmes et le transfert et l'échange des connaissances ?</p> <p>9. Comment reconnaître et surmonter les barrières ?</p>	<p>barrières à l'accès au traitement ?</p>	<p>peut protéger à la fois les détenus et le personnel des prisons ?</p> <p>5. Pourquoi les données actuelles n'ont-elles pas été mises en application sous forme de politiques efficaces ?</p> <p>6. Une analyse coûts-avantages permettra-t-elle d'améliorer l'utilisation des ressources et les résultats obtenus par les clients ?</p> <p>7. Quel impact l'approche holistique a-t-elle sur la prévention, le traitement et le soutien ?</p>	<p>communautaires que cliniques, responsables du manque de services accessibles et efficaces ?</p> <p>7. Comment obtenir des données de recherche sur : la responsabilité/ imputabilité, le soutien par les pairs, les services cliniques, la santé mentale et la toxicomanie, les difficultés liées aux tiers payeurs (SSNA) et le manque de services réguliers sur et hors des réserves?</p>	<p>action ?</p> <p>4. Comment identifier, impliquer de façon significative et maintenir la participation des acteurs appropriés disposant d'une influence dans « toutes les phases » de l'élaboration de politiques efficaces ?</p> <p>5. Comment favoriser l'élaboration pertinente, proactive et efficace de politiques (y compris la mise en oeuvre, l'évaluation et le suivi), tout en assurant la responsabilité ?</p>
---	--	--	--	---

## ANNEXE G

### Remue-méninges pour cerner des questions de recherche pertinentes

#### Recherche cliniques et épidémiologiques

#### **1. Comment concevoir des interventions préventives efficaces qui visent des populations ethnoculturelles à risque spécifiques ?**

- Études cliniques démontrant des interactions médicamenteuses (produits pharmacologiques et drogues)
- Quels facteurs sociaux influencent ou empêchent l'adhésion au traitement ?
- Comment assurer un lien cohésif entre les déterminants sociaux de large portée et les co-infections/maladies infectieuses ?
- Recherche sur les interventions par les pairs en matière de VIH/VHC
- Comment empêcher les personnes mono-infectées de contracter une co-infection ? Quelles stratégies seraient les plus efficaces auprès des populations à risque ?
- Les programmes de réduction des méfaits sont-ils efficaces ou pas ? Il faut plus de recherche épidémiologique pour déterminer pourquoi la prévention ne marche pas.

#### **2. De quels facteurs les lignes directrices sur le traitement des co-infections tiennent-ils compte: efficacité, autres facteurs liés à la santé, interactions médicamenteuses ?**

- Comment mieux refléter les questions liées au VHC et au VHB dans la recherche et la surveillance ?
- Pourquoi néglige-t-on d'autres facteurs liés à la santé avant, durant et après le traitement ?
- En cas de co-infection, quelle infection faut-il traiter en premier ? Le VIH ? Le VHC ? Les deux en même temps ?
- Il existe actuellement parmi les professionnels de la santé des divergences d'opinion qui créent de l'anxiété et de la confusion chez les patients. Il faut mieux comprendre quand il faut commencer, arrêter ou poursuivre la prise de médicaments anti-VIH et anti-VHC.
- Comment les personnes co-infectées arrivent-elles à suivre les deux traitements ?
- Existe-t-il des interventions qui ralentissent la progression de l'insuffisance hépatique ?

#### **3. Quel impact le financement a-t-il sur les programmes et le transfert et l'échange des connaissances visant à améliorer la vie des personnes co-infectées ?**

- Comment les organismes de lutte contre le sida peuvent-ils améliorer les programmes et l'éducation lorsque leurs ressources sont déjà limitées (financement) ?
- Comment combler l'écart entre la collecte de données épidémiologiques aux échelles provinciale et nationale ?
- Les taux de co-infection et de décès sont-ils sous-déclarés ? Pourquoi ?
- Décrire l'impact des organismes de lutte contre le sida dont le mandat prévoit la prévention des co-infections et le soutien des personnes co-infectées

- Comment les connaissances scientifiques actuelles pourraient-elles être utilisées le plus efficacement pour diriger les fonds publics et orienter les programmes de traitement ?
- 4. Quelles sont les implications sanitaires et sociales du vieillissement/survie à long terme dans le contexte de la co-infection ?**
- Quelles sont les implications sanitaires et sociales du vieillissement dans le contexte des co-infections VIH/VHB/VHC ?
  - Quels déterminants sociaux de la santé sont les plus pertinents dans la vie des survivants à long terme ?
  - Il faut plus de recherche sur le VHC et le vieillissement
- 5. Quelles sont les meilleures pratiques en matière de dépistage du VIH/hépatite pour veiller à ce qu'aucune occasion de prévention ne soit manquée ?**
- Compte tenu du retard accusé, quelles interventions seraient utiles contre la co-infection ?
  - Comment rattraper les occasions de prévention ratées (diagnostic du VIH et du VHC à des moments différents) ? Qui est infecté ? Comment ?
  - D'après elles, de quoi les personnes co-infectées auraient-elles eu besoin pour prévenir la co-infection ?
- 6. Quels sont les déterminants génétiques et sociaux de la progression des co-infections et des résultats du traitement ?**
- Quels sont les déterminants génétiques et sociaux de la progression des co-infections et des résultats du traitement ?
  - De quelle manière précise la transmission sexuelle a-t-elle lieu ?
  - Dans quelle mesure l'hépatite C se transmet-elle par voie sexuelle chez les HRSH et les hétérosexuels ?
  - Comment déterminer combien de HRSH séropositifs ont contracté l'hépatite par voie sexuelle ?
  - Il faut répartir les groupes ethniques aux fins de l'épidémiologie
  - L'ethnie et la génétique sont-elles liées à l'élimination spontanée du VHC ?
  - Comment les facteurs culturels influencent-ils la décision de suivre un traitement pour une co-infection ?
  - Quels sont les taux de vaccination contre le VHB chez les Autochtones ? Quelles sont les implications pour les Autochtones en ce qui a trait aux modes de transmission ?
- 7. Quels sont les liens entre différentes populations et la progression de la maladie ?**
- Il faut de la recherche sur la co-infection VIH/hépatite C chez les utilisateurs de drogues non injectables (c.-à.-d., drogues par inhalation)
  - Il faut de la recherche sur les différences entre les hommes et les femmes en ce qui a trait à la progression des co-infections
  - Pourquoi n'inclut-on pas de personnes transgenres dans les études ?
  - Pourquoi n'y a-t-il pas davantage de données spécifiques au sexe ?

- Il faut de la recherche axée sur la jeunesse et les femmes
- Existe-t-il de la recherche sur le VHC et les comorbidités associées à la co-infection – à long terme, à court terme et les aboutissements ?
- Il faut de la recherche dans les régions rurales
- Quel impact les co-infections ont-elles sur les détenus ? Comment rendre les occasions de recherche plus attrayantes pour des médecins surmenés sans créer « trop de travail » ?
- Comment assurer la représentation à plus grande échelle des populations vulnérables dans la recherche ?

**8. Comment éduquer efficacement la population au sujet des ITS et des bienfaits de la réduction des méfaits ?**

**9. Comment créer un modèle de collaboration rurale/urbaine ? En quoi consisterait-il ? Serait-il financé de manière égale à la grandeur du Canada ? Sinon, pourquoi ?**

- Comment en apprendre plus sur les communautés rurales et leurs enjeux ?
- Il faut inclure toutes les régions et communautés et s'engager à faire un suivi rigoureux
- Financement de la recherche/perspectives en régions rurales

**10. Accès au traitement - Comment reconnaître et éliminer les barrières :**

- Santé mentale et toxicomanie
- Âge
- Barrières ethnoculturelles

**11. Comment inciter les gens à se faire traiter et à faire preuve d'une bonne adhésion au traitement ?**

- Il faut mieux quantifier l'utilisation des médicaments anti-VHC et identifier et atténuer l'impact des barrières
- Recherche et interventions tenant compte des différences entre les sexes; surinfection par différents géotypes/souches; épidémiologie selon les différents groupes. Peu de recherche sur la co-infection VIH/VHC et encore moins en ce qui a trait au VHB. Besoin de plus de dépistage et de meilleurs laboratoires en Ontario; dépistage en deux étapes et groupes à risque. Peu de lignes directrices consensuelles - besoin de mises à jour.
- Si on offrait un traitement contre l'hépatite C et B, pourrait-on mettre fin à l'épidémie ? Traitement sur demande, traitement à répétition.
- Le VIH/VHB/VHC est-il une porte d'accès vers d'autres services (santé mentale et toxicomanie, soins primaires). Si oui, comment mieux rejoindre les clients avant que la co-infection/infection se produise ?
- Que fera-t-on pour venir en aide à la population vieillissante maintenant que les gens fêtent leurs 40, 50 et 60 ans et plus ?
- Quelles sont les barrières à l'efficacité en ce qui trait à la prévention, au traitement, à la détection, aux soins et au soutien en matière de VIH/VHB/VHC ?

- Les personnes sous traitement, qu'elles soient mono- ou co-infectées, reçoivent-elles un traitement approprié pour les problèmes de santé mentale ?

**12. Comment développer et évaluer des modèles de soins pour surmonter les barrières au traitement causées par les problèmes de santé mentale et les dépendance afin d'améliorer l'accès, l'utilisation et l'adhésion au traitement des co-infections VIH/VHC et VIH/VHB ?**

**13. Comment améliorer les lignes directrices sur le traitement des populations co-infectées - sujets à aborder : la transplantation du foie, l'élargissement de la trithérapie, le traitement à base d'interféron et l'adhésion au traitement ?**

- Quel est l'impact de l'élargissement de la trithérapie sur la co-infection VIH/VHC ? (projet pilote STOP à Vancouver) ?
- Plus de recherche sur les résultats des greffes de foie chez les co-infectés
- Quel impact les co-infections ont-elles sur le foie ?
- Impact de la co-infection VIH/VHB

**14. Quelles approches méthodologiques permettent d'obtenir de meilleures données épidémiologiques ?**

**15. Est-il possible d'obtenir plus de données sur la répartition des co-infections et les déterminants chez : les nouveaux-arrivés/immigrants, les HRSH, les transgenres, les Autochtones, les femmes, les détenus, les populations rurales; on doit aussi explorer les synergies et les études, systèmes et volets existants, la surveillance de routine et améliorée, la recherche épidémiologique ciblée ?**

- Quel financement est disponible pour faire avancer la recherche épidémiologique?
- Ou sont les sous-analyses spécifiques aux Autochtones des bases de données/cohortes existantes ?
- Besoin de recherche spécifique aux sexes (100 % de femmes/100 % d'hommes) (les tendances pourraient être plus faciles à relever)
- Pourquoi les taux de VHC sont-ils tellement élevés chez les détenus ? Que se passe-t-il, où et comment ?
- Pourquoi n'a-t-on pas plus de statistiques sur toutes les populations ? (les transgenres sont sous-représentés, par exemple)
- Il faut de la recherche spécifique aux différents groupes ethniques, aux nouveaux-arrivés et aux immigrants de pays endémiques
- Sérosondage fondé sur la population en matière de VHB et VHC. Détermination des lacunes des données sur le VIH/VHB/VHC chez les patients séropositifs recevant des soins
- Quelles autres données sur les groupes vulnérables nous aideraient à mieux établir les priorités de la recherche et des soins cliniques ?

- Surveillance active impliquant toutes les populations et groupes démographiques sans exclusion fondée sur le mode de vie, le lieu de résidence ou les facteurs de risque
- Besoin de données spécifiques aux populations : qui a quoi ? (VIH, VHC, VHB); comment inciter les gens à se faire tester; identifier des soutiens.
- Facteurs qui font augmenter les coûts des soins - quelle réponse du côté des politiques en santé? Surveillance-compréhension selon le groupe ethnique, etc.
- Quel est le mécanisme biologique de la transmission sexuelle du VHC chez les hommes gais?
- Dans quelle mesure le VHC se transmet-il par voie sexuelle chez les HRSH séronégatifs?

**16. Recherche appropriée spécifique aux populations - où sont les représentants des groupes à risque nommés (Autochtones, UDI, détenus, jeunes, femmes, immigrants, LGBT) dans tous les aspects de la recherche clinique épidémiologique (mise en œuvre, chercheurs, participants, comités déontologiques) ?**

- Comment mieux régler les problèmes découlant de la co-infection chez les personnes en provenance de pays endémiques ?
- Incarcération : effets pervers des politiques : production de méfaits
- Besoin de réduire les barrières à l'accès au dépistage pour les groupes à risque élevé; l'éducation et le soutien pourraient les encourager à demeurer séronégatifs
- OCAP (Autochtones ontariens) – laisser à la population la chance de poser des questions d'ordre clinique et épidémiologique
- Comment rejoindre les personnes les plus à risque qui n'ont pas accès (ou très peu) aux soins - populations hors radar, plus que marginalisées.

**Élaboration de politiques sociales**

**1. Comment transformer les preuves en politiques ?**

- Impact des conditions sociales sur la santé
- Impact du « mélange » de maladies sur l'accès au traitement, les programmes de revenu, le logement, etc. (mono-infection à l'hépatite B ou C comparativement à la co-infection avec le VIH)
- Comment mesurer les capacités du système et déterminer l'ampleur des capacités nécessaires?
- Est-il possible d'utiliser l'infrastructure et les programmes existants; sinon, comment évaluer les besoins en infrastructure et en programmes?

**Recherche sociocomportementale**

**1. Partant du TEC, quelles stratégies sont susceptibles d'améliorer les politiques en matière de santé pour avoir un impact positif sur les contextes de pratique, y compris les approches de marketing social qui influencent l'opinion publique et qui contribuent à des changements positifs sur le plan des politiques de la santé ?**

- Comment traduire la recherche en politiques et en pratiques?
- Comment mettre à contribution la connaissance des contextes sociaux et des effets sur les risques dans les programmes dans différents contextes (régions urbaines, rurales, réserves, etc.)?
- Comment partager les données/preuves obtenues dans un domaine avec un autre; comment améliorer le TEC ?
- Comment élargir la participation à la recherche pour convaincre le public des avantages des interventions fondées sur des preuves?
- Comment changer la façon dont la société envisage et réagit aux maladies (VIH/VHB/VHC, dépendances, maladies mentales)?
- Comment adapter les messages de prévention pour parler spécifiquement à différents groupes vulnérables (jeunesse, femmes, utilisateurs de drogues expérimentés ou nouveaux, etc.)?
- Comment disséminer l'information afin qu'on puisse utiliser la prévention au service du traitement, plutôt que de tenter de traiter l'infection après coup; cela doit comprendre l'élargissement du dépistage du VHC et du VIH?

**2. Partant d'un cadre de « déterminants de la santé », comment s'assurer que les interventions préventives et thérapeutiques répondent aux besoins des populations cachées, y compris les utilisateurs de drogues et les HRSH et dans certains contextes (communauté, clinique, régions rurales, etc.) ?**

- Recherche sur les interventions: lesquelles sont efficaces, celles axées sur les pairs ou les interventions en contexte clinique?
- En apprendre plus sur l'efficacité des modèles de traitement pour surmonter les barrières à l'accès et la stigmatisation des personnes co-infectées
- Comment impliquer efficacement les gens dans le programme de traitement?
- Quels sont les taux de transmission du VIH et du VHC chez les immigrants récents?
- Comment les différentes drogues influencent-elles les comportements sexuels à risque, et quel est le lien entre le sexe et la consommation de drogues?
- Quel est le lien entre la consommation de crack, la santé buccale et la transmission d'ITS?
- Comment rejoindre les populations cachées qui prennent de la drogue à des fins récréatives?
- Qu'en est-il de l'injection intramusculaire de stéroïdes?

**3. Quelle efficacité les interventions préventives et de soutien existantes ont-elles en ce qui concerne le règlement des causes profondes des comportements à risque susceptibles de causer l'infection ?**

- A-t-on besoin de traiter les traumatismes?
- Avons-nous aidé les clients à déterminer les causes profondes de leurs dépendances (abus sexuels et écoles résidentielles)?
- Apprendre les facteurs qui permettent de briser le cycle d'ignorance et d'abus qui mènent à la dépendance

- Comment accroître la visibilité de cette problématique du point de vue des coûts humains et non des coûts financiers?
- 4. Comment développer la recherche fondée sur des preuves pour montrer que les services de réduction des méfaits peuvent protéger à la fois les détenus et le personnel des prisons ?**
- Explorer les contextes carcéraux par le biais d'entrevues avec des anciens détenus et employés
  - Quels facteurs contribuent aux taux d'infection dans les prisons?
  - Comment offrir aux détenus des services de réduction des méfaits pertinents?
  - Apprendre à rejoindre le personnel des prisons pour qu'il travaille de manière proactive sans être une barrière
  - Comment éclairer les décideurs en ce qui a trait aux problématiques des prisons (p. ex., pourquoi certains détenus qui arrivent à la prison en santé en sortent-ils co-infectés par le VIH et le VHC)?
- 5. Pourquoi les preuves actuelles n'ont-elles pas été transformées en politiques efficaces; comment réussir à le faire ?**
- Comment influencer favorablement l'opinion publique et les décideurs afin d'assurer l'élaboration de politiques plus humanitaires?
  - Quelles sont les barrières sociales et structurales qui empêchent le règlement de l'écart entre les politiques et les programmes en matière de réduction des méfaits (spécifiques aux populations)?
  - Comment traduire la recherche en politiques et en pratiques?
  - Quelles actions aideraient à faire avancer les politiques?
  - Comment la recherche peut-elle influencer les politiques si les décideurs ont leurs propres objectifs?
- 6. L'analyse coûts-avantages permettra-t-elle de mieux utiliser les ressources et d'avoir un impact sur la qualité de vie, la réduction des méfaits, le traitement, les soins, le soutien et l'élaboration de politiques appropriées ?**
- La création d'un modèle de rentabilité aurait-elle une plus grande influence sur l'évolution des politiques (p. ex., politiques en matière de réduction des méfaits)?
  - Est-il possible de faire une analyse coûts-avantages pour tenir compte des facteurs économiques?
  - Pourquoi n'a-t-on pas employé d'autres méthodes d'intervention maintenant qu'on sait qu'un plateau a été atteint en ce qui a trait à la prévention du VHB par la vaccination?
  - La recherche sur les comportements à risque pourrait-elle explorer davantage les facteurs liés au milieu de vie, plutôt que de mettre l'accent sur la responsabilité individuelle?
- 7. Quel impact l'approche holistique (santé mentale, physique, émotionnelle et spirituelle) a-t-elle sur la prévention, le traitement et le soutien?**

- Pourquoi un si grand nombre d'UDI parviennent-ils à éviter l'infection par le VIH et le VHC? Que font-ils de différent comparativement aux personnes infectées?
- De quelle manière la spiritualité ou la religion facilite-t-elle le cheminement des co-infectés. De quelle manière complique-t-elle la vie de ceux-ci? Quel impact a-t-elle sur leur vie?
- Recherche sur la résilience et les atouts

## **Prestation de services de soutien**

### **1. Comment mieux intégrer les services de soutien pour atténuer l'impact des déterminants sociaux de la santé?**

- À quel moment faut-il appliquer l'hiérarchie des besoins de Maslow?
- Traiter ses patients/clients comme des êtres humains
- Comment obtenir du financement pour offrir un logement approprié aux personnes dans le besoin?
- À quel moment faut-il mettre en œuvre les enseignements de la roue de médecine?
- Comment mieux intégrer les services de soutien pour atténuer l'impact des déterminants sociaux de la santé?
- Quels sont les besoins fondamentaux (des humains)? Que fait-on pour y répondre?

### **2. Comment mettre en œuvre les meilleures pratiques en soins communautaires au profit de tous?**

- Analyse de l'environnement pour évaluer l'accès des utilisateurs aux services de soutien?
- Quand la recherche actuelle sera-t-elle mise en œuvre?
- Comment incorporer la recherche fondée sur des preuves dans la prestation des services de soutien?

### **3. Comment impliquer nos communautés à risque dans la création de programmes de soutien efficaces?**

- Moins de silos, plus de collaboration
- Quelles sont les meilleures pratiques en ce qui a trait au transfert et à l'échange des connaissances entre les programmes communautaires et leurs partenaires?
- Comment combiner le modèle de soins médical et le modèle de soins communautaire pour faciliter le choix des consommateurs?

### **8. Comment inciter nos clients à déterminer quels services et soutiens leurs seraient utiles... et qui devrait assurer la prestation des services ?**

- Comment fournir un soutien après le traitement ou lors de la transition entre programmes?

- Quels services de soutien offrons-nous sur le terrain (services par les pairs, satisfaction des besoins fondamentaux?)
  - Comment aider les clients jugés « instables » à devenir « stables »?
- 4. Comment rendre tous les niveaux de gouvernement et tous les fournisseurs de services, autant communautaires que cliniques, responsables du manque de services accessibles et efficaces ?**
- Comment rendre les fournisseurs de services responsables devant leurs clients?
  - Comment faire en sorte que les organismes de lutte contre le sida répondent du manque de services efficaces?
  - Manque d'uniformité sur les réserves et hors des réserves?
- 9. Comment obtenir des données de recherche sur : la responsabilité/ imputabilité, le soutien par les pairs, les services cliniques, la santé mentale et la toxicomanie, les difficultés liées aux tiers payeurs (SSNA) et la manque de services réguliers sur et hors des réserves ?**
- Comment reconnaître et tenir compte du vécu des clients lors de l'élaboration des programmes et de la prestation des services?
  - Sondage sur l'implication des populations à risque; comment les rejoindre?
  - Comment impliquer les jeunes à tous les niveaux?
  - Comment encourager l'implication et l'autonomisation de la communauté à tous les niveaux de la prestation des services?