



Health
Canada

Santé
Canada

*Your health and
safety... our priority.*

*Votre santé et votre
sécurité... notre priorité.*

Le VIH/sida et la santé mentale :

Rapport final du 7^e Dialogue international sur les politiques

Direction des affaires internationales, Santé Canada

30 janvier – 1^{er} février 2012
Ottawa, Canada

Canada 

Santé Canada est le ministère fédéral qui aide les Canadiennes et les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé. Nous évaluons l'innocuité des médicaments et de nombreux produits de consommation, aidons à améliorer la salubrité des aliments et offrons de l'information aux Canadiennes et aux Canadiens afin de les aider à prendre de saines décisions. Nous offrons des services de santé aux peuples des Premières nations et aux communautés inuites. Nous travaillons de pair avec les provinces pour nous assurer que notre système de santé répond aux besoins de la population canadienne.

Also available in English under the title:
HIV/AIDS and Mental Health: Final Report of the 7th International Policy Dialogue

Pour obtenir des copies supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Publications
Santé Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : 613-954-5995
Télééc. : 613-941-5366
Courriel : info@hc-sc.gc.ca

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

© Santé Canada, 2013

Date de publication : Juillet 2013

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier. Toutefois, la reproduction en multiples exemplaires de cette publication, en tout ou en partie, à des fins commerciales ou de redistribution est interdite sans l'autorisation écrite préalable du ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0S5 ou copyright.droitdauteur@pwgsc.gc.ca.

Cat. : H22-4/4-2013-2F-PDF
ISBN : 978-0-660-20868-8
Pub. : 130042

Table des matières

| | |
|---|-------------|
| THÈMES CLÉS QUI SONT RESSORTIS DU DIALOGUE | 1 |
| SOMMAIRE EXÉCUTIF | 2 |
| INTRODUCTION | 6 |
| À propos du 7 ^e dialogue international sur les politiques..... | 6 |
| Qu'est-ce que le VIH et la santé mentale? | 6 |
| QUELS SONT LES PRINCIPAUX BESOINS? | 7 |
| Prévalence des troubles de santé mentale et du VIH | 7 |
| Répercussions des troubles de santé mentale sur les résultats liés au VIH | 8 |
| Le VIH et les personnes atteintes de maladies mentales | 9 |
| La toxicomanie, la santé mentale et le VIH..... | 10 |
| Le VIH et les troubles cognitifs..... | 11 |
| QUELS SONT LES OBSTACLES À LA SATISFACTION DES BESOINS? | 11 |
| Peu de soutien pour la santé mentale | 11 |
| Les politiques et les programmes sont fragmentés | 12 |
| Stigmate - double défi | 12 |
| Crainte chez les fournisseurs de services..... | 13 |
| Besoin de données probantes pouvant orienter les politiques | 13 |
| Besoins propres aux populations | 14 |
| L'invalidité, le VIH et la santé mentale..... | 17 |
| STRATÉGIES POUR ALLER DE L'AVANT | 18 |
| Se concentrer sur la personne tout entière | 18 |
| Modèles efficaces de soins intégrés | 19 |
| Recueillir et diffuser les éléments de preuve..... | 21 |
| Établir des partenariats et des réseaux | 22 |
| Démystifier la santé mentale | 23 |
| Justifier le financement de la santé mentale | 24 |
| Pratiques prometteuses en bref | 26 |
| Annexe A : Pratiques prometteuses | A-1 |
| Modèles présentés lors du dialogue | A-1 |
| Suggestions découlant des discussions du Dialogue..... | A-11 |
| Annexe B : Ordre du jour du dialogue | A-17 |
| Annexe C : Liste des participants | A-19 |

Thèmes clés qui sont ressortis du dialogue

- Il y a des liens complexes entre le VIH, la santé mentale et la toxicomanie. La santé mentale et la toxicomanie peuvent être des facteurs de risque du VIH et peuvent aussi être exacerbés par le VIH. De plus, l'un ou l'autre facteur peut découler du VIH.
- Les taux de comorbidité chez les personnes atteintes du VIH, les personnes souffrant de troubles de santé mentale et les toxicomanes sont très élevés : les études font généralement état de taux de dépression, d'anxiété ou de pensées suicidaires allant de 35 % à 80 % chez les personnes atteintes du VIH.
- La stigmatisation peut être dévastatrice et peut accroître le risque d'infection au VIH, de troubles de santé mentale et de toxicomanie, et aggraver les effets qui y sont associés.
- Les troubles de santé mentale entraînent de mauvais résultats liés au VIH, notamment l'augmentation du risque d'infection, la réduction des évaluations/diagnostics, la réduction de l'observance des traitements, l'augmentation du risque de transmission et l'augmentation des taux de morbidité et de mortalité – mais « les études démontrent uniformément que le traitement de la dépression entraîne une diminution de la charge virale ».
- Les participants ont identifié des obstacles au financement des services liés au VIH et des services de santé mentale : les bailleurs de fonds ne sont pas toujours intéressés à appuyer ces questions, et de nombreux pays où la prévalence est élevée ne reconnaissent pas la santé mentale en tant que problème.
- Les participants ont souligné la nécessité de démontrer l'importance d'investir dans des interventions éprouvées, simples et efficaces à l'égard de la dépression, qui peuvent améliorer les résultats liés au VIH.
- Les participants ont aussi constaté une profonde fragmentation dans les politiques, les programmes, les services et les recherches, et ont signalé que les modèles fructueux de soins et de politiques intégrés doivent être communiqués et mis à niveau.
- Par le biais de partenariats dans les différents secteurs du VIH et de la santé mentale, des programmes conjoints peuvent être mis sur pied; des stratégies peuvent être élaborées; et les organisations peuvent tirer profit des expériences des autres.

Sommaire exécutif

Contexte

Le 7^e dialogue international sur les politiques concernant le VIH/sida et la santé mentale a regroupé des experts du domaine provenant de gouvernements, d'organismes internationaux et de la société civile de partout dans le monde. Au cours des trois jours d'exposés en plénière, de discussions et d'ateliers sous forme de « cafés du savoir », les participants ont discuté d'un vaste éventail de recherches et d'expériences. Les défis à relever, les idées et les solutions dont il est question dans le présent document ont tous été soulevés au cours du dialogue, et les données et les citations présentées sont tirées des exposés et des discussions des participants.

Le dialogue a permis de mettre en lumière la diversité des personnes, des défis en matière de santé, des besoins et des points de vue qui se rapportent à la fois au VIH/sida et à la santé mentale. La santé mentale, le VIH, la toxicomanie et le stigmatisme interagissent de nombreuses façons. La santé mentale et la toxicomanie ont une incidence négative sur les résultats liés au VIH. Une personne aux prises avec un trouble de santé mentale et de toxicomanie présente un risque près de 12 fois plus élevé que la normale de contracter le VIH (Hoff et coll., 1997). Un triple diagnostic nuit grandement au bien-être et à la qualité de vie d'une personne. Il y a une « triple stigmatisation » associée au fait de contracter le VIH, d'être atteint d'une maladie psychiatrique et de souffrir d'un trouble de consommation de drogues. La stigmatisation résulte en l'extrême marginalisation de cette population, ce qui réduit davantage l'estime de soi et précipite les comportements autodestructeurs, tout en retardant ou en minant le traitement¹.

Quels sont les besoins essentiels?

De nombreuses recherches démontrent que les problèmes de santé mentale sont beaucoup plus courants chez les personnes atteintes du VIH/sida que dans les populations générales et, réciproquement, que le VIH est plus courant chez les personnes ayant des troubles de santé mentale. Dans de nombreuses administrations, les problèmes de santé mentale ne sont pas adéquatement reconnus ou traités, et les données disponibles varient grandement et peuvent sous-estimer la prévalence des problèmes de santé mentale.

Les participants ont présenté des recherches et des données statistiques sur les personnes atteintes du VIH/sida et de différentes maladies mentales, et ont indiqué que la prévalence de la dépression chez les personnes atteintes du VIH pouvait varier entre 35 % et 60 % ou même plus. Des résultats similaires ont été signalés dans le cadre d'études sur l'anxiété. Les quelques études portant sur la dépression post-partum ont signalé des taux de plus de 40 %. Les participants ont fait mention d'études sur le suicide qui soulevaient d'importantes préoccupations; l'une de ces études, par exemple, indiquait qu'au cours des 5 à 7 jours précédents l'interview fait dans le cadre de l'étude, près de 30 % des participants séropositifs avaient envisagé le suicide. Les traumatismes semblent être documentés et traités de façon moins explicite en tant que problème distinct, mais faisaient néanmoins partie intégrante du discours : les participants ont souligné que les traumatismes – conflits, violence, viol, violence envers les enfants – étaient un facteur important dans la santé physique et mentale des personnes atteintes du VIH.

¹ American Psychological Association, 2013, <http://www.apa.org/pi/aids/programs/bssv/integration.aspx>

Les troubles de santé mentale ont une incidence négative sur tous les résultats liés au VIH, du risque d'infection au VIH à l'augmentation des taux de morbidité et de mortalité. De plus, pour le VIH, la non-observance des traitements peut entraîner des conséquences uniques et néfastes par rapport aux autres maladies chroniques. Toutefois, les recherches approfondies démontrent systématiquement que le traitement de la dépression permet d'améliorer les résultats liés aux VIH.

Malgré les liens clairs entre les troubles de santé mentale et les comportements sexuels à risque, l'abus, la violence et l'exploitation, les fournisseurs de services liés au VIH en savent peu sur la façon de fournir des services liés au VIH aux personnes atteintes de graves maladies mentales, tandis que les fournisseurs de soins de santé mentale peuvent ne pas songer au fait que les personnes atteintes de maladies mentales sont des êtres sexués.

Quels sont les obstacles à la satisfaction des besoins?

« Comment peut-on inciter son pays à prendre des mesures à l'égard d'un problème qu'il ne reconnaît même pas? »

Les participants ont constaté que les services de santé mentale reçoivent peu d'appui dans de nombreux pays où la prévalence du VIH est élevée. Des cas de troubles mentaux ne sont donc pas diagnostiqués et documentés. Dans ces pays, il y a peu de fonds consacrés à la santé mentale dans le cadre des programmes nationaux et multilatéraux sur le VIH, et encore moins de pression pour dégager de tels fonds : la santé mentale n'y est tout simplement pas considérée comme un besoin ou une priorité. À la

base, les personnes qui sont déjà aux prises avec le stigmate du VIH hésitent à s'exposer davantage en faisant la promotion des services de santé mentale.

Le stigmate continue d'exercer une influence écrasante et envahissante sur les politiques et les services, et ce stigmate est exacerbé lorsqu'on parle à la fois du VIH et des problèmes de santé mentale, ou même plus, avec le VIH et la santé mentale et la toxicomanie. Les recherches ont démontré – et les participants l'ont clairement souligné – que le stigmate joue un rôle important dans les résultats en matière de santé. Le stigmate peut entraîner l'acquisition et la transmission du VIH ainsi que des problèmes de santé mentale, puis exacerber le fardeau d'une mauvaise santé physique et mentale, et nuire au traitement, d'une multitude de façons. Comme un participant l'a souligné : « Les personnes sont très peu enclines à se manifester, puisqu'elles seraient frappées d'ostracisme si elles étaient soumises à un test de dépistage du VIH ou si on diagnostiquait chez elles des problèmes de santé mentale ».

Des politiques internationales aux services de première ligne locaux, la santé mentale et le VIH sont généralement distincts, fragmentés et difficiles à relier. Peu de politiques, de processus ou de services permettent à la fois d'aborder le VIH et la santé mentale : tous se renvoient le problème – ou le patient.

« En tant que fournisseurs de services, nous avons souvent tendance à craindre et à éviter ce que nous ne comprenons pas – c'est la nature humaine. »

Bien qu'il y ait de nombreux bons exemples de programmes intégrés qui abordent à la fois la santé mentale et le VIH, ils sont

« Lorsqu'une personne atteinte à la fois du VIH et de problèmes de santé mentale se présente à un service de psychiatrie, les fournisseurs de soins ont peur et cherchent à s'en débarrasser le plus rapidement possible en l'orientant vers les services liés au VIH, qui ne savent pas comment aborder la santé mentale, et qui ont peur aussi. »

uniques et n'ont pas été adoptés de façon exhaustive, ce qui soulève la question essentielle : comment les programmes peuvent-ils être renforcés afin d'influencer les politiques?

Par le biais d'exposés et d'ateliers, les participants au dialogue ont examiné certains des défis à relever en matière de santé au sein de certaines populations qui sont particulièrement touchées par le VIH. Ces discussions ont permis de déterminer des problèmes et des approches qui sont très courants parmi les participants et au sein des populations. De plus, les ateliers ont permis de mettre en lumière les défis particuliers auxquels les différents groupes sont confrontés ainsi que les approches qui fonctionnent pour certains groupes, mais qui peuvent ne pas être efficaces ou appropriées pour d'autres groupes.

Dans l'ensemble de ces nombreux chevauchements de causalités, d'associations et de liens, les participants ont formulé un éventail de points de vue à partir de leurs propres expériences de vie, de leurs recherches et de celles de leurs clients. Certaines populations vulnérables sont surreprésentées pour ce qui est de la prévalence du VIH, des maladies mentales et des problèmes de toxicomanie et ne sont souvent pas adéquatement informées et appuyées par les services de santé. Les discussions qui ont eu lieu dans le cadre du dialogue ont soulevé un certain nombre de questions : comment les besoins, les problèmes liés à l'accès et les exigences relatives aux services convergent-ils ou divergent-ils entre les différentes populations les plus vulnérables – femmes, enfants et jeunes, personnes en situation de post-conflit ou de post-catastrophe, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, personnes qui vieillissent avec le VIH, Autochtones, sans-abri, nouveaux immigrants, personnes handicapées? Sur quels points pouvons-nous tirer des leçons importantes? Quelles populations, quels secteurs et quels pays ont adopté des pratiques prometteuses à partir desquelles d'autres intervenants dans le domaine peuvent apprendre? Y a-t-il des différences marquées qui doivent être abordées différemment dans certains pays où la prévalence du VIH est élevée?

Le VIH et la santé mentale sont également liés de nombreuses façons à l'invalidité. Les discussions ont notamment porté sur la façon d'améliorer l'accès aux services répondant aux besoins de ces sous-populations, sur la question de savoir si le VIH et les maladies mentales peuvent ou doivent être considérés comme des handicaps et sur ce que seraient certaines des conséquences du fait d'aborder la question sous cet angle (si cette approche était utilisée).

Stratégies pour aller de l'avant

Au cours du dialogue de trois jours, de nombreuses pratiques prometteuses ont été abordées en vue de répondre aux besoins liés au VIH et à la santé mentale. L'un des principaux messages des participants dans le cadre de ces séances finales était qu'il fallait commencer à se pencher sur les bonnes solutions que nous avons plutôt que de continuer à examiner tous les problèmes qui ont été soulevés.

Les participants ont proposé un certain nombre d'étapes clés pour aller de l'avant. Puisqu'ils influent l'un sur l'autre, le VIH et la santé mentale doivent être examinés conjointement. Par conséquent, les participants ont souligné le besoin d'adopter des approches plus globales à l'égard de la santé. Ils ont identifié un vaste éventail de modèles prometteurs visant des partenariats dans l'ensemble des services, des programmes et des politiques. L'intégration de différents types de services permettrait d'accroître l'accessibilité et l'efficacité et d'atténuer le stigmate associé à l'utilisation de certains types de soins.

« Les problèmes de santé mentale sont souvent mis de côté parce que nous concentrons nos efforts à traiter le VIH. Toutefois, il existe des interventions, et nous savons qu'elles fonctionnent. »

Les participants ont constaté qu'il était important de diffuser et de renforcer les modèles fructueux de soins intégrés et d'influencer les politiques afin d'appuyer les approches intégrées en ce qui concerne la santé mentale et le VIH à divers niveaux, ce qui comprend la question du financement. Les participants ont souligné l'importance de démontrer que des interventions efficaces sont bel et bien disponibles, et que l'utilisation de ces interventions permettrait d'améliorer les résultats liés au VIH. Le VIH et la santé mentale ne sont pas des enjeux de santé en concurrence; ils requièrent plutôt une stratégie multidisciplinaire dans le cadre de laquelle, pour réaliser des progrès sur l'une ou l'autre question, il faut donner la priorité aux deux.

Introduction

À propos du 7^e dialogue international sur les politiques

Le 7^e dialogue international sur les politiques concernant le VIH/sida et la santé mentale a réuni des experts du VIH/sida et de la santé mentale provenant de gouvernements, d'organismes internationaux, du milieu universitaire et de la société civile de partout dans le monde. Le dialogue s'est déroulé du 30 janvier au 1^{er} février 2012 à Ottawa, au Canada, et était parrainé par la Direction des affaires internationales (DAI) de Santé Canada en collaboration avec les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), le *US National Institute of Mental Health* (NIMH), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).

« La santé mentale est étroitement liée à la santé physique. En l'ignorant, nous évitons non seulement d'aborder l'énorme fardeau de la santé mentale, mais nous alourdissons aussi le fardeau des troubles de santé physique. »

Pendant trois jours, les participants du Canada, des États-Unis, de l'Europe, de l'Asie, de la Nouvelle-Zélande et de l'Afrique ont collaboré dans le cadre d'exposés en plénière, de discussions et d'ateliers sous forme de « cafés du savoir » afin d'identifier un vaste éventail de défis à relever dans la prestation de soutien et de services qui répondent aux besoins interdépendants des personnes atteintes du VIH/sida et de problèmes de santé mentale ou qui y sont vulnérables. Bien qu'on puisse être rapidement submergé par la portée et l'envergure du problème, le dialogue a surtout porté sur ce qui fonctionne et sur la façon de renforcer les modèles fructueux.

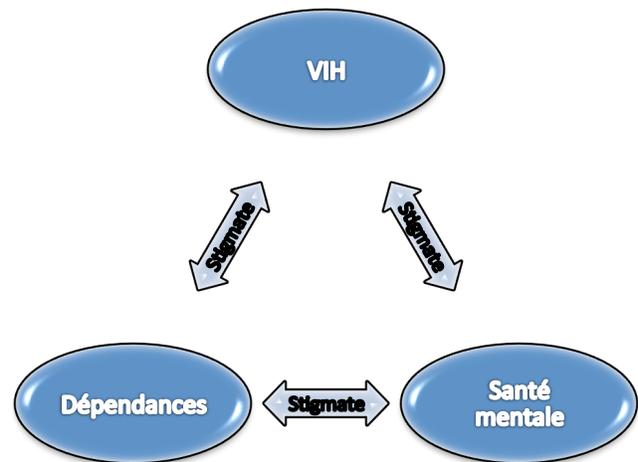
Les défis à relever, les idées et les solutions dont il est question dans le présent rapport ont été formulés par des participants dans le cadre du dialogue et ne doivent pas être considérés comme étant l'opinion générale de tous les participants ou de Santé Canada. Les données et les renseignements présentés dans le rapport sont tirés des exposés et des discussions qui ont eu lieu au cours du dialogue. Les références sont indiquées dans les exposés individuels.

Qu'est-ce que le VIH et la santé mentale?

« Il s'agit vraiment d'une multiplicité de complexités! »

L'aspect le plus frappant des discussions qui ont eu lieu durant le dialogue international sur les politiques était l'extraordinaire diversité des personnes, des défis en matière de santé, des besoins et des points de vue qui se rapportaient à la fois au VIH/sida et à la santé mentale. Les participants ont discuté des processus par lesquels le fait d'être atteint du VIH peut détériorer la santé mentale et mener à la toxicomanie et, inversement, des processus par lesquels les troubles de santé mentale et la toxicomanie peuvent accroître la vulnérabilité au VIH. Les participants ont aussi discuté des défis à relever pour répondre aux besoins en matière de prévention et de traitement du VIH chez les toxicomanes ou les personnes atteintes de graves maladies mentales. De plus, les participants ont examiné comment le VIH/sida peut nuire aux fonctions cérébrales et entraîner des déficiences neurocognitives semblables à ce qui est observé avec le vieillissement prématuré.

Un fardeau de comorbidité élevé accroît ces effets et les impacts que chacun d'eux a sur les autres. Il y a des facteurs complexes et interdépendants qui entraînent les troubles de santé mentale, la toxicomanie et les situations traumatisantes – comme l'abus, la violence, les conflits, le viol systématique et l'itinérance – qui peuvent accroître la probabilité de toutes les conditions et situations défavorables.



Quels sont les principaux besoins?

Prévalence des troubles de santé mentale et du VIH

Les données varient considérablement selon le pays, la population et l'approche des différentes études, mais le bilan est toujours le même : le fardeau des problèmes de santé mentale est énorme chez les personnes atteintes du VIH/sida. À l'opposé, le VIH est plus courant chez les personnes qui souffrent de troubles de santé mentale. Les données mises en évidence ici sont tirées de nombreux des exposés présentés au cours du dialogue.² Étant donné qu'une bonne partie – dans certaines régions, peut-être la plupart – des troubles de santé mentaux ne sont probablement pas signalés ou diagnostiqués, les données disponibles sous-estiment presque assurément la prévalence des troubles de santé mentale chez les personnes atteintes du VIH/sida.

Dépression

Il a été déterminé que la dépression est le trouble de santé mentale le plus courant chez les personnes atteintes du VIH. Les études ont permis de constater des taux très élevés – de 35 % à 44 % dans certains cas, jusqu'à 60 % dans d'autres et, selon les mesures utilisées, même jusqu'à 80 %. Bien qu'il y ait peu d'études sur la dépression post-partum chez les personnes atteintes du VIH, des taux de plus de 40 % ont tout de même été observés. La prévalence élevée de la dépression chez les personnes atteintes du VIH signifie que l'impact du double stigmatisation – VIH et santé mentale – est très répandu.

Traumatisme et stress post-traumatique

La notion de traumatisme a fait partie intégrante des discussions durant les trois jours. Pour de nombreuses personnes atteintes du VIH, les traumatismes – violence, conflit, viol, violence envers les

² Tel qu'il a été indiqué dans l'introduction, toutes les données et les informations dont il est question dans le présent rapport ont été tirées des exposés et des discussions qui ont eu lieu au cours du dialogue; les références sont présentées dans les exposés individuels – voir les liens à l'Annexe B.

enfants – ont joué un rôle important dans la façon dont elles ont été exposées au VIH en premier lieu. Le traumatisme peut aussi être joint au diagnostic du VIH. Les participants ont constaté que, lorsque les services liés au VIH ne tiennent pas compte du traumatisme provoqué par le premier diagnostic, les participants sont moins susceptibles de prendre une part active dans leurs soins de santé physique : « avec les populations immigrées, les efforts sont généralement axés sur ce qui vous arrive ici et maintenant avec votre VIH, sans vraiment tenir compte de ce que le client a vécu par le passé. » Le continuum des traitements et du soutien sont essentiels après l'annonce à la personne de sa séropositivité et ils jouent un rôle clé à un niveau multidisciplinaire pour renforcer l'importance de la prévention et de l'accès aux traitements.

Anxiété

Les cas d'anxiété observés chez les personnes atteintes du VIH sont des formes générales d'anxiété ainsi que des crises de panique, et il a été démontré que cette anxiété peut entraîner un comportement autodestructeur ou suicidaire. Les participants ont signalé des taux de prévalence très variés de troubles anxieux chez les personnes vivant avec le VIH, allant de 13 % à 80 %, selon la méthode de collecte et l'endroit où les taux ont été mesurés.

Les données probantes sur l'anxiété ne sont pas aussi étoffées que celles sur la dépression; l'une des difficultés est que de nombreux mécanismes d'évaluation sont de nature très générale. En effet, des questions comme « Ressentez-vous de l'anxiété? » ne permettent pas de faire la distinction entre une réaction normale et une réaction anormale à un facteur de stress ou n'utilisent pas de mesures appropriées sur le plan culturel. Comme un participant l'a indiqué : « La notion même de *bien-être mental* peut être très différente pour les personnes qui, dans leur situation ou leur pays, ont dû composer avec des conflits, de la violence, de l'abus ou d'autres formes de traumatisme au cours de leur vie. » L'anxiété et les facteurs de stress sont interprétés de façon subjective et leur interprétation varie considérablement selon la personne. Un ensemble de facteurs et de déterminants doit être examiné au moment de l'évaluation de la santé mentale d'une personne. Cependant, de nombreux professionnels de la santé et intervenants auprès de personnes vivant avec une maladie mentale ou le VIH ne sont pas formés ou outillés pour évaluer de façon formelle la gravité de la maladie mentale.

Répercussions des troubles de santé mentale sur les résultats liés au VIH

La santé mentale est un élément important de la prévention du VIH. Les troubles de santé mentale sont associés au risque d'infection au VIH, qui découle de l'usage de drogues, d'un comportement plus risqué, d'un nombre plus élevé de partenaires, de la violence sexuelle et des rapports sexuels non protégés : « la capacité de s'affirmer et de dire non peut varier selon que la personne est atteinte du VIH ou en santé ». Cela est également associé à un risque plus élevé de transmettre l'infection à d'autres personnes.

Les troubles de santé mentale réduisent la capacité d'adaptation à la séropositivité : les personnes peuvent être moins en mesure d'obtenir et d'utiliser les renseignements en matière de santé, et l'adaptation, les symptômes, les traitements, la divulgation, le soutien et les comportements à risque sont tous touchés de façon négative quand la santé mentale n'est pas optimale. Le risque de comportement autodestructeur et de suicide augmente à mesure que la santé mentale se détériore.

Les troubles de santé mentale ont une incidence sur :

- La vulnérabilité au VIH
- La probabilité de ne pas être diagnostiqué
- La capacité d'adaptation à la séropositivité
- La capacité de maintenir des relations saines
- La probabilité de transmettre le VIH
- Les comportements favorisant la santé et les comportements à risque
- L'observance des traitements

Les troubles de santé mentale peuvent aussi nuire aux résultats liés au VIH. L'observance du traitement est importante pour obtenir de bons résultats dans toute situation, mais la question est particulièrement épineuse dans le cas du VIH : les niveaux attendus d'observance sont beaucoup plus élevés que pour la plupart des maladies chroniques, puisque les conséquences pour la santé publique et la santé de la personne sont potentiellement plus graves si l'ordonnance dans le cas du VIH n'est pas respectée. Comme l'a expliqué un participant, « dans le cas du diabète, si une personne respecte son ordonnance à 80 %, son médecin sera ravi – puisqu'il s'attendait à environ 50 %. Dans le cas du VIH, on vous demande un taux d'observance de 90 à 95 %, et si vous échouez, vous vous exposez à un

échec médicamenteux et à une remontée de la charge virale. Cela entraîne la résistance aux médicaments, puis une résistance croisée. Vient ensuite la capacité d'infecter les autres – et de les infecter avec une souche résistante ».

La dépression est, en réalité, l'indicateur le plus constant de l'observance pour *tout* état pathologique : sentiment de tristesse et de désespoir, mauvaise concentration, manque de sommeil – tous les symptômes types de la dépression nuisent à l'observance. Des études ont démontré une augmentation des taux de morbidité et de mortalité chez les sujets séropositifs atteints de dépression. Du point de vue opposé, des recherches approfondies ont démontré que le traitement de la dépression avait pour effet d'accroître considérablement l'observance du traitement, ce qui peut avoir un effet d'entraînement tout en diminuant le comportement à risque et la transmission du virus.

« La dépression diminue l'observance du HAART, et le traitement de la dépression accroît l'observance. Autrement dit, les études démontrent uniformément que le traitement de la dépression entraîne une réduction de la charge virale. »

Le VIH et les personnes atteintes de maladies mentales

« Les gens peuvent être détournés des services, dans les deux directions. »

Les participants ont reconnu qu'on en sait bien peu sur les meilleurs moyens d'offrir les services liés au VIH aux personnes qui souffrent de graves maladies mentales. Deux obstacles particuliers ont été soulevés tout au long du dialogue, après que les participants eurent examiné la prestation de services des « deux côtés ».

Les participants ont dû répondre à la question suivante : quelle est l'incidence sur les types de soutien qu'une personne peut recevoir lorsqu'elle est atteinte du VIH et qu'elle souffre de graves maladies mentales? Selon leur expérience, il y a un profond manque de sensibilisation à l'égard des problèmes et les réalités de la santé mentale, particulièrement en ce qui concerne les graves maladies mentales. Les participants constatent chez les fournisseurs une importante crainte qui les rend réticents à traiter avec les personnes qui ont des besoins de santé qu'ils ne comprennent pas.

Les participants ont également constaté qu'« il y a aussi des obstacles de l'autre côté, par exemple les fournisseurs qui ne songent pas au fait que les personnes atteintes de maladies mentales sont des êtres sexués, ou qui ne le savent pas ». Bien qu'il y ait des liens clairs entre les troubles de santé mentale et les pratiques sexuelles à risque, ainsi qu'avec la vulnérabilité à la violence sexuelle, les participants se sont demandé comment de nombreux fournisseurs de soins de santé traitent ces problèmes de façon proactive avec leurs patients. Les personnes atteintes de troubles de santé mentale sont souvent moins en mesure d'adopter des comportements sains, de prendre des décisions judicieuses dans des situations précaires ou de se défendre contre les activités dangereuses. Elles sont plus susceptibles de vivre de l'exploitation, d'être exposées à la violence et d'être victimes d'agression sexuelle. Pour les personnes qui reçoivent des soins en établissement, ainsi que les personnes les plus susceptibles de contracter une infection, il est important d'assurer l'accès aux renseignements sur la prévention au VIH et l'accès aux condoms, aux analyses et aux services de consultation.

« À quoi dois-je m'attendre si j'ai des troubles de santé mentale et le VIH ?

- Stigmates et discrimination
- Traumatismes, vulnérabilité aux abus
- Difficulté à trouver/garder un emploi
- Interactions avec les systèmes d'aide sociale / de prestations, pauvreté
- Interactions avec des systèmes de soins de santé et de services sociaux qui ne sont pas conçus pour traiter les chevauchements dans les différentes catégories
- Manque de pouvoir / manque de choix dans les soins de santé
- Tomber entre les mailles du filet. »

Aux endroits où les maladies mentales sont toujours très stigmatisées, les participants ont constaté que « les violations dans la prestation des soins de santé mentale sont considérables et continues, et elles ont une profonde incidence sur la vie des personnes touchées. Les conditions de vie dans les établissements de santé mentale en Afrique sont très mauvaises; parfois, la situation est en fait meilleure lorsque les établissements n'existent tout simplement pas ».

La toxicomanie, la santé mentale et le VIH

La toxicomanie et la santé mentale ne sont généralement pas traitées de façon globale. Divers bailleurs de fonds, services, chercheurs et politiques ont une influence sur la manière avec laquelle la toxicomanie et la santé mentale sont abordées, en particulier quand il est question des personnes ayant contracté le VIH. Bien que les obstacles liés au traitement de la toxicomanie aient été abordés tout au long du dialogue, il est devenu évident que certains points sont prioritaires et demandent une attention particulière.

L'usage de drogues injectables (UDI) constitue un énorme problème mondial, et il s'agit d'une des causes principales de la transmission du VIH, particulièrement en Amérique du Nord. Les participants ont signalé que près de 16 millions de personnes sont réputées être des utilisateurs de drogues injectables à l'échelle mondiale, et qu'environ 20 % d'entre elles sont infectées par le VIH. Si on examine la question d'un autre point de vue, on compte environ 3 millions d'utilisateurs de drogues injectables parmi les quelque 24 millions de personnes infectées par le VIH.

Le fardeau du VIH est considérable chez les utilisateurs de drogues injectables, et les participants ont indiqué que les femmes qui s'injectent des drogues s'exposent souvent à un risque accru. Les études indiquent que les femmes qui consomment des drogues injectables sont plus susceptibles d'être victimes de violence, doivent composer avec des stigmates plus importants et meurent prématurément.

Les personnes ayant une déficience mentale peuvent avoir recours à l'automédication en utilisant des « drogues de la rue » afin de soulager les symptômes du VIH et/ou de la maladie mentale.

Le VIH et les troubles cognitifs

Les experts du domaine ont indiqué qu'il est courant pour les personnes atteintes du VIH de présenter des troubles cognitifs semblables à ceux observés avec le vieillissement normal; comme il a été souligné dans le cadre d'un exposé : « sur les images, le cerveau de ces personnes semble 15 ou 20 ans plus vieux qu'il ne devrait l'être ». Ces changements doivent être reconnus comme étant des lésions cérébrales : « ce n'est ni leur imagination, ni un vieillissement normal ». Les priorités en matière de recherche sont notamment l'utilisation de meilleurs outils de diagnostic et l'étude de traitements comme les « exercices cérébraux ».

Les troubles cognitifs peuvent entraîner à la fois l'isolement et la stigmatisation. De nombreuses personnes, par exemple, trouvent plus difficile d'absorber ce qu'elles lisent, de se rappeler des noms et de nouvelles personnes, de traiter de nouvelles informations ou de suivre des discussions rapides ou complexes. Par conséquent, les troubles cognitifs chez les personnes atteintes du VIH/sida sont associés à une gestion cinq fois plus difficile des tâches à réaliser, à un taux de chômage de deux à trois fois plus important, à une réduction de la capacité de gérer la prise de médicaments et à un évitement plus important des situations sociales.

Quels sont les obstacles à la satisfaction des besoins?

Peu de soutien pour la santé mentale

« Comment peut-on inciter son pays à prendre des mesures à l'égard d'un problème qu'il ne reconnaît même pas? Comme on ne peut pas les quantifier, les évaluer ou même les voir, on ne peut pas faire la preuve du contraire. »

Dans de nombreux pays, peu de services de santé mentale sont offerts, et on observe des éléments dissuasifs notables en ce qui concerne l'utilisation des services offerts. De façon générale, les participants ont constaté un manque d'intérêt et de soutien à l'égard de la santé mentale de la part des gouvernements et des donateurs, et ont conclu qu'« en raison de nombreux problèmes, il est difficile d'inscrire ce point à l'ordre du jour ». Même lorsque la santé mentale est reconnue, il ne s'agit pas d'une grande priorité – le VIH est considéré comme une question de vie ou de mort, mais la santé mentale est perçue comme un problème de santé publique beaucoup moins urgent. Par conséquent, il y a peu de fonds consacrés à la santé mentale dans les programmes sur le VIH, et encore moins de pression sur les donateurs pour obtenir les fonds nécessaires. À la base, les gens hésitent à défendre les services de santé

mentale, puisque cela pourrait augmenter le stigmate avec lequel ils doivent déjà composer.

Le problème est exacerbé à mesure que les gouvernements réduisent leur financement pour lutter contre de nombreux problèmes tout aussi importants, et les budgets réduits qui sont consacrés au VIH sont de plus en plus axés sur le traitement au détriment des autres services : « maintenant que l'aide au développement diminue, la santé mentale est le premier secteur à écopper. Nous avons milité pendant des années pour que la santé mentale soit inscrite au programme, et la question a simplement été balayée sous le tapis ».

« Nous avons tenté de sensibiliser les politiciens – mais les gens sont très réticents à aborder la question. »

Les politiques et les programmes sont fragmentés

« La prestation des services est très difficile dans le cas des personnes qui ont deux ou trois diagnostics – VIH, maladie mentale, dépendance. »

Des politiques internationales aux services de première ligne locaux, la santé mentale et le VIH sont généralement distincts, fragmentés et difficiles à relier. Les participants se sont retrouvés à travailler dans des cloisonnements et ont dû mener des luttes constantes afin d'éliminer les obstacles et de mettre en place des approches coordonnées.

Les participants ont décrit un certain nombre d'exemples où le secteur du VIH/sida et celui de la santé mentale ont tous deux convenu qu'il y avait une importante lacune à corriger dans les politiques, mais où chaque secteur jugeait que le problème relevait de l'autre : « il est très difficile de réunir les deux secteurs ». Le même obstacle se reflète dans les services de première ligne, lorsque les fournisseurs de services liés au VIH constatent les problèmes de santé mentale et orientent la personne vers les services de santé mentale – qui constatent la séropositivité et renvoient la personne aux services liés au VIH. Aucun des deux secteurs n'est en mesure de répondre aux besoins de la personne dans leur ensemble.

Stigmate – double défi

Le stigmate continue d'exercer une influence écrasante et envahissante sur les politiques et les services. Les discussions qui ont eu lieu durant le dialogue revenaient constamment sur le défi que représente le stigmate – un stigmate qui devient double lorsqu'on parle à la fois du VIH et des problèmes de santé mentale, ou même triple, avec le VIH *et* la santé mentale *et* la toxicomanie. Les résultats néfastes peuvent être paralysants pour tous, y compris les clients, les fournisseurs et les décideurs.

Les recherches ont démontré – et les participants l'ont clairement souligné – que le stigmate joue un rôle important dans les résultats en matière de santé. La crainte du stigmate empêche les personnes de chercher des services et d'adopter des comportements moins à risque, et fait en sorte que les femmes ne quittent pas les situations d'abus et que les enfants ne prennent pas leurs médicaments contre le VIH : « Les personnes sont très peu enclines à se manifester, puisqu'elles seraient frappées d'ostracisme si elles étaient soumises à un test de dépistage du VIH ou si on diagnostiquait chez elles des problèmes de santé mentale ». Le stigmate peut contribuer fortement aux comportements à l'origine de l'infection au VIH et de la transmission du virus. De plus, le stigmate peut aggraver et exacerber les

« L'insécurité économique suivant la perte d'un conjoint des suites du VIH peut être profonde. »

problèmes de santé mentale, puis exacerber le fardeau d'une mauvaise santé physique et mentale, et nuire au traitement, d'une multitude de façons.

De plus, dans certains, pays, la perte du conjoint des suites du VIH n'est pas seulement une tragédie sur le plan personnel, mais aussi une tragédie sur les plans économique et social, en raison de l'exclusion du partenaire qu'entraîne un décès lié au VIH dans la famille : « Les réalités sont très différentes dans le Sud. Il y a des traumatismes importants associés à la perte d'un conjoint des suites du VIH – héritage, perte du gagne-pain, du domicile – en raison des normes sociétales (c.-à-d. le stigmate du VIH). Les femmes craignent aussi de perdre leurs enfants ».

Crainte chez les fournisseurs de services

D'après l'expérience des participants, la plupart des fournisseurs de services liés au VIH et de services de santé mentale en savent peu sur les problèmes de santé et des défis auxquels sont confrontés les clients des autres fournisseurs. Peu de ces fournisseurs semblent prêts ou en mesure de reconnaître et de répondre aux besoins des clients qui se présentent *à la fois* avec des troubles de santé mentale et le VIH. Même si certains participants ont jugé que l'emploi du terme « crainte » surestimait le problème, de nombreux autres participants, selon leur expérience, ont indiqué que la crainte chez les fournisseurs de services peut être un obstacle considérable à la prestation d'un soutien et de soins de qualité.

La crainte est une réaction courante lorsque les fournisseurs sont confrontés à des problèmes qu'ils ne connaissent pas et lorsqu'ils ne peuvent pas aider la personne. Le patient sentira probablement la réticence du fournisseur à discuter de problèmes de santé avec lesquels il n'est pas à l'aise, même dans la forme la plus légère des problèmes de santé – et le patient choisira donc de ne pas chercher de l'aide; « la personne atteinte du VIH a peut-être l'impression qu'elle ne devrait pas déranger le médecin pour une dépression, lorsqu'il y a déjà de nombreux problèmes de santé physique à traiter. Mais peut-être que les médecins ne s'en informent tout simplement pas – et en fait, ils disent qu'ils ne le demandent pas parce qu'ils ne sauraient pas quoi foire de toute façon ». Les personnes qui décident d'en parler peuvent être tenues de faire des allers-retours constants entre les services liés au VIH et les services de santé mentale, parce que les fournisseurs se concentrent sur le problème qu'ils ne peuvent traiter plutôt que sur les besoins pour lesquels le client leur a été acheminé.

« Lorsqu'une personne atteinte à la fois du VIH et de problèmes de santé mentale se présente à un service de psychiatrie, les fournisseurs de soins ont peur et cherchent à s'en débarrasser le plus rapidement possible en l'orientant vers les services liés au VIH, qui ne savent pas comment aborder la santé mentale, et qui ont peur aussi. »

Besoin de données probantes pouvant orienter les politiques

« Ce qui n'est pas écrit n'est pas démontré, et n'attirera pas de financement en vue d'une mise à niveau. »

Alors que les participants cherchaient à identifier des pratiques prometteuses tout au long du dialogue, il est devenu évident que, même s'il y avait de nombreux bons exemples de programmes intégrés qui abordaient à la fois la santé mentale et le VIH, presque tous semblaient être des projets pilotes uniques de petite envergure. Il y a un grave manque de mise à niveau, exacerbé par le fait que ces initiatives de services intégrés ne sont généralement pas évaluées et signalées dans les travaux de recherche.

Besoins propres aux populations

Dans le cadre des exposés et des ateliers, les participants au dialogue ont examiné les défis communs et les défis uniques en matière de santé pour un certain nombre de populations qui sont particulièrement touchées par le VIH, notamment les femmes, les personnes vieillissantes vivant avec le VIH, les enfants, les jeunes et les populations migrantes, entre autres.

Femmes

Deux lacunes particulièrement graves ont été identifiées au cours des discussions sur le VIH, la santé mentale et les femmes : la première est le manque de recherche portant sur les femmes, et la deuxième est qu'on ne tient pas compte des défis et des circonstances propres aux femmes dans la prestation des services. En raison des responsabilités associées aux soins donnés aux enfants, par exemple, il peut être plus difficile pour les femmes de prendre soin d'elles (comme se rendre aux rendez-vous médicaux). Bien que les femmes demandent souvent des soins lorsqu'elles sont enceintes – pour protéger le bébé –, les soins prennent fin au moment où ils n'ont plus d'incidence directe sur la santé d'un enfant. Dans ces cas, les patients ignorent souvent le fait que leur état de santé affecte directement et indirectement les enfants et les membres de leur famille immédiate.

« En matière de recherche, les femmes et la santé mentale se font régulièrement couper l'herbe sous le pied. Les recherches qui englobent les deux sont insuffisantes. »

En raison de ces mêmes responsabilités, il est plus difficile d'assurer la participation des femmes dans le cadre des études de recherche. Comme les femmes signalent et vivent différemment les besoins en matière de santé mentale, et comme elles ont besoin de services différents, « l'utilisation de données recueillies chez des hommes pour fournir des soins aux femmes a des implications troublantes ».

Personnes qui vieillissent avec le VIH

Le fait de vivre longtemps avec le VIH comporte une multitude d'incidences potentielles et souvent cumulatives sur la santé physique, mentale et cognitive. Ces incidences nuisent à la capacité de travailler et de gagner un revenu, d'établir et de maintenir des relations et d'être heureux malgré la douleur chronique, l'invalidité périodique et le deuil. Ceux qui ont connu les débuts de l'épidémie ont eu une expérience différente des traumatismes, des traitements, des stigmates et des circonstances politiques – qui ont une incidence non seulement sur la santé de ces personnes, mais aussi sur la façon dont elles se perçoivent et dont elles perçoivent le VIH. L'expérience et la réalité de différents groupes de survivants à long terme peuvent donc être très différentes et changent constamment.

Les participants ont jugé qu'il était peut-être temps d'arrêter de mettre l'accent sur les *problèmes* associés au fait de vieillir avec le VIH, et de se concentrer plutôt sur ce que nous pouvons apprendre sur la façon de *mieux vivre avec le VIH*. Du point de vue de la santé publique, il est essentiel de tirer des leçons d'autres disciplines et des interventions qui ont donné des résultats prometteurs au sein de la population vieillissante et de celles qui ont constitué des défis.

La diaspora africaine et noire

La migration en provenance de pays où la prévalence du VIH est élevée entraîne des taux élevés de VIH chez les populations de la diaspora africaine et noire, particulièrement chez les immigrants, qui peuvent

avoir des besoins complexes en matière de soins. La demande de la part des hommes noirs hétérosexuels est faible et peu de services leur sont offerts, malgré un besoin considérable et croissant.

Les récents immigrants noirs viennent souvent de pays africains aux prises avec de constants conflits, et ont souvent dû composer avec des inégalités sociales, culturelles et politiques. Comme l'a indiqué un participant : « le soutien social est le facteur le plus important, mais les migrants – qui peuvent traîner avec eux les fardeaux du VIH et des traumatismes – sont souvent très isolés ». Les immigrants peuvent ne pas avoir le plein statut juridique et hésiter à faire appel aux services par crainte de déportation. L'emploi peut être limité ou nul. Le coût des soins et des médicaments peut forcer ces personnes à choisir entre nourrir leurs enfants et répondre à leurs propres besoins en matière de santé.

Autochtones

Les discussions ont été axées sur les Premières nations et les Inuits du Canada ainsi que sur les peuples Māori de la Nouvelle-Zélande, qui sont tous surreprésentés dans les données statistiques sur le VIH, la santé mentale et la toxicomanie. Les participants ont souligné que les déterminants sociaux de la santé sont particulièrement importants pour les Autochtones; les effets négatifs du colonialisme, comme les déplacements forcés, demeures considérables. Les faibles taux d'éducation et les taux élevés de pauvreté, l'usage de drogues, le chômage, les conditions de logement médiocres, l'itinérance et l'incarcération sont courants. Les participants ont décrit comment « nous sommes toujours confrontés à des problèmes majeurs concernant la violence à l'endroit des enfants, le décès d'enfants par la violence... Comme ces personnes viennent d'un milieu où ils n'ont rien, la violence fait généralement partie du contexte; nous devons aborder le contexte dans son intégralité ».

Il est nécessaire d'assurer une meilleure participation des Autochtones dans la conception et la prestation des services et dans les recherches en matière de santé afin d'établir des modèles qui seront localisés, définis sur le plan culturel, adaptés à l'âge et propres à chaque sexe. Les soins doivent être basés sur le contexte, axés sur la résilience et dirigés par les collectivités.

Les participants ont souligné l'importance de tenir compte de la culture autant dans la recherche que dans la conception et la prestation des services. Les croyances culturelles communautaires sur la santé et la guérison sont très diversifiées et doivent être prises en compte. Le manque de spécificité peut entraîner l'adoption d'approches génériques ou pan-autochtones, qui ne sont pas toujours appropriées. Les approches qui mettent l'accent sur un seul symptôme – comme l'usage de drogues injectables – plutôt que sur les personnes entières sont généralement vouées à l'échec. Souvent, les populations autochtones/indigènes sont composées de sous-populations vulnérables, uniques et complexes, ce qui accroît de façon marquée

Les Autochtones doivent composer avec :

- Un diagnostic plus tardif du VIH
- Un recours plus lent aux traitements
- Un accès moindre aux médecins
- Des taux de morbidité plus élevés
- Des délais de survie plus courts
- Un taux de mortalité 3 fois plus élevé
- Une détresse psychologique plus importante
- Des taux de dépression de 4 à 5 fois plus élevés
- Des taux de suicide de 3 à 5 fois plus élevés; jusqu'à 9 fois plus élevés dans les collectivités inuites
- Une consommation de drogues et d'alcool plus élevée
- Une espérance de vie beaucoup plus courte
- Des taux épidémiques de tuberculose
- Les taux de MTS et les taux de natalité les plus élevés au pays

« Les traumatismes non résolus sont un problème auquel nous sommes souvent confrontés. Quand on y ajoute les suicides et le surpeuplement, etc. – les gens deviennent figés. C'est tout simplement écrasant. Il faut revenir en arrière; il doit y avoir une approche holistique. »

leur vulnérabilité à une infection au VIH ainsi qu'à des co-infections (par exemple, une jeune détenue autochtone ayant des antécédents de consommation de drogues par injection et ayant travaillé dans l'industrie du sexe).

Enfants et jeunes

Les participants ont signalé que les enfants représentent 16 % de toutes les personnes atteintes du VIH, la quasi-totalité d'entre eux vivant en Afrique subsaharienne, où la transmission de la mère à l'enfant est toujours l'une des principales causes de l'infection. Les enfants atteints du VIH sont plus susceptibles d'être isolés; bon nombre d'entre eux ont vécu des situations traumatisantes, y compris la perte d'un parent et de proches, et ont été ostracisés et rejetés par leur collectivité et leur famille. La santé mentale chez les enfants atteints du VIH est mauvaise, comme il fallait s'y attendre, et peut avoir une incidence sur leur santé générale au fil de leur adolescence et de leur vie d'adulte. Un participant a souligné que « les enfants ne grandissent, ne se développent et ne guérissent que dans le contexte des relations. Sans au moins un soignant aimant, les enfants se retrouvent en grande difficulté ».

« Avec les enfants, on ne peut pas dissocier la santé physique de la santé mentale. »

« Comment doit-on gérer le risque de divulgation en opposition au lourd fardeau du secret? »

Dans le cas des enfants et des jeunes, la divulgation soulève une multitude de questions complexes, non seulement en ce qui concerne ce que l'enfant divulgue aux autres, mais aussi quand et quoi divulguer à l'enfant. Comme la période de développement dure de nombreuses années, il est souvent difficile de déterminer qui décidera que l'enfant est « prêt » à recevoir l'information, à prendre des

décisions ou à gérer ses propres soins.

Des questions liées à la santé sexuelle et génésique des adolescents ont aussi été abordées. En Afrique subsaharienne, où de nombreuses filles sont mariées à 15 ans, il est courant pour les filles de n'apprendre qu'elles sont séropositives que durant les soins prénataux; un programme a révélé un taux de VIH de 40 % chez les jeunes femmes enceintes qui se sont présentées à la clinique. À l'échelle mondiale, on constate un important manque à gagner dans la prestation des services aux adolescents; quelques interventions sont en cours, mais elles ont été très limitées jusqu'à présent. Les pays à revenu élevé sont confrontés à l'« attitude d'invincibilité des jeunes à l'égard du VIH » et à la croyance de plus en plus répandue que le VIH n'est plus une grande menace.

Hommes homosexuels et hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

L'apparition du VIH a poussé de nombreux hommes homosexuels à lutter au front contre le VIH/sida, et à participer par le fait même à la scène politique. Par conséquent, la communauté du VIH a dirigé le monde de la recherche et des soins de santé en demandant des recherches et des soins adaptés aux utilisateurs et en participant à leur création. Dans l'intégration du VIH, de la santé mentale, de la toxicomanie et d'autres services, « il faut garder à l'esprit, lors de l'élaboration des politiques et des

programmes, que des jalons très importants ont été établis et que des leçons ont été apprises en cours de route : il faut s'assurer de ne pas démanteler ce qui a pris des années à construire ». Les participants ont discuté des meilleurs moyens d'assurer un équilibre entre la normalisation du VIH et le maintien des aspects positifs du caractère exceptionnel du VIH, et de la façon de poursuivre l'intégration sans se laisser prendre au piège d'une approche uniformisée.

Situations de post-conflit

Les participants ont indiqué qu'il était nécessaire, à l'échelle internationale, de reconnaître les répercussions des conflits et des catastrophes naturelles, particulièrement sur les femmes et les enfants, qui portent souvent l'essentiel du fardeau qui en résulte. Lorsque les fournisseurs de services ont déjà de la difficulté à répondre aux besoins essentiels à la survie, il peut leur être difficile de déterminer comment aborder les problèmes de santé mentale dans de telles circonstances. De plus, les services destinés aux réfugiés ne sont pas conçus pour répondre aux besoins liés au VIH, et ils ne comprennent pas les interdépendances du VIH avec le conflit et avec la santé mentale des personnes qui leur demandent des soins. Les fournisseurs de soins doivent participer à des formations afin de comprendre toute l'étendue des défis auxquels les personnes sont confrontées en matière de santé afin de mieux les appuyer.

L'invalidité, le VIH et la santé mentale

Les participants ont cherché à déterminer si le VIH, les maladies mentales ou les deux pouvaient être considérés comme des handicaps et si les personnes atteintes du VIH et/ou de troubles de santé mentale (ou des maladies mentales) voudraient être considérées comme des personnes handicapées, et ont cherché à déterminer les implications d'une telle décision. En même temps, il a été reconnu que le VIH et les maladies mentales sont déjà considérés comme des handicaps dans certains contextes et certaines juridictions, notamment aux fins des prestations d'invalidité et des programmes de soutien aux personnes handicapées, ou pour des mesures d'adaptation particulières en milieu de travail ou à domicile. Dans le cadre des efforts concertés entre les secteurs responsables du VIH, de la santé et des handicaps, des mécanismes permettant de partager efficacement les connaissances et les leçons tirées pourraient être utilisés; néanmoins, chaque communauté craint de perdre son identité et de s'approprier le stigmate associé à l'autre problème. Les participants ont convenu qu'il était important de « chercher à identifier les points positifs de la relation, à déterminer ce que nous pouvons apprendre les uns des autres et à aller de l'avant ». Les participants ont aussi discuté d'un éventail d'obstacles qui nous empêchent d'améliorer l'accès aux services liés au VIH et aux services de santé mentale pour les personnes atteintes de différents handicaps.

Les participants ont souligné que les signataires de la Convention des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées ont non seulement accepté ces droits, mais ont aussi explicitement convenu d'accorder et de protéger ces droits. À mesure que les pays élaboreront leurs stratégies de mise en œuvre de la Convention, il sera important pour les communautés en charge de l'invalidité, du VIH et de la santé mentale de collaborer afin de s'assurer que les questions critiques sont bien abordées durant l'élaboration des plans nationaux visant cette mise en œuvre.

Stratégies pour aller de l'avant

Au cours du dialogue de trois jours, certaines idées et solutions ont commencé à surgir de plus en plus souvent dans les discussions, et à résonner sur l'ensemble des populations et des problèmes. Au cours de la dernière journée, les participants ont identifié les thèmes clés et les secteurs particuliers qu'ils souhaitaient examiner plus en profondeur.

De nombreuses pratiques prometteuses permettant de répondre aux besoins liés au VIH et à la santé mentale ont aussi été soulevées durant les discussions (voir la section finale pour de brefs résumés de toutes les pratiques prometteuses qui ont été identifiées tout au long du dialogue, et l'Annexe A pour des descriptions plus détaillées). L'un des principaux messages des participants dans le cadre de ces séances finales était qu'il fallait commencer à se pencher sur les bonnes solutions que nous avons plutôt que de continuer à examiner tous les problèmes qui ont été soulevés.

Se concentrer sur la personne tout entière

L'un des thèmes qui est constamment revenu tout au long du dialogue était la nécessité d'adopter des approches plus holistiques à l'égard des soins. Les participants ont souligné le besoin de traiter la personne tout entière, plutôt que de traiter une seule maladie en ignorant ses interactions avec les autres besoins en matière de santé.

Les participants ont souligné que les fournisseurs de soins devaient déterminer des possibilités particulières de formation et de collaboration afin d'en apprendre sur ce que chacun fait et d'être plus à l'aise avec les problèmes de santé qui ne sont généralement pas pris en charge par le fournisseur : « présenter l'angle du VIH au secteur de la santé mentale, et présenter l'angle de la santé mentale au secteur du VIH ».

Cette question était fondamentale au cours des discussions portant sur la santé des Autochtones, et durant lesquelles un modèle prometteur a été présenté : le modèle du « cercle d'influences », élaboré par Mason Durie, de la Nouvelle-Zélande. La philosophie des Māoris à l'égard de la santé se fonde sur un modèle holistique de santé et du bien-être, sur l'idée que « si vous voulez comprendre l'homme, vous devez connaître le monde dans lequel il vit »; ce modèle peut être appliqué à toute question sur la santé, qu'il s'agisse de bien-être physique ou de bien-être psychologique.³ Chez les Māoris, la santé s'appuie sur quatre dimensions représentant les croyances fondamentales de la vie – te taha hinengaro (santé psychologique); te taha wairua (santé spirituelle); te taha tinana (santé physique); et te taha whānau (santé familiale). Ces quatre dimensions sont représentées par les quatre murs d'une maison; chacun des murs est nécessaire à la solidité et à la symétrie du bâtiment.

L'intérêt de ce type de modèle est qu'il permet d'aborder l'ensemble du continuum de la santé, plutôt que des questions ou des maladies particulières de façon dissociée. Pour les Autochtones, comme l'a expliqué un participant : « Nous croyons en la mise en place d'une approche de collaboration intégrée visant la santé et l'autosuffisance, et non pas la santé seulement. Les solutions doivent englober l'éducation, les politiques, l'emploi, les services sociaux et les services de santé de manière intégrée ».

³Pour une description du modèle du cercle d'influences, voir l'adresse <http://www2.careers.govt.nz/educators-practitioners/career-practice/career-theory-models/te-whare-tapa-wha/>

Une autre pratique prometteuse présentée au cours du dialogue était appelée « Housing First » (priorité au logement), une approche qui consiste à regrouper des travailleurs du domaine de l'habitation (qui travaillent principalement avec des propriétaires privés) et des travailleurs en santé mentale afin de trouver un logement pour des personnes ayant un lourd passé d'itinérance, la plupart provenant de refuges ou de la rue : « l'idée est de *commencer* avec le logement, plutôt que de dire à la personne qu'elle n'est pas prête, qu'elle doit régler ses problèmes de toxicomanie et qu'elle doit d'abord traiter ses troubles de santé mentale ». Le programme *Housing First* est actuellement évalué dans le cadre d'une initiative à grande échelle réalisée dans l'ensemble du Canada; l'une des premières conclusions clés est que le fait de *commencer* par offrir un logement stable – plutôt que de tenter de traiter ou de régler les problèmes qui peuvent empêcher les personnes d'obtenir un logement – comporte des avantages notables pour la personne tout entière : « une fois que la personne obtient un logement, qu'elle a sa vie privée, qu'elle peut être indépendante et qu'elle se sent en sécurité, nous constatons que ce n'est que le début; la personne peut ensuite penser au prochain chapitre de sa vie ». Une fois que la personne a son propre coin sûr, elle est plus motivée à composer avec les soins de santé et les traitements, elle veut retourner à l'école, elle cherche des possibilités de formation professionnelle et examine les possibilités d'emploi.

Modèles efficaces de soins intégrés

Après avoir identifié le besoin d'offrir des soins plus holistiques, les participants ont souligné à répétition l'importance de l'établissement d'un lien entre l'intégration et les partenariats. Ils ont partagé différents moyens par lesquels les politiques, les programmes et les fournisseurs peuvent être liés afin de répondre efficacement aux besoins des personnes dans leur ensemble, plutôt que de traiter un seul problème de santé en ignorant les autres problèmes qui peuvent y être associés.

Aux premières lignes

Établir des partenariats avec d'autres fournisseurs de services

Les fournisseurs de services sont généralement de petite taille et de faible portée et n'ont pas le personnel et les ressources nécessaires pour répondre à l'éventail complexe des besoins de leurs clients; par exemple, un participant qui dirige une organisation de services liés au VIH pour les Autochtones et comptant quatre employés n'était pas en mesure de retenir les services d'un psychiatre, mais a néanmoins constaté que ses clients ont un besoin universel de soutien en santé mentale. Dans ces types d'organisations de services, les participants ont expliqué qu'ils comprenaient de plus en plus l'importance d'établir des partenariats afin de mieux répondre aux besoins des clients. Dans le présent cas, l'organisation collaborait avec différents partenaires, les plus importantes étant d'autres organisations autochtones (non liées au VIH) pouvant aider ses clients à se familiariser de nouveau avec la culture et les procédés de guérison autochtones, par exemple les bains de sueur traditionnels.

Les clients aux prises avec d'importants problèmes de santé mentale peuvent nécessiter beaucoup de ressources dans une organisation de services liés au VIH, sans toutefois recevoir les soins spécialisés dont ils ont besoin. Un participant a partagé un exemple de l'établissement de liens de plus en plus étroits entre les services de logement pour les personnes atteintes du VIH et les services destinés aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale; cette approche permettait aux clients de recevoir du soutien concerté plutôt que de tomber entre les mailles du filet des deux services. D'autres fournisseurs de services ont souligné le besoin d'établir des partenariats semblables avec des services de soins psychiatriques afin de répondre aux besoins complexes de leurs clients.

Mettre en place des centres de services intégrés

L'un des principaux objectifs de l'intégration est d'assurer la prestation de services plus facilement accessibles, rentables, sûrs et simplifiés en vue d'une prestation de services plus efficace et exempts de stigmatisation. L'un des exemples à cet égard était une intervention de préparation à l'observance qui intégrait une évaluation psychologique – et des soins psychologiques – dans les décisions liées au traitement du VIH. Le programme faisait appel à une collaboration entre des cliniciens des secteurs du VIH et de la psychologie.

L'intégration ne doit pas se limiter seulement aux services de santé; de bons modèles présentés par les participants englobaient aussi des centres de santé axés sur les populations d'immigrants, qui offrent non seulement des soins de santé adéquats sur le plan culturel, mais qui englobent aussi l'immigration, l'emploi et d'autres services sociaux. Pour assurer un meilleur accès pour les femmes, les participants ont proposé des modèles où les centres intègrent à la fois des services de garde de jour et des soins de santé. L'une des pratiques particulièrement prometteuses intègre la santé physique et mentale avec le soccer; cette pratique a permis de présenter à 200 000 jeunes l'idée des soins auto-administrés et de la prévention du VIH par la combinaison du soccer et de services de santé en Afrique du Sud.

Comme les services évoluent et que de nouveaux services sont élaborés, les participants ont jugé que la priorité était de déterminer les endroits où les compétences liées au VIH et les compétences en santé mentale pourraient être regroupées. Les participants ont souligné, toutefois, que l'intégration n'est pas une excuse pour l'adoption d'une approche unique. De nombreuses leçons ont été tirées sur la façon de répondre aux besoins de populations particulières, et le caractère unique de chaque population doit être intégré dans – et non pas subsumé par – des approches plus holistiques à l'égard des services. Pour certaines populations, le meilleur moyen d'améliorer l'accès serait d'offrir des services intégrés qui ciblent néanmoins des groupes particuliers à risque élevé, comme les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, ou qui visent expressément la participation de sous-utilisateurs clés des services, comme les hommes noirs en Amérique du Nord.

Enfin, les approches intégratives à l'égard des soins permettent de mettre l'accent sur la santé positive : favoriser et maintenir une bonne santé mentale; bien vivre et bien vieillir avec le VIH, et renforcer les capacités d'adaptation et la résilience des enfants en prévision de leur vie adulte. L'une des approches prometteuses est de normaliser les soins de santé mentale par le biais de vérifications annuelles. Les participants ont identifié quelques méthodes simples qui peuvent être facilement utilisées par un fournisseur, comme les évaluations à deux questions qui sont utilisées en Europe et au Vietnam.

« Nous attendons qu'il y ait un problème et cherchons à le régler, mais le problème est généralement très avancé au moment où nous l'identifions. »

Dans les processus d'élaboration des politiques

Les participants ont signalé qu'ils avaient tous eu l'occasion de discuter avec des bailleurs de fonds et des décideurs, et qu'ils doivent chercher à s'assurer que ces occasions sont mises à profit. Comme première étape, il faut assurer plus fréquemment la participation des bailleurs de fonds dans la planification des services et l'élaboration des stratégies, et cette participation doit être plus importante et survenir plus tôt dans le processus.

Ensuite, lorsque les décideurs se penchent sur des problèmes particuliers, il faudrait toujours les inciter et les aider à regrouper les secteurs de la santé mentale et du VIH de façon à relever le défi grâce à leur expertise conjointe. Le résultat souhaité est de produire des politiques et des programmes communs en guise d'intervention à l'égard d'un problème commun. Les discussions actuelles de l'OMS concernant l'élaboration d'un plan d'action sur la santé mentale étaient un exemple de forum dans le cadre duquel les participants ont pu discuter des approches intégrées.

Enfin, les participants ont souligné le besoin de démontrer de façon constante l'importance de l'intégration et de consentir des efforts afin d'influencer les structures, les systèmes et les enveloppes budgétaires qui favorisent les cloisonnements. Les *Developing HIV/AIDS & Mental Health Programs* mis en place dans les pays de l'Union européenne sont une pratique prometteuse à cet égard. L'un des aspects de ce programme était le renforcement des capacités dans les services d'accueil, avec comme point central la formation des personnes travaillant dans le domaine de la santé mentale afin d'intégrer les problèmes liés au VIH/sida dans leur pratique. Un autre aspect de ce programme était la défense des intérêts : collaborer étroitement avec les décideurs de tous les secteurs afin d'élaborer des moyens efficaces d'aborder les problèmes de santé mentale liés au VIH/sida. On espère que ce projet entraînera l'intégration d'un volet sur la santé mentale dans les stratégies et les politiques nationales, régionales et européennes sur le VIH.

L'élaboration des stratégies de mise en œuvre de la Convention des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées fait ressortir un autre exemple de la nécessité d'adopter des approches intégrées dans l'élaboration des politiques. Les participants ont discuté des moyens de participer à ce processus et de s'assurer que les plans de mise en œuvre de leurs pays respectifs tiennent compte directement des principaux obstacles qui surgissent là où l'invalidité, le VIH et la santé mentale s'entrecroisent.

Recueillir et diffuser les éléments de preuve

L'un des messages clés qui se dégagent du dialogue est que des interventions efficaces ont déjà été identifiées, particulièrement en ce qui a trait au traitement de la dépression et du VIH. De plus, il y a de nombreux exemples prometteurs de partenariats et d'approches intégrées à l'égard des services de santé mentale et de services liés au VIH qui ne sont pas diffusés à leur plein potentiel. Les prochaines étapes consistent à diffuser les renseignements sur les interventions et les approches efficaces à plus grande échelle et au sein de diverses disciplines et à aider les intervenants à les adapter aux différentes cultures, aux différents pays et aux différentes circonstances.

Le groupe a jugé qu'il était nécessaire de définir la santé mentale à l'aide d'approches concrètes qui convaincront les décideurs de la nécessité pour la santé mentale d'être une priorité dans laquelle des fonds, des efforts et des ressources doivent être investis. Les décideurs ont besoin de données concrètes pour pouvoir démontrer ce qui fonctionne dans le traitement de la santé mentale afin de l'intégrer aux politiques et aux programmes plus exhaustifs. Il est nécessaire de collaborer avec tous les ordres de gouvernement, y compris les administrations locales, afin de réaliser cette intégration et de constater les progrès.

Les participants ont proposé la création d'un site Web afin de communiquer les expériences et les pratiques exemplaires entre les communautés qui ont déjà mis en place une structure de services liés au VIH et de services de comorbidité connexes, et celles qui tentent de s'organiser.

Les participants ont aussi indiqué que chacune des communautés avait la responsabilité d'inciter et d'aider les fournisseurs de services à évaluer et à publier leurs modèles, afin de permettre les mises à niveau et de s'assurer que les modèles fructueux puissent influencer l'élaboration des politiques. L'importance d'assurer la participation des décideurs plus tôt dans les services et la recherche a été soulignée une fois de plus dans ce contexte, en tant que moyen important de faciliter la mise à niveau et de communiquer les approches qui fonctionnent.

Établir des partenariats et des réseaux

Tout au long du dialogue, les participants ont souligné l'importance d'établir des partenariats clés. La section ci-dessus décrit un éventail d'approches permettant de créer des partenariats pour la mise en place de services intégrés et de politiques. De plus, les précédents dialogues internationaux sur les politiques ont été d'importants incubateurs pour un certain nombre de partenariats plus globaux qui sont toujours en place, illustrant ainsi le caractère essentiel de la création et du maintien de partenariats facilitant et rendant possible la transmission des connaissances et des leçons qui ont été tirées.

En fait, les travaux de deux des réseaux qui tirent leur origine des dialogues antérieurs ont fait partie intégrante des discussions actuelles sur le VIH et la santé mentale. L'un de ces réseaux vise principalement à donner suite à la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones⁴ en collaborant avec le Groupe de travail autochtone international sur le VIH/sida⁵, qui a été établi à la suite du 5^e dialogue international sur les politiques concernant le VIH/sida et les peuples autochtones.⁶ Le VIH, la santé mentale et la toxicomanie sont trois enjeux critiques pour les communautés autochtones; ainsi, les participants ont constaté que le dialogue actuel avait un effet catalyseur pour ce réseau, grâce à l'identification de nouveaux partenaires et au renforcement des liens avec les partenaires existants.

Le deuxième partenariat qui participe au dialogue actuel sur le VIH et la santé mentale tire son origine du 4^e dialogue international sur les politiques concernant le VIH/sida et l'invalidité.⁷ Après cette réunion, un réseau informel d'intervenants clés a été mis sur pied, puis a été élargi au cours de la réunion de 2010 de la Société internationale sur le sida (IAS) à Vienne. Durant le dialogue actuel, le réseau a précisé deux objectifs : d'abord, redéfinir le VIH/sida autour de la notion d'« invalidité épisodique »; et ensuite, identifier les points communs qui existent entre le VIH, l'invalidité et la santé mentale, et les avantages d'établir ces liens entre les pays et les peuples. Le but est d'identifier des approches qui permettent d'atteindre ces objectifs sans toutefois perdre le caractère exceptionnel qui distingue la communauté du VIH/sida et qui s'inscrit dans son financement, sa capacité de défendre ses intérêts et son intérêt particulier dans la recherche médicale.

Au cours de la dernière journée du dialogue, au moment où les participants discutaient des prochaines étapes qu'ils pouvaient amorcer, on a pu observer l'émergence d'un nouveau réseau. Au départ, la

⁴ Pour de plus amples renseignements, voir l'Instance permanente sur les questions autochtones des Nations Unies, un organe consultatif du Conseil économique et social chargé d'examiner les questions autochtones relevant du mandat du Conseil en matière de développement économique, de culture, d'environnement d'éducation, de santé et de droits de l'homme : <http://social.un.org/index/IndigenousPeoples.aspx>

⁵ Voir le Groupe de travail autochtone international sur le VIH/sida : <http://www.iiwgha.com/fr/#/about/>

⁶ Pour une description du 5^e dialogue et un lien vers le rapport, voir : <http://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2010/june/20100610indigenousreport/>

⁷ Pour une description du 4^e dialogue et un lien vers le rapport, voir : <http://www.unaids.org/fr/Resourcess/PressCentre/Featurestories/2009/November/20091111DisabilityReport/>

priorité était de « justifier le financement de la santé mentale dans les programmes sur le VIH », et la stratégie préliminaire qui a découlé du remue-méninges des participants est décrite ci-dessous.

Démystifier la santé mentale

Pour aller de l'avant, les participants ont indiqué que « nous devons énoncer clairement les priorités d'intervention, ce que nous demandons aux décideurs de faire, ce que nous voulons changer, et comment nous pouvons démontrer que les changements seront utiles ». Il a également été jugé important de souligner que l'intégration des services ne consiste pas à utiliser les rares ressources destinées à la santé mentale pour traiter le VIH, ni à utiliser les ressources destinées au VIH pour traiter la santé mentale.

Mettre l'accent sur des objectifs clairs et réalisables

Les participants ont conclu que pour de nombreux décideurs, la « santé mentale » est une notion trop vague qui peut sembler écrasante et trop difficile à aborder. Plusieurs participants ont indiqué qu'il était nécessaire d'établir une définition uniforme et compréhensible afin d'assurer des communications plus efficaces sur le problème et sur la façon d'identifier des solutions.

En fin de compte, toutefois, les participants n'ont pas tenté de produire une telle définition. À la place, certains participants ont proposé une approche quelque peu différente, soit de déterminer, parmi un vaste éventail de défis à relever en lien avec le VIH et la santé mentale, des objectifs plus petits qui seraient impérieux et réalisables.

Ainsi, certains participants ont proposé, comme première étape clé, d'identifier un point de départ clair et raisonnable : des problèmes particuliers pour lesquels il y a des solutions concrètes et éprouvées. La dépression et l'alcoolisme ont été proposés comme point de départ, pour les raisons suivantes :

- Ils ont l'impact le plus important sur la transmission du VIH
- Leur lien avec l'amorçage et l'observance du traitement, la transmission et les comportements à risque a été bien démontré (par opposition, bien que la prévalence des troubles anxieux soit très élevée, les données scientifiques qui s'y rapportent ne sont pas aussi solides)
- Il y a des interventions efficaces qui permettent d'améliorer les résultats liés au VIH
- Il s'agit des deux problèmes qui entraînent le fardeau le plus important en matière de santé : la dépression est le trouble de santé mentale le plus répandu; l'alcoolisme est la dépendance la plus courante
- Il s'agit de deux problèmes courants qui existent partout dans le monde et au sein de toutes les populations touchées par le VIH
- Le fait de commencer avec ces deux enjeux peut permettre d'établir les bases d'approches plus globales pour l'avenir.

Si les données sont si accablantes, pourquoi rien n'est fait?

- Manque de précision sur ce que nous entendons par « santé mentale » : parfois nous parlons de maladie, parfois de santé, parfois de bien-être
- Perception inexacte selon laquelle la santé mentale est un secteur où il n'y a pas d'interventions, ou des interventions trop complexes pour être mises à niveau
- En ce qui concerne l'aide au développement, les donateurs se fondent sur les besoins des pays bénéficiaires, et ces pays ne demandent pas de soutien à l'égard des soins de santé mentale
- On ne saurait surestimer l'influence de la stigmatisation, qui réduit l'intérêt public et politique à l'égard du traitement de la santé mentale
- Le sentiment que la santé mentale n'est pas prioritaire – lorsqu'on discute des besoins liés au VIH, on pense plus souvent aux soins palliatifs qu'à la santé mentale.

Démontrer l'importance d'associer le VIH à la santé mentale

Les participants ont indiqué que la façon la plus efficace d'intégrer la santé mentale dans les programmes sur le VIH était de démontrer clairement aux décideurs comment le traitement de la santé mentale leur permettra d'obtenir de meilleurs résultats en matière de services liés au VIH et auprès des patients : « les soins de santé mentale sont une lacune dans les stratégies et les programmes actuels sur le VIH, et cela explique pourquoi tant de personnes délaissent le traitement à tous les échelons ».

Par conséquent, certains participants ont élaboré des plans afin d'élaborer conjointement une fiche d'information impérieuse d'une page qui énonce les principaux faits sur le VIH et la santé mentale, y compris la prévalence; le lien entre la dépression, l'alcoolisme et le VIH; et les interventions qui se fondent sur des données probantes, qui sont efficaces et qui ont une incidence démontrée sur les résultats liés au VIH. Les participants ont indiqué qu'ils mettraient l'accent sur ce que les programmes actuels réalisent, et sur la façon dont l'intégration des services de santé mentale permettra d'améliorer les résultats et aidera les décideurs à atteindre leurs objectifs existants.

Justifier le financement de la santé mentale

Comme les participants ont constaté peu d'intérêt chez les bailleurs de fonds du secteur du VIH/sida pour le soutien à la santé mentale, bon nombre d'entre eux ont conclu qu'ils devaient créer eux-mêmes la demande « en discutant avec les personnes qui décident de l'endroit où va le financement ». Ainsi, des participants ont élaboré une stratégie à adopter afin d'inciter les gouvernements, les décideurs et les programmes à investir à la fois dans la santé mentale et dans le VIH/sida. Le but des participants n'était pas de prôner de nouvelles stratégies sur la santé mentale ou du nouveau financement, mais de démontrer comment ils peuvent aider les décideurs à intégrer les services de santé mentale dans leurs approches existantes, et accroître ainsi l'observance aux traitements et mieux atteindre leurs objectifs existants.

« La santé mentale est la lacune qu'ils doivent corriger pour atteindre les objectifs qu'ils ont déjà fixés. »

« Prendre d'assaut la Conférence de la Société internationale sur le sida de 2012 »

La santé mentale et le VIH n'a jamais été un point à l'ordre du jour de la conférence bisannuelle de l'IAS. Les participants ont jugé que la prochaine conférence de l'IAS de 2012 était l'endroit tout désigné pour sensibiliser un auditoire plus vaste et susciter plus d'attention et d'intérêt à l'égard de plusieurs des thèmes clés qui sont ressortis du dialogue.

Tout au long du dialogue, un réseau de participants intéressés à relever le défi consistant à justifier le financement de la santé mentale dans les programmes sur le VIH a commencé à se former. Ce groupe a élaboré des plans préliminaires visant à mobiliser les réseaux et les champions autour d'un message cohérent, simple et commun – présenté sous la forme de fiches d'information très percutantes – tout au long de la conférence de l'IAS de 2012. De plus, les participants souhaitaient préparer une séance parallèle axée sur la santé mentale et le VIH. En fin de compte, l'objectif, soit une séance plénière sur le VIH et la santé mentale pour la conférence de l'IAS de 2014, a été approuvé.

Le groupe a aussi commencé à examiner des façons de regrouper les renseignements, les spécialistes et les champions afin d'aider les personnes responsables dans chaque pays à mettre en place des coalitions locales et à collaborer avec leurs propres décideurs, en vue d'adopter les propositions énoncées dans les fiches d'information.

Pratiques prometteuses en bref

Nombre de pratiques prometteuses visant à répondre aux besoins en matière de VIH et de santé mentale ont été présentées lors du dialogue, ou en sont issues; elles sont énumérées ci-dessous et décrites plus en détail à l'Annexe A.

En bref : Pratiques prometteuses présentées lors du dialogue

| Pratique | Objectif | Principaux éléments |
|--|---|---|
| Case Study of The Benefits of Brain Fitness Program <i>Étude de cas sur les avantages du programme de santé du cerveau</i> | Essai d'un outil pour aider à maintenir la meilleure santé cognitive possible malgré le VIH et le vieillissement. | Diagnostic de troubles cognitifs associés au VIH et « exercices pour le cerveau » afin d'améliorer les fonctions cognitives. |
| Developing HIV & Mental Health Programs in EU countries <i>Élaboration de programmes en santé mentale et VIH dans les pays de l'UE</i> | Soutenir les personnes ayant un double ou un triple diagnostic dans les nouveaux pays membres de l'UE. | Recherche et formation régionales de personnel en santé mentale et VIH, création d'un réseau de centres de compétence servant de ressources et promotion de changements de politique. |
| Supportive Therapy for Adherence to Anti Retroviral Treatment <i>Psychothérapie de soutien favorisant la conformité au traitement antirétroviral</i> | Bien préparer au préalable les patients à se conformer au traitement du VIH. | Évaluer la réceptivité de la personne et combler les lacunes avant d'entamer le traitement en développant des compétences visant l'observance du traitement et l'autonomie en matière de santé; combler le manque de connaissances et aborder les questions de santé mentale. |
| Deployment-Focused Intervention Research <i>Recherche en matière d'interventions axées sur le déploiement</i> | Recenser les interventions qui s'avèrent efficaces en situation réelle et s'adapter à des populations, des cultures et des circonstances particulières. | Adapter et effectuer la recherche là où les soins sont dispensés et recourir à des interventions éprouvées en fonction de la culture et des ressources disponibles, et orienter les politiques. |
| The Hotel Study <i>L'étude Hôtel</i> | Étude longitudinale pour évaluer les troubles co-occurents de populations fortement défavorisées à risque de perdre leur domicile à Vancouver. | Recenser et combler les besoins d'une population majoritairement démunie qui vit dans des chambres individuelles du quartier <i>Eastside</i> du centre-ville de Vancouver et qui a déjà connu l'itinérance. |

| | | |
|--|---|--|
| Positive Spaces Healthy Places <i>Lieux positifs, lieux sains</i> | Déterminer si un domicile fixe peut aider à prévenir la propagation du VIH et à améliorer les soins des personnes séropositives. | Première étude longitudinale d'une collectivité au Canada visant à définir les besoins, les options et les facteurs qui influent sur le logement et la stabilité, la santé et le VIH. |
| At Home/Chez soi | Projet pilote et essai multi-site réalisé dans cinq villes canadiennes pour vérifier divers moyens de mettre en œuvre le programme <i>Housing First</i> (priorité au logement). | Programme de 110 M\$ réalisé dans cinq villes canadiennes et assorti de recherche intégrée; logement et soutien, priorité au logement stable comme première étape de meilleurs services de santé et de soutien social. |
| Standards for psychological support for adults living with HIV <i>Normes relatives au soutien psychologique des adultes vivant avec le VIH</i> | Élaborer des normes relatives au soutien psychologique des adultes vivant avec le VIH. | Vaste partenariat qui ne s'adresse pas à un groupe professionnel en particulier, mais à tous les fournisseurs; promotion d'une santé mentale positive dans un cadre clinique et communautaire. |
| Speaking Books for HIV/Aids and Mental Health Literacy <i>Livres audio pour l'éducation en santé mentale des personnes vivant avec le VIH/sida</i> | Fournir des renseignements essentiels sur le VIH et la santé mentale aux personnes démunies peu alphabétisées. | Les livres audio fournissent des renseignements essentiels en matière de santé, permettent de lutter contre la stigmatisation et la discrimination, offrent un soutien en l'absence de travailleurs de la santé et favorisent la sensibilisation. |
| 2-Spirited People of the 1st Nations <i>Personnes GLBT des Premières nations</i> | Créer un lieu propice à la croissance et à la solidarité communautaire, favoriser une image positive, honorer le passé et bâtir l'avenir. | Fournir des services d'éducation, de sensibilisation, de prévention du VIH/sida, de soutien et de consultation, d'éducation en matière de réduction des risques, de promotion de la santé et d'intégration de modes de guérison traditionnels autochtones. |

En bref : Pratiques prometteuses découlant du dialogue

| Pratique | Objectif | Principaux éléments |
|---|--|---|
| WhizzKids United South Africa /Africaid <i>Petits génies unis</i> <i>Afrique du Sud/Africaid</i> | Prévention, soins, traitement et soutien VIH/sida à l'intention des jeunes grâce au football (soccer). | Programme axé sur le football (soccer) pour éduquer les adolescents : compétences de vie, égalité des sexes, santé et prévention du VIH/sida. |
| Lifesavers condom covers Emballages de condoms en forme de bouées de sauvetage | Informers et éduquer sur l'importance de l'utilisation du condom. | Des femmes inuites de Pauktuutit ont créé des emballages de condoms à saveur d'aliments traditionnels – amusant et attrayant. |

| | | |
|---|--|--|
| Diffusion of Effective Behavioral Interventions <i>Interventions efficaces en matière de comportement</i> | Élaboration d'une ressource pour les fournisseurs de services de prévention. | Compendium en ligne mis à jour annuellement d'interventions fondées sur des données probantes en matière de prévention du VIH – comportement. |
| Talking points <i>Points de discussion</i> | Pour aider les personnes à aborder le traitement du VIH avec leur médecin. | Outil Web permettant de créer une liste de questions au sujet du traitement et d'autres enjeux à aborder avec le médecin. |
| Positive Outlook <i>Perspective positive</i> | Travailler avec le VIH, dépression et réinsertion : établir une capacité de 1 ^{re} ligne pour reconnaître et soigner la dépression. | Élaboration et mise en œuvre d'un cours de formation en santé mentale destiné au personnel de première ligne en matière de VIH et de réinsertion. |
| Masivukeni (let's wake up) <i>Masivukeni (réveillons-nous)</i> | Projet pilote sur l'adhésion au traitement du VIH en Afrique du Sud | Fournir un protocole détaillé aux conseillers – pairs non professionnels – à respecter afin d'aider des patients récalcitrants. |
| International Indigenous Working Group on HIV/AIDS <i>Groupe de travail internationale autochtone sur le VIH/sida</i> | Consolider la réaction de l'intervention à l'échelle internationale contre le VIH/sida grâce au réseautage, au partage de pratiques exemplaires et au transfert du savoir. | Meilleure intégration à l'échelle mondiale, participation à l'élaboration de politiques et de programmes de recherche, exactitude des données et renforcement des capacités. |
| CIHR Institute of Aboriginal Peoples' Health <i>Institut de la santé des Autochtones des IRSC</i> | Promotion d'un programme national de recherche en santé. | Soutien d'importants projets et bourses de recherche autochtones au Canada. |
| National Aboriginal Youth Council on HIV/AIDS <i>Conseil national des jeunes Autochtones sur le VIH/sida</i> | De jeunes Autochtones ont créé un plan d'action stratégique sur le VIH/sida. | Répertoire des programmes, recommandations, analyses documentaires et messages existants destinés aux jeunes Autochtones en matière de prévention du VIH. |
| Special Needs Clinic <i>Clinique pour clientèle aux besoins spéciaux</i> | Services en santé mentale aux enfants, aux adolescents et aux parents. | Capacité de soigner plusieurs membres d'une même famille, où chacun est soigné dans son cadre familial. |
| Ontario HIV and Substance Use Training Program <i>Programme de formation sur la toxicomanie et le VIH en Ontario</i> | Formation destinée aux fournisseurs de services pour mieux comprendre le VIH/sida. | Cours interactif d'une durée de 2 jours qui aborde les principales questions liées au VIH, à la santé mentale et à la toxicomanie, notamment les aspects médicaux, juridiques et thérapeutiques. |

| | | |
|---|--|---|
| iSpeak Projet iSpeak | Examen des perspectives, des besoins et des défis relatifs au VIH chez les hommes hétérosexuels africains, caribéens et noirs en Ontario. | Relever les lacunes sur le plan des connaissances et les besoins de recherche, mettre sur pied une équipe de recherche, étudier et renforcer les programmes et examiner les réactions aux politiques. |
| Regional Psychosocial Support Initiative <i>Initiative régionale de soutien psychosocial</i> | S'assurer que tous les enfants ont accès à un soutien social et affectif de qualité. | Diminution de l'impact du VIH/sida, de la pauvreté et des conflits chez les enfants et les jeunes de 13 pays en Afrique orientale et australe. |
| Positive Leadership Development Institute <i>Institut de formation du leadership positif</i> | Soutenir les personnes vivant avec le VIH pour les aider à acquérir des aptitudes de leadership. | Formation de base en leadership, conseil de gestion et gouvernance, et communications. |
| AIDS Bereavement and Resiliency Program of Ontario <i>Programme ontarien sur le deuil et la résilience liés au sida</i> | Améliorer la résilience des travailleurs, des organismes et des collectivités face aux deuils et aux transitions multiples associés au sida. | Aider les organismes à maintenir leur personnel professionnel et bénévoles indispensables, y compris les membres des conseils de gestion. |
| African Centre for Childhood <i>Centre africain de l'enfance</i> | Formation pour soutenir les personnes qui travaillent auprès d'enfants à risque, leurs familles et leurs collectivités. | Programme de certificat d'apprentissage à distance qui compte 500 diplômés dans huit pays. |
| HIV Clinical Resource <i>Ressources cliniques en soins du VIH</i> | Ressource centrale en ligne pour les fournisseurs de services relatifs au VIH. | Comprend un guide de pratique clinique, des pratiques exemplaires, des outils pédagogiques, du matériel et des logiciels pour améliorer la qualité et les données sur le rendement clinique. |
| HealthyHousing.ca <i>Logements sains</i> | Fournir des renseignements relatifs au logement et au VIH/sida au Canada. | Information sur les services destinés aux personnes vivant avec le VIH et les organismes de services; recherche et promotion pour les responsables de l'élaboration des politiques. |

Annexe A : Pratiques prometteuses

Modèles présentés lors du dialogue

Politique/ programme/ projet : Étude de cas sur les avantages du programme de santé du cerveau (PSC)

Présentation : Sean Rourke

Renseignements : <http://www.utpsychiatry.ca/members/seanb-rourke/>
www.catie.ca/fact-sheets/other-health-conditions/hiv-and-brain

Objectif

Faire l'essai d'un outil visant à maintenir la meilleure santé cognitive possible malgré le VIH et le vieillissement.

Principaux éléments

- Diagnostic de démence associée au sida
- « Exercices cérébraux »
- Test des fonctions cognitives avant et après

Détails

Le programme de santé du cerveau s'appuie sur une intervention de réadaptation informatisée auto-administrée de 40 séances à raison d'une heure d'exercices par jour, 5 jours/semaine. Les exercices sont conçus pour accélérer le traitement des informations auditives, mobiliser la mémoire opérationnelle et accroître l'efficacité des réseaux de neurones du processus mnémonique. Ils s'adaptent au niveau de chacun et fournissent une rétroaction permanente des progrès.

Il faut accorder plus d'attention à la santé du cerveau. En général, ce qui est bon pour le cœur l'est aussi pour le cerveau : bien manger, se reposer, faire de l'exercice, boire peu et s'abstenir de fumer, réduire le niveau de stress.

Résultats à ce jour

Dans l'étude de cas, le programme de santé du cerveau a réussi à améliorer l'aptitude cognitive après huit semaines, notamment :

- l'attention complexe et la mémoire opérationnelle (aptitude au multitâche)
- l'apprentissage (capacité et rapidité d'apprentissage de nouvelles informations)
- fluidité verbale (capacité accrue de trouver les mots pour s'exprimer)
- efficacité psychomotrice complexe (rapidité cognitive)

Selon nous, les participants ont éprouvé un grand soulagement en constatant qu'ils pouvaient participer plus aisément à des conversations complexes, sans subir le stress et l'anxiété auxquels ils étaient habitués. Si les avantages cognitifs se traduisent également en incidences notables et durables sur l'aptitude à exécuter des tâches et des activités quotidiennes complexes, l'intervention pourrait offrir de réelles possibilités aux personnes qui désirent continuer à travailler ou retourner au travail. Notre unité de recherche entreprendra un essai élargi pour éprouver formellement l'efficacité du PSC chez les personnes séropositives. Si cela vous intéresse, veuillez communiquer avec nous.

Politique/ programme/ projet : Élaboration de programmes sur la santé mentale et le VIH/sida dans les pays de l'UE

Présentation : Robert van Voren

Renseignements : <http://www.gip-global.org/p/27/364/-/c17/mo100-cg%7C19=Mental%20Health%20and%20AIDS/ms7-36/developing-hiv-aids-%26-mental-health-programs-in-new-eu-countries>

Objectif

Améliorer la qualité de vie des personnes présentant un diagnostic double ou triple (VIH/toxicomanie/maladie mentale) dans les nouveaux pays membres de l'UE en sensibilisant davantage à la relation entre le VIH/sida et la maladie mentale les professionnels exerçant dans des secteurs pertinents et en diffusant les pratiques exemplaires en vigueur dans des pays membres de l'UE depuis plus longtemps en matière d'approche intégrée du VIH/sida et de la maladie mentale.

Principaux éléments

- Recherche et analyse des besoins – La presque totalité de la recherche s'effectue en Amérique du Nord; rien ne provient de l'ancienne URSS.
- Éducation – Mettre l'accent sur le renforcement des capacités et la formation du personnel en santé mentale pour intervenir efficacement en matière de VIH/sida.
- Créer un réseau de centres de compétence en santé mentale et VIH/sida qui serviraient de centres de ressources pour motiver et former les agents du changement, et élaborer des programmes de «déstigmatisation», d'éducation et de formation visant les personnes vivant avec le VIH/sida, les prestataires de soins, les familles et l'ensemble de la population.
- Représentation – Collaboration étroite avec les décideurs et faiseurs d'opinion de tous les secteurs, en vue d'élaborer des modes d'intervention efficaces en matière de maladie mentale liée au VIH/sida. Idéalement, le projet aboutira à l'ajout d'un volet sur la santé mentale dans les stratégies et les politiques nationales, régionales et européennes en matière de VIH.

Détails

La *Global Initiative on Psychiatry* (GIP) [initiative mondiale de psychiatrie] a été créée en 1980 pour combattre le recours à la psychiatrie à des fins politiques contre les contestataires, particulièrement en URSS. L'organisme regroupe 38 pays à l'heure actuelle, et les droits de la personne demeurent au cœur de ses efforts. L'organisme a compris l'impossibilité de travailler en santé mentale sans inclure les questions liées au VIH -- c'est pourquoi il s'occupe de santé mentale et de VIH/sida depuis 10 ans. Centré sur l'action, l'organisme tente d'aider les réformateurs à élaborer et à mettre en œuvre divers projets en s'appuyant sur le savoir-faire local. Le VIH s'est manifesté particulièrement en Russie et en Ukraine, où il est pandémique. Malheureusement, les donateurs refusent d'y financer des projets parce que ces pays ne sont pas considérés comme en voie de développement. En outre, les gouvernements locaux voient ce travail d'un mauvais œil. Enjeu de taille : l'aide aux prestataires de soins, membres des familles et professionnels, étant donné qu'il est rare que des mécanismes de soutien s'adressent à eux.

Résultats à ce jour

L'organisme désire mettre à profit son expertise et celle de son conseil dans des projets semblables en Afrique, comme le renforcement des capacités des prestataires de soins secondaires en santé mentale s'occupant de personnes vivant avec le VIH/sida, au Zimbabwe. Le projet est financé par la Commission européenne. « Notre priorité, ce sont les orphelins du sida. Ces enfants associent la vie à la mort, et leur existence est marquée par le deuil et la tristesse. Nous leur fournissons un lieu où, brièvement, ils n'ont pas à penser à la mort. »

Politique/ programme/ projet : Psychothérapie de soutien favorisant l'observance du traitement antirétroviral (STAART)

Présentation : Louise Balfour

Renseignements : www.socialsciences.uottawa.ca/psy/eng/profdetails.asp?id=138
www.hivnet.ubc.ca/clinical-studies/canadian-hiv-trials-database/ctn-198/

Objectif

Aider à préparer le patient *avant* de commencer le traitement du VIH en :

- soutenant les habitudes d'adhésion au traitement;
- augmentant l'autonomie du patient;
- accroissant le degré de préparation psychologique à entreprendre un traitement;
- aidant la personne séropositive à se sentir davantage engagée et maîtresse de son traitement.

Principaux éléments

1. Évaluer l'aptitude à commencer un traitement du VIH, la connaissance du traitement et la dépression.
2. Fournir un cadre d'adhésion qui répond aux besoins recensés à l'évaluation de l'aptitude à commencer un traitement – peut inclure éducation, élaboration conjointe de stratégies de fidélité au traitement, interventions psychologiques, exercices d'observance du traitement, etc.
3. Évaluer de nouveau le degré de préparation du patient au traitement du VIH (p. ex., après 4 semaines).
4. Commencer le traitement lorsque les évaluations indiquent un degré de préparation adéquat.

Détails

Les lignes directrices indiquent qu'il incombe aux fournisseurs de soins d'évaluer le degré de préparation, mais elles ne disent pas *comment* et ne fournissent aucun outil. Notre équipe a mis au point et validé deux outils servant à mesurer le degré de préparation au traitement et la connaissance de celui-ci. Ces outils ont permis d'élaborer trois questionnaires validés fondés sur des données probantes et faciles à utiliser. Toutes les mesures sont auto-déclarées (le patient remplit les questionnaires dans la salle d'attente en 5-10 minutes; les fournisseurs de soins les évaluent en 5 minutes avant de fournir une rétroaction en temps réel. « La recherche montre que la connaissance est un facteur important de fidélité au traitement, et que la dépression est le prédicteur d'observance le plus fréquent, peu importe le problème de santé. La tristesse et le découragement, la difficulté à se concentrer et l'insomnie sont tous des symptômes de la dépression qui gênent l'adhésion au traitement. Nous avons cependant démontré que l'observance s'améliore en soignant la dépression, de sorte qu'il faut repérer celle-ci rapidement et s'en occuper d'abord. »

Résultats à ce jour

L'échelle de degré de préparation au traitement du VIH prédit non seulement la fidélité, mais aussi la numération des lymphocytes T-CD au suivi de 6 mois. En 2006, l'étude STAART sur la fidélité aux traitements a évalué l'intervention en la matière au moyen d'un ECR. L'intervention a permis d'augmenter le degré de préparation et de diminuer la dépression. La mesure s'est traduite par une hausse du degré d'observance et une baisse des charges virales au suivi de 6 mois.

Politique/ programme/ projet : Recherche en matière d'interventions axées sur le déploiement

Présentation : Milton Wainberg

Renseignements : http://asp.cumc.columbia.edu/facdb/profile_list.asp?uni=mlw35&DepAffil=Psychiatry

Objectif

Recenser les interventions efficaces en situation réelle et leur adaptation à des populations, cultures et circonstances particulières.

Principaux éléments

Pour tester une recherche en interventions axées sur le déploiement à l'aide de deux cas précis, nous avons :

- adapté et réalisé la recherche là où sont ou seront prodigués des soins;
- employé des interventions et des principes fondés sur des données probantes;
- été attentifs à la culture;
- inclus les ressources;
- incorporé une technologie abordable;
- orienté la politique.

Détails

Ce type de recherche élabore des interventions qu'il est possible de mettre en œuvre une fois le projet terminé, grâce à la diffusion, à la mise en application et à la participation des principaux décideurs à la planification dès le départ. Nous faisons en sorte que la prestation soit pratique et offerte par les fournisseurs de services disponibles. Les médecins manquant de temps, nous déléguons les tâches. Il faut que l'intervention soit rentable, et la plus rapide et la plus simple possible. À cette fin, nous nous appuyons sur un modèle de soins par étapes, où l'on passe à un degré supérieur seulement si nécessaire, selon la gravité du cas.

Nous avons mis au point un modèle translationnel à 4 étapes pour adapter les interventions à la culture, laquelle ne se limite pas à la langue (les deux modèles viennent du Brésil : l'un s'adresse aux patients séropositifs en soins primaires, l'autre, aux patients psychiatriques). Les quatre étapes sont 1) l'optimisation de la fidélité – principes de prévention du VIH, 2) l'optimisation de l'adéquation – principes d'adaptation, 3) l'équilibre entre la fidélité et l'adéquation – adaptation de l'intervention, 4) l'essai pilote et le peaufinage – intervention finale.

Résultats à ce jour

Nous avons réussi à adapter et à mener à bien deux interventions, et à en démontrer l'efficacité auprès des populations cibles. En voici les principales constatations.

- Chez les patients qui présentent des problèmes de santé graves, notre modèle à étapes s'est avéré efficace et le projet a permis de montrer qu'une intervention peu coûteuse fondée sur la technologie et qui impose peu de demandes additionnelles sur le personnel clinique est réalisable et éventuellement efficace.
- Ce processus de recherche inclusif nous a permis de terminer le recrutement 7 mois à l'avance.
- Des conseillers sans expérience préalable du traitement spécialisé de la toxicomanie ont réalisé l'intervention.
- Grâce à un outil conçu en collaboration avec les principaux décideurs, nous sommes devenus des partenaires au lieu de nous limiter à communiquer les résultats au terme de l'étude, sans grande crédibilité toutefois.
- Nous organisons des conférences de diffusion avec la participation de chercheurs et de coordonnateurs brésiliens en santé mentale et en VIH/sida, qui proviennent du ministère de la santé du Brésil.
- Le projet a permis de planifier d'autres activités avec les responsables du financement et de la mise en œuvre de la recherche, de la formation, de la prestation des services et des politiques.

Politique/ programme/ projet : Étude Hôtel

Présentation : William Honer

Renseignements : <http://www.bcmhari.ca/faculty/honer-william.php>

Objectif

Étude longitudinale servant à évaluer les troubles co-occurents d'une population très démunie à risque de perdre son domicile à Vancouver

Principaux éléments

- Recenser et combler les besoins d'une population qui vit dans des chambres individuelles d'hôtels du quartier *Eastside*, au centre-ville de Vancouver. La plupart des personnes vivent dans une grande pauvreté et ont déjà été itinérants.
- Des études antérieures ont révélé des taux élevés de toxicomanie, de VIH, d'hépatite C et d'usage de drogues injectables.

Détails

- Pour recruter suffisamment de participants, nous avons tenté d'aborder chaque personne vivant dans un hôtel donné – le taux de rétention s'est établi à environ 90 %, et à 75 %-85 % après un an.
- Évaluations de base détaillées incluant examen neurologique et physique, IRM, virologie et hématologie.
- Suivi mensuel des patients et collecte de renseignements de base; nouvelle évaluation complète après un an.
- Prestation de services de santé opportune car les problèmes sont recensés et les participants sont consentants.

Résultats à ce jour

Données préliminaires pour l'instant mais qui révèlent un grand nombre de maladies chroniques non détectées.

Toxicomanie importante

- Principalement la polytoxicomanie : tabac, cocaïne, alcool et comportements à risques associés (p. ex., relations sexuelles non protégées).
- Usage de drogues injectables – la moitié en fait un usage quotidien, mais le partage de seringues est rare; la presque totalité a recours aux programmes d'échange de seringues (75 % fréquentent l'organisme *InSite*).
- Le partage de pipes à *crack* constitue un risque élevé de transmission de l'hépatite C.

Maladie mentale

- 85 % ont une maladie mentale – la psychose est étonnamment élevée et touche la moitié des personnes; le tiers souffre d'un trouble de l'humeur.
- Presque tous les membres de cette population ont vécu des expériences traumatisantes, mais le diagnostic de trouble de stress post-traumatique est étonnamment faible.
- Environ la moitié ont déjà été traités pour une maladie mentale, mais seulement 9 % ont été institutionnalisés.

Fonctionnement cognitif

- Les différents tests révèlent des troubles de mémoire.
- Les maladies neurologiques sont répandues.
- Les deux tiers déclarent avoir été blessés à la tête dans le passé, mais ce nombre augmente au moment de l'évaluation : anévrismes, risques d'AVC et nombre d'exemples de pertes de tissus cérébraux aux causes multiples.

VIH

- Le taux d'infection au VIH est de 19 %; le statut d'une seule personne n'avait pas été établi.
- 95 % prennent des antirétroviraux, mais la fidélité au traitement est inférieure à 50 %; on peut soigner ces personnes.
- Le dépistage du VIH et les soins sont élevés; établit une norme relative à la maladie mentale, où un faible nombre est pris en charge.

Politique/ programme/ projet : Lieux positifs, lieux sains

Présentation : Jay Koornstra

Renseignements : <http://www.pshp.ca/>

Objectif

Déterminer si un logement stable peut contribuer à prévenir le VIH et améliorer les soins, grâce à la première étude longitudinale communautaire canadienne sur le logement, la santé et le VIH.

Principaux éléments

Objectifs de l'étude :

1. Établir une base de référence et effectuer l'analyse continue des conditions de logement des personnes séropositives en Ontario.
2. Étudier les facteurs influant sur les conditions de logement et la stabilité des personnes séropositives, leurs incidences sur la santé mentale et sur l'accès et le recours aux soins de santé, aux traitements et aux services sociaux.
3. Déterminer les options de logement souhaitées ou requises par les personnes séropositives afin de leur assurer l'accès aux soins de santé, aux traitements et services sociaux.
4. Déterminer l'éventail d'options de logement et de soutien dont disposent actuellement les personnes séropositives en Ontario.
5. Déterminer les caractéristiques des cadres de vie et des environnements favorables pour les personnes séropositives qui seraient adaptés aux divers stades de l'évolution de la maladie.
6. Cerner la diversité des expériences au chapitre du logement et de l'itinérance des personnes séropositives.

Détails

Les personnes séropositives/sidéennes qui connaissent de l'instabilité au plan du logement sont plus susceptibles de souffrir de problèmes de dépendance et de consommation d'alcool et autres drogues (31 % – 54%), d'être dépressives (50 % -- 64 %), de présenter une plus faible numération des lymphocytes CD4, une charge virale plus élevée et des taux de mortalité plus élevés. Elles sont moins enclines à faire appel à certains services ou à suivre leurs plans de traitement. Déménager accroît les risques de dépression – Déménager plus de trois fois fait exploser ces risques; le sens d'appartenance à un voisinage est important; l'acquérir ou le maintenir fait diminuer les états dépressifs.

Résultats à ce jour

Il est prouvé que logement = prévention, santé, bons soins de santé, bonne politique, diminution de la transmission. L'étude a fourni des preuves qui ont entraîné un éventail de nouveaux investissements dans le logement pour les personnes séropositives. Des organismes comme Bruce House manquent souvent de ressources et d'expertise pour soutenir adéquatement les personnes vivant avec le VIH/sida et ayant des problèmes de santé mentale/dépendance aux drogues; nous collaborons maintenant avec d'autres experts et organismes communautaires afin d'apporter des services que nous ne pourrions fournir seuls et d'influer de concert sur les politiques. Des programmes novateurs comme la gestion dynamique des cas et les suppléments au logement sont des composantes essentielles si l'on veut aborder les questions de santé mentale, d'abus des drogues et de besoin en logement des personnes qui vivent avec des affections comorbides associées au VIH. Une collaboration est en cours à l'échelle nationale afin d'influer sur les politiques nationales/provinciales portant sur le VIH, le logement et la santé. Il faut continuer à faire pression sur les pouvoirs publics canadiens afin de mettre sur pied une stratégie nationale en matière de logement.

Politique/ programme/ projet : At Home/ Chez Soi

Présentation : Tim Aubry

Renseignements : <http://www.mentalhealthcommission.ca/English/Pages/homelessness.aspx>

Objectif

Projet pilote/essai à sites multiples mené dans 5 villes canadiennes pour mettre à l'essai différentes façons d'implanter l'approche de la « priorité au logement ».

Principaux éléments

- 110 M\$ de financement alloué par le gouvernement fédéral sur 5 ans, avant tout en appui à des services mais également à la recherche intégrée dès le début du projet.
- L'approche « priorité au logement » met un accent considérable sur le choix; emplacements éparpillés (surtout des appartements privés); supplément au loyer afin de garantir que pas plus de 30 % des revenus est consacré à se loger; accent mis sur le paiement effectif du loyer.
- Les travailleurs en aide au logement collaborent étroitement avec les intervenants en santé mentale. Les services de traitement et de soutien sont bénévoles, personnalisés, adaptés aux réalités culturelles, déplaçables. Le modèle est en train d'être étendu afin d'y inclure les soins primaires, les mesures de soutien professionnel et les populations à besoins particuliers.
- Il n'y a pas de conditions d'être prêt à se loger; il n'est pas exigé des participants qu'ils suivent un traitement.

Détails

- Plus important projet communautaire au monde sur la santé mentale à associer logement et soutien.
- Exigences que le loyer soit payé directement au propriétaire et visites hebdomadaires assurées par une équipe de soutien.
- La plupart des participants viennent de la rue ou de refuges pour itinérants – 80 % sont des sans-abri ou ayant des antécédents marqués d'itinérance.
- Tous ont un problème grave ou plus de santé mentale – nombre d'entre eux ont indiqué être atteints de multiples troubles co-occurents à la consommation de drogues; 35 % ont fait état de symptômes modérés à élevés de risques de suicide.
- Plus de 90 % d'entre eux sont atteints d'au moins une affection chronique, 23 % s'autoévaluent comme souffrant d'hépatites B/C et 4 % du VIH.
- Ils font face à de multiples défis : 94 % sont sans emploi, 55 % n'ont pas terminé le secondaire, état de pauvreté extrême.
- Nombreux efforts mis dans l'intégration des soins primaires en liant ou en impliquant des équipes – ce n'est pas seulement une question de santé mentale.
- L'itinérance coûte annuellement 1,4 G\$ aux Canadiens.

Résultats à ce jour

La relocalisation est une dimension attendue de la démarche « priorité au logement »; cela peut prendre plusieurs appartements différents avant que les personnes trouvent un endroit qui leur convient. Près de 70% en sont encore à leur premier logement, 20 % à leur second et commençant à vivre un début de stabilité en matière de logement. Le concept : commencer par le logement; plutôt que de leur dire qu'ils ne sont pas prêts et qu'ils doivent régler d'abord leur problème de consommation, et maîtriser leur problèmes de santé mentale. « On s'aperçoit qu'une fois que les gens sont logés – qu'ils ont leur intimité, leur indépendance et qu'ils se sentent en sécurité – ce n'est que le commencement; ils se mettent alors à penser au prochain chapitre de leur vie. » Ils envisagent de retourner à l'école, de recevoir une formation, donc il faut travailler davantage sur un éventail de services. D'un point de vue anecdotique, ce que nous entendons jusqu'à maintenant, c'est à quel point cela a été positif pour les gens. Le niveau d'appréciation est étonnant.

Politique/ programme/ projet : Normes relatives au soutien psychologique des adultes vivant avec le VIH

Présentation : Ruth Lowbury

Renseignements : <http://www.medfash.org.uk/>

Objectif

Élaborer des normes de soutien psychologique pour les adultes vivant avec le VIH/sida.

Principaux éléments

- Élaborées en partenariat avec la *British Psychological Society* et la *British HIV Association* .
- Il a fallu commencer par convenir d'une définition de *soutien psychologique*.
- Clef de la réussite – Conçues expressément pour ne pas être spécifiques à un groupe donné de professionnels; les normes incluent la promotion d'une santé mentale positive, et s'appliquent aux prestataires de soins en milieux cliniques comme en milieux communautaires.
- Publiées en novembre 2011

Détails

- La *British Psychological Society* qui voulait mettre de l'avant une recommandation d'élaboration de normes s'est adressée à nous car nous avons des antécédents en matière d'élaboration de normes.
- Le projet a démarré en réponse à des rapports provenant de pratiques très différentes de tout le pays; on peut assurer un soutien psychologique avec une infrastructure très restreinte.
- Même s'il existe de bonnes directives médicales pour le VIH, il n'y a rien qui traite la dimension psychologique des besoins.
- Les partenaires comprennent de nombreux organismes professionnels et bénévoles.

Processus :

- La première étape a consisté à produire des définitions des normes que nous allions proposer.
- Nous les avons modifiées après avoir pris connaissance des priorités auprès des intervenants clés.
- Des versions préliminaires ont été présentées aux fins de consultation puis retravaillées en fonction des commentaires reçus.
- Nous avons demandé l'aval officiel de tous les organismes de professionnels du groupe de travail, afin de donner de la légitimité, de la crédibilité et de la solidité auprès des personnes destinées à appliquer ces normes.

Résultats à ce jour

- Huit normes ont été définies avec des orientations claires à l'intérieur d'un modèle des soins échelonnés.
- La diffusion continue a commencé par les intervenants individuels, qui agissent à titre de champions et cherchent des possibilités de financement prolongé chaque fois que possible.
- Le prochain objectif est de publier un résumé succinct plus facilement accessible.
- Au début, nous n'avions pas la capacité de traiter des questions touchant les enfants; un autre groupe vient de s'y mettre.

Politique/ programme/ projet : Livres audio pour l'éducation en santé mentale des personnes vivant avec le VIH/sida

Présentation : Elizabeth Matare

Renseignements : <http://www.sadag.org/>

Objectif

Fournir des données essentielles relatives à la santé à propos du VIH et de la santé mentale dans des contextes de pauvreté et de faible niveau d'alphabétisation en Afrique du Sud.

Principaux éléments

- Création de *Speaking Books* afin de lutter contre les préjugés et la discrimination, et d'assurer du soutien où l'on manque de travailleurs de la santé.
- Collectivités responsabilisées envers la santé pour qu'elles s'en préoccupent.
- Certains des livres ciblent les enfants et sont distribués dans les écoles, car de nombreux jeunes ont besoin de ce type d'intervention.
- Couvertures cartonnées, riches illustrations d'illustrateurs locaux, 16 pages et bande sonore de 30 secondes par page.
- Livres distribués par l'entremise de dispensateurs de soins à domicile et d'éducateurs en santé au cours d'ateliers de renforcement des capacités.
- Publications multilingues employant les langues des régions, et introduisant des personnalités modèles dans les bandes sonores.
- Sensibilisation locale et accès aux publics cibles par le biais des cliniques, salons de coiffure, stations de taxis, tavernes, associations de femmes, mariages, gares routières, églises, mines, matches de football.
- Production de la *Regional Psychosocial Support Initiative (RePSSI)* avec divers partenaires.

Détails

En Afrique du Sud, 1 personne sur 10 est séropositive, et 1 sur 5 a des problèmes de santé mentale – mais il n'y a aucune reconnaissance de l'existence de cette dimension. Les stratégies nationales sur le VIH/sida sont explicites et elles n'incluent pas la santé mentale. Les programmes soutenus par des donateurs sur le VIH/sida financent les problèmes de santé physique en excluant complètement la santé mentale – alors, comment intégrer les services?

La stigmatisation et la discrimination sont élevés et les prestataires de soins sont rares; la plupart des problèmes passent encore inaperçus et on n'y répond pas. Globalement, l'analphabétisme est élevé; c'est une question touchant la santé et potentiellement mortelle, car la compréhension des procédures médicales et des prescriptions est limitée, de même que la capacité de s'y retrouver dans le système de santé; difficulté à comprendre le régime médical. Ces livres sont fondés sur l'évaluation des besoins propres au pays en matière de renseignements sur les soins de santé relatifs au VIH et à la santé mentale.

Résultats à ce jour

Les audio-livres favorisent la discussion sur des questions de soins de santé affligés par les préjugés, sur la vie privée, et traitent des attitudes et de la stigmatisation. Leur objectif : contribuer à la reconnaissance précoce des problèmes de santé mentale, aux diagnostics et aux options de traitements. Ils font appel à plusieurs sens, contribuent à attirer l'attention sur des sujets précis et sont plus efficaces pour faire passer des messages précis; les messages sont *lus* et *entendus*, donc plus facilement retenus. En l'absence de personnel formé, cet outil amplifie l'auto-éducation dans les langues locales et ne demande pas d'électricité. Les audio-livres favorisent les changements sociaux et comportementaux. Autonomie financière, rentabilité, incidences positives et effet multiplicateur : chaque livre atteint au moins 27 personnes. Ils ont prouvé leur efficacité à sensibiliser au VIH/sida et à la santé mentale. Étape utile dans le cadre d'efforts plus grands pour diminuer la stigmatisation, faire de la sensibilisation et influencer sur les politiques gouvernementales en faveur d'une plus grande reconnaissance et de l'intégration de la santé mentale.

Politique/ programme/ projet : Personnes GLBT des 1res Nations

Présentation : Art Zoccole

Renseignements: www.2spirits.com/

Objectif

Créer un espace au sein duquel les personnes GLBT autochtones peuvent évoluer et se regrouper en tant que communauté, favorisant ainsi une image positive, célébrant notre passé et construisant l'avenir – comblant le fossé existant entre les communautés GLBT et notre identité autochtone.

Principaux éléments

- Assure une éducation en matière de VIH/sida, sensibilisation, prévention, soutien et conseils, réduction des risques, promotion de la santé.
- Intègre les guérisseurs traditionnels autochtones afin d'aider les personnes ayant des problèmes de santé mentale; organise des activités sociales, culturelles et récréatives.
- Œuvre en partenariat avec d'autres organismes autochtones (qui desservent près de 7 000 Autochtones vivant à Toronto) afin de mettre leurs clients en contact avec des services comme les sueries traditionnelles ou des visites à des aînés.
- Collabore avec les autorités régionales pour qu'elles fournissent des approches et des interventions afin de diminuer les risques - échanges de seringues, préservatifs, trousse à crack – et services d'aide en santé mentale.

Détails

« J'estime que nous sommes terrés derrière des sacs de sable dans cette guerre. » Nous avons découvert que 100 % de nos clients connaissent des problèmes de santé mentale, notamment la dépression, la consommation de drogues; nous nous attaquons à un vaste éventail de questions complexes avec un personnel très réduit et aucun psychiatre associé à notre organisme. Une composante importante de notre organisme est d'être l'endroit où les gens peuvent toujours venir, quoi qu'il arrive – nous ne les obligeons pas à venir à des rendez-vous ou à changer; nous travaillons plutôt avec eux selon ce qu'ils désirent. Pour nos clients, nous sommes la dernière chance.

Résultats à ce jour

- Organisme unique qui doit lutter contre la stigmatisation et la discrimination non seulement à l'égard du VIH, mais également en matière d'homophobie; nous avons élaboré une politique de non-discrimination, présentée et mise au point avec des organismes autochtones de tout le grand Toronto.
- Conseils et aiguillages, aide pratique (avec une liste de clients de plus de 200 personnes).
- Sensibilisation et éducation par le biais, notamment, d'ateliers, de présentations, de discussions de groupes, de cercles de guérison et de séances de formation.
- Le programme de services bénévoles et de développement comprend des activités communautaires, des programmes pour les bénévoles, des activités sociales et culturelles (avec l'aide de chefs spirituels traditionnels); nous avons 80 bénévoles actifs.
- Notre programme de soins à long terme comprend le programme de jumelage (*Buddy Program*), les soins palliatifs et les soins à long terme.
- Programme de recherche, projet d'élaboration de programme d'enseignement afin de traiter les besoins des personnes bispirituelles en matière d'accès à la santé.

Suggestions découlant des discussions du Dialogue

| Projet | Objectif | Éléments clés | Pour en savoir davantage |
|--|--|---|---|
| WhizzKids United Petits génies unis Afrique du Sud Administré par Africaid | Offrir l'excellence en matière de prévention du VIH/sida, de soins et de soutien, et de traitements aux jeunes du monde entier par l'entremise du football (soccer). | Programme de 3 mois axé sur le football pour éduquer les adolescents : compétences de vie, égalité des sexes, santé et prévention du VIH/sida. <ul style="list-style-type: none"> • École de la santé – conseils, soutien, tests, traitement. • Aptitudes à la vie quotidienne. • Pour hommes/femmes – devenir des coéquipiers plutôt que des victimes. • Éducation par les pairs. | http://www.whizzkidsunited.org/ <i>(Suivi possible avec Louise Balfour)</i> |
| Lifesavers condom covers Emballages de condoms en forme de bouées de sauvetage Pauktuutit Femmes inuites du Canada | Accroître la sensibilisation, et l'éducation sur l'importance de l'emploi du préservatif. | <ul style="list-style-type: none"> • Emballages de préservatifs à motifs animaliers – censés être amusants tout en attirant l'attention | http://www.pauktuutit.ca/VIH/downloads/Poster/s/condom_poster.pdf |
| Diffusion of Effective Behavioral Interventions (DEBI) Interventions efficaces en matière de comportement Centres pour la prévention et la lutte contre les maladies (CDC) | Créer des ressources afin de répondre aux fournisseurs de services de prévention qui ont demandé de l'information fondée sur des preuves à propos des interventions qui donnent des résultats. | <ul style="list-style-type: none"> • Recueil en ligne mis à jour chaque année des interventions de prévention du VIH fondées sur des preuves ; comprend les interventions comportementales scientifiquement prouvées qui réduisent sensiblement les risques de transmission du VIH. • Comprend maintenant plus de 60 interventions comportementales fondées sur des preuves, personnalisées, applicables à des groupes et à l'échelle des collectivités en matière de VIH. • Formation et aide technique fournies pour s'assurer de la durabilité de ces programmes d'interventions efficaces. | http://www.cdc.gov/VIH/topics/research/prs/evidence-based-interventions.htm |
| Talking points Points de discussion NAM, R.-U. | Aider les gens à parler à leur médecin des traitements pour le VIH afin de maximiser le traitement et améliorer l'adhésion. | <ul style="list-style-type: none"> • Un outil en ligne qui crée une liste de contrôle à apporter chez le médecin. • Aide à préparer une liste des points importants à aborder, pour s'assurer que le traitement le plus pertinent est choisi et que les questions d'observance sont traitées. • CATIE au Canada est en train de réviser cet afin d'en faire une application à télécharger dans son téléphone intelligent. | http://www.aidsmap.com/resources/Talking-points/page/2142225/ |

| Projet | Objectif | Éléments clés | Pour en savoir davantage |
|---|---|---|--|
| <p>Positive Outlooks : Working with HIV/Aids, Depression and Rehabilitation</p> <p>Perspectives positives : Travailler avec le VIH/sida, dépression et réinsertion</p> <p>Groupe de travail canadien sur le VIH et la réinsertion sociale</p> | <p>Renforcer les capacités pour les travailleurs en réinsertion, les intervenants de première ligne et autres intervenants en soins de santé liés au VIH afin de cerner et de traiter adéquatement les questions de dépression chez les personnes séropositives ou vulnérables au VIH ou autres maladies épisodiques.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Élaborer et piloter un cours avec des intervenants de première ligne et en réinsertion liée au VIH de tout le Canada. • Souvent, les plus susceptibles de rencontrer des personnes ayant des problèmes de santé mentale sont les moins susceptibles d’avoir reçu la formation pertinente; ils ne sont pas en mesure de composer avec des clients difficiles et finissent par être frustrés d’être incapables de résoudre ces problèmes. • Élaborer un réseau de tous les participants aux cours comme mécanisme de soutien et d’apprentissage continu et durables. | <p>http://www.hivandrehab.ca/EN/information/care_providers/PositiveOutlookWorkingwithHIVDepressionandRehabilitation.htm</p> |
| <p>Masivukeni (let’s wake up)</p> <p>Réveillons-nous</p> <p>Afrique du Sud Columbia University</p> | <p>Projet pilote en matière d’adhésion aux soins et au traitement du VIH en Afrique du Sud.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Fondé sur une intervention probante en matière d’adhésion axée sur le couple et appelée « SMART Couples ». • Procure un protocole détaillé à suivre par les conseillers lorsqu’ils viennent en aide à des patients qui n’observent pas leurs traitements. • Fournit aux patients des activités interactives et des vidéos qui aident à comprendre l’importance de l’observance du traitement. • Fait appel à un appui de la part de quelqu’un dans leur entourage afin de comprendre ensemble l’importance de l’adhésion au traitement. | <p>http://masivukeni.ccnmtl.columbia.edu/</p> |
| <p>International Indigenous Working Group on HIV/AIDS</p> <p>Groupe de travail international autochtone sur le VIH/sida</p> | <p>Renforcer la collaboration entre les collectivités indigènes internationales et les intervenants dans la lutte contre le VIH/sida, par l’entremise du réseautage et de la mise en commun de pratiques éclairées. Faire la promotion du transfert des connaissances adaptées aux particularités culturelles.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Accroît l’intégration de la lutte au VIH/sida et des peuples indigènes à l’échelle internationale. • Améliore la réelle volonté d’inclusion des peuples indigènes au chapitre des politiques de recherches et du développement des programmes. • Assure que les peuples indigènes sont représentés avec plus d’exactitude dans les données épidémiologiques sur le VIH/sida. • Accroît l’appui au renforcement des capacités afin d’intégrer les peuples indigènes dans la lutte contre le VIH/sida. • Garantit que les questions touchant les peuples indigènes et le VIH/sida seront présentées à la prochaine conférence de l’IAS à Vienne | <p>http://www.iiwgha.com/en/#/homepage/</p> |

| Projet | Objectif | Éléments clés | Pour en savoir davantage |
|---|---|---|---|
| CIHR Institute of Aboriginal Peoples' Health Institut de la santé des Autochtones des IRSC Canada | L'ISA favorise l'avancement d'un programme national de recherche en santé pour améliorer et promouvoir la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis du Canada, par la recherche, l'application des connaissances et le renforcement des capacités. | <ul style="list-style-type: none"> • L'un des 13 Instituts mis sur pied dans le cadre des IRSC (2000) • A rendu possibles la création de bourses et le lancement de projets de recherche d'envergure au Canada. • A été créé pour combler les lacunes de nos connaissances au plan de la santé des Autochtones qui est moins bonne que celle des autres Canadiens. • Axé non seulement sur la maladie, mais aussi sur le bien-être. Nous voulons, notamment, savoir comment des facteurs comme la culture et la spiritualité des Amérindiens peuvent influencer sur la santé et le bien-être. | http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/8668.html <i>(Suivi possible avec Louise Nadeau)</i> |
| National Aboriginal Youth Council on HIV/Aids Conseil national de la jeunesse autochtone sur le VIH/sida Canada | Des jeunes Autochtones de tout le Canada ont collaboré à la mise sur pied d'un plan d'action stratégique national sur le VIH/sida. | <ul style="list-style-type: none"> • Mise sur pied d'un répertoire des messages/programmes de prévention du VIH existants et spécifiques aux jeunes Autochtones. • Analyse documentaire sur les messages de prévention du VIH/sida destinés aux jeunes indigènes et Autochtones. • Recommandations sur la façon de concevoir, d'élaborer et de mettre en œuvre des messages efficaces de prévention du VIH axés spécifiquement sur les jeunes Autochtones. | http://caan.ca/2010/08/31/canadian-aboriginal-aids-network-12th-annual-general-meeting/?lang=en |
| Special Needs Clinic New York- Presbyterian Morgan Stanley Children's Hospital/ Columbia University Medical Center Clinique pour clientèle aux besoins spéciaux É.-U. | Fournir des services exhaustifs en matière de santé mentale aux enfants, aux adolescents et aux parents infectés avec le VIH/sida ou vivant avec le VIH/sida dans la famille. | <ul style="list-style-type: none"> • Modèle novateur de soins qui peut traiter plusieurs membres d'une même famille; les problèmes de santé mentale particuliers à chaque personne sont abordés dans un contexte d'attention accordée aux besoins de toute la famille. • S'occupe de l'humeur, de l'anxiété et de l'attention et du comportement des enfants; conflits familiaux; adaptation à la maladie; observance des traitements. • Pour soutenir l'adhésion, travaille en collaboration étroite avec les prestataires de soins primaires en matière de VIH/sida. • L'équipe comprend des psychiatres, psychologues et des travailleurs sociaux cliniques ainsi que des gestionnaires de cas et un enseignant. | http://childrensnyp.org/mschony/specila-needs-clinic.html |
| Ontario HIV et Substance Use Training Program Programme de | Fournir de la formation sur la consommation de drogues et d'alcool aux prestataires de services en santé mentale et | <ul style="list-style-type: none"> • Accent mis sur les fournisseurs de services de première ligne. • Financé par Fife House et le gouvernement provincial. • Cours de formation de deux jours. • Services offerts gratuitement dans toute la province. | http://www.ohsutp.ca/ |

| Projet | Objectif | Éléments clés | Pour en savoir davantage |
|--|--|--|---|
| formation sur le VIH et la toxicomanie Canada | connexes afin d'accroître les connaissances sur le VIH/sida et de faire la promotion du développement des compétences. | <ul style="list-style-type: none"> Sujets d'ateliers : VIH/sida 201, Réduction des risques, Co-infection par le virus de l'hépatite C et le VIH, Drogues 101, Stigmatisation et discrimination, Divulgarion et questions légales, Questions liées au counselling. | |
| iSpeak: Exploring the VIH-related perspectives, needs et challenges of African, Caribbean et Black (ACB) heterosexual men in Ontario iSpeak : Exploration des perspectives, des besoins et des défis relativement au VIH parmi les hommes hétérosexuels africains, caribéens et noirs (ACN) en Ontario (Recherches financées par le CRS) Canada | Impliquer les hommes hétérosexuels africains, caribéens et noirs dans la réponse au VIH, et amener les chercheurs, les prestataires de soins, les décideurs et les autres intervenants à répondre aux besoins liés au VIH et aux contextes propres aux hommes hétérosexuels ACN. | <ul style="list-style-type: none"> Comprendre les besoins, les défis et les priorités en matière de VIH des hommes hétérosexuels ACN et les stratégies possibles à cet égard. Comprendre les programmes actuels, déterminer les lacunes dans la base de connaissances et déterminer les besoins de recherche pour soutenir les programmes et les politiques. Former une équipe de recherche qui représente les principaux intérêts des intervenants. Élaborer au moins une étude de recherche visant à s'attaquer à la priorité la plus pressante. Amorcer un processus visant à renforcer les programmes et les politiques qui concernent les hommes hétérosexuels ACN parmi les membres du CACVO. | http://www.srchiv.ca/en/index.php/research/project/ispeak#abstract |
| Regional Psychosocial Support Initiative (REPSI) Projet régional de soutien psychosocial Afrique | S'assurer que tous les enfants ont accès à un soutien social et émotionnel de qualité. | <ul style="list-style-type: none"> Œuvrer à diminuer les incidences sociales et émotionnelles dévastatrices du VIH et du sida, de la pauvreté et des conflits chez les enfants et les jeunes dans 13 pays de l'est et du sud de l'Afrique. Maintenir des partenariats avec les gouvernements, les partenaires de développement, les organismes internationaux et les ONG de la région. Fournir une aide et des conseils techniques aux partenaires qui déploient des programmes visant à renforcer la capacité des collectivités et des familles à prendre soin des enfants et des jeunes et à les protéger. | http://www.repsi.org/ (Suivi possible avec Melissa Sharer) |
| Positive Leadership Development Institute | Aider les personnes vivant avec le VIH/sida à réaliser leur potentiel de leadership et à accroître leur | <ul style="list-style-type: none"> Partenariat entre le Réseau ontarien sur le sida et le Pacific AIDS Network Formation de base en leadership visant à déterminer des valeurs | http://ontarioaidsnetwork.on.ca/pha_leadership.php |

| Projet | Objectif | Éléments clés | Pour en savoir davantage |
|--|---|---|---|
| Institut de formation du leadership positif Canada | aptitude à participer activement à la vie de leur collectivité. | et une philosophie personnelles; acquisition de compétences et pratiques de leadership; acquisition de connaissances et de sensibilisation communautaires. <ul style="list-style-type: none"> • Formation des conseils de gestion et à la gouvernance - « Bored? Get on Board! » • Communications | |
| AIDS Bereavement and Resiliency Program of Ontario Programme ontarien sur le deuil et la résilience liés au sida Canada | Soutenir la résilience des travailleurs, des organismes et de la collectivité face à des pertes multiples associées au sida. | <ul style="list-style-type: none"> • Aider les intervenants à maintenir des niveaux élevés de service humain. • Aider les organismes à conserver du personnel professionnel et bénévole de qualité, notamment les membres des conseils de gestion. • Aider les collectivités à répondre efficacement aux divers groupes qui ont actuellement besoin d'appui. | http://www.abpo.org/ |
| African Centre for Childhood Centre africain de l'enfance Afrique | Nouer des partenariats en vue de créer et offrir de la formation à distance contextuelle pour appuyer les personnes qui prennent soin d'enfants, de familles et de collectivités à risques | <ul style="list-style-type: none"> • Modèle de divulgation. • Partenariat du REPSSI, de l'université de KwaZulu-Natal et de l'UNICEF. • Programme de certificat d'apprentissage ouvert et à distance; 500 étudiants de 8 pays l'ont déjà achevé. • Élaboration d'un programme de diplômes. • Conçu pour permettre aux gens qui travaillent auprès des enfants à risques de commencer à obtenir une qualification formelle qui améliorera leur efficacité et les orientera sur la voie d'un perfectionnement éducationnel et professionnel. | www.acchildhood.org/ <i>(Suivi possible avec Lorraine Sherr)</i> |
| HIV Clinical Resource Ressources cliniques en soins du VIH É.-U. | Faire office de ressource centrale en ligne en fournissant aux personnes qui assurent des services auprès des personnes infectés par le VIH, des outils de pointe afin d'assurer la prestation de soins cliniques de la plus haute qualité. | <ul style="list-style-type: none"> • Collaboration du New York State Department of Health AIDS Institute et de la Johns Hopkins University • Les outils incluent : directives cliniques pour la gestion médicale des enfants, des adolescents, et des adultes infectés par le virus du VIH; pratiques exemplaires reliées aux soins cliniques du VIH; outils pédagogiques comprenant des diaporamas de formation sur des sujets connexes au VIH; documentation sur l'amélioration de la qualité; logiciel d'amélioration de la qualité des interventions propres au VIH; données de rendement clinique. | http://www.hivguidelines.org/ |

| Projet | Objectif | Éléments clés | Pour en savoir davantage |
|--|---|---|--|
| HealthyHousing.ca Logements sains Canada | Se consacrer à fournir des renseignements reliés au logement et au VIH/sida dans tout le Canada | <ul style="list-style-type: none"> • Carte conviviale des services reliés au VIH/sida et/ou au logement dans tout le pays. • Recherches et publications, articles écrits spécifiquement pour les personnes vivant avec le VIH/sida, pour les prestataires de services et les chercheurs, informations locales. • Occasion de poser des questions au groupe d'experts de HealthyHousing.ca. • Conçu pour les personnes vivant avec le VIH/sida, pour les organismes de service sur le sida et les fournisseurs de logement, les chercheurs et les décideurs. | www.HealthyHousing.ca |

Annexe B : Ordre du jour du dialogue

| Le lundi 30 janvier 2012 | |
|--------------------------|---|
| 8 h 30 – 9 h | Inscription |
| 9 h – 9 h 30 | Mot de bienvenue et présentations |
| 9 h 30 – 10 h 45 | Premier groupe d'experts : Aperçu du VIH/sida et de la santé mentale <ul style="list-style-type: none"> • <i>Lorraine Sherr (aperçu)</i> • <i>Sean Rourke (plan neurocognitif)</i> • <i>Robert van Voren (droits de la personne)</i> |
| 10 h 45 – 11 h 15 | Pause |
| 11 h 15 – 12 h | Discussion animée |
| 12 h – 13 h | Dîner |
| 13 h – 15 h | Café du savoir n° 1 : Pratiques prometteuses dans les domaines des politiques et des programmes sur le VIH/sida et la santé mentale au sein de populations particulières <ul style="list-style-type: none"> • <i>Femmes – Julie Maggi</i> • <i>Survivants vieillissant et de long date – Louise Nadeau</i> • <i>Diaspora africaine et noire – Wangari Tharao</i> |
| 15 h – 15 h 30 | Pause |
| 15 h 30 – 17 h | Discussion de groupe d'experts : VIH/sida, santé mentale et conformité des antirétroviraux (ARV) <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sean Rourke (plan neurocognitif)</i> • <i>Darien Taylor (adhésion)</i> • <i>Louise Balfour (adhésion)</i> |
| Le mardi 31 janvier 2012 | |
| 9 h – 10 h 30 | Discussion de groupe d'experts : Pratiques prometteuses dans les domaines des politiques et des programmes sur le VIH/sida et la santé mentale chez les Autochtones <ul style="list-style-type: none"> • <i>Randy Jackson</i> • <i>Tracy O'Hearn</i> • <i>Art Zoccole</i> • <i>Rawiri Evans</i> |
| 10 h 30 – 11 h | Pause |
| 11 h – 12 h | Discussion de groupe d'experts : VIH/sida, santé mentale et invalidité <ul style="list-style-type: none"> • <i>Emelia Timpo</i> • <i>Wendy Porch et Elise Zack</i> |

| | |
|-------------------------------------|---|
| 12 h – 13 h | Dîner |
| 13 h – 14 h 30 | <p>Café du savoir n° 2 : Pratiques prometteuses dans les domaines des politiques et des programmes sur le VIH/sida et la santé mentale au sein de populations particulières</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Enfants et jeunes – Melissa Sharer</i> • <i>HSH – Dr. Francisco Ibanez-Carrasco</i> • <i>Post-conflit – Ilana Lapidos-Salaiz</i> |
| 14 h 30 – 15 h | Pause |
| 15 h – 16 h 30 | <p>Discussion de groupe d'experts : Pratiques prometteuses dans les domaines du VIH/sida, de la santé mentale et des toxicomanies</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Milton Wainberg</i> • <i>William Honer</i> • <i>Louise Balfour</i> |
| Le mercredi 1er février 2012 | |
| 9 h – 10 h 15 | <p>Discussion de groupe d'experts : Pratiques prometteuses dans les domaines du VIH/sida, de la santé mentale et du logement</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Jay Koornstra</i> • <i>Tim Aubry</i> |
| 10 h 15 – 10 h 45 | Pause |
| 10 h 45 – 12 h | <p>Discussions en plénière : Pratique exemplaire, défis communs et principaux thèmes</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ruth Lowbury</i> • <i>Elizabeth Matare</i> • <i>Taghi Yasamy</i> • Rapport du rapporteur, suivi d'une discussion animée |
| 12 h – 13 h 30 | Dîner |
| 13 h 30 – 14 h 45 | Discussions ouvertes : Prochaines étapes? |
| 14 h 45 – 15 h 15 | Pause |
| 15 h 15 – 16 h 15 | Discussions en plénière : Prochaines étapes? |
| 16 h 15 – 16 h 30 | <p>Récapitulation et prochaines étapes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gloria Wiseman, directrice, Direction des affaires internationales, Direction générale de la politique stratégique, Santé Canada |

Annexe C : Liste des participants

Ugochukwu Amanyeiwe

Agence américaine pour le développement international (USAID)

Kazimiera Adamkowski

*Division des programmes et des partenariats,
Centre de la lutte contre les maladies
transmissibles et les infections
Agence de la santé publique du Canada*

Tihut Asfaw

*Analyste principal des politiques
Direction générale de la santé des Premières
nations et des Inuits, Santé Canada*

Tim Aubry

Commission de la santé mentale du Canada

Louise Balfour

Institut de recherche en santé d'Ottawa

Pierre Claver-Bigirimana

*Spécialiste de la santé
Agence canadienne de développement
international*

Claire Checkland

Commission de la santé mentale du Canada

Ken Clement

*Président-directeur général
Réseau canadien autochtone du sida (CAAN)*

Pamela Collins

*Directrice du Bureau pour la recherche sur les
disparités et la santé mentale globale et du Bureau
de la recherche sur la santé mentale en milieu rural
Institut national sur la santé mentale (NIMH)*

Francine Cournos

*Professeur de psychiatrie clinique (en
épidémiologie)
Université Columbia
Mailman School of Public Health*

Jennifer Dotchin

*Gestionnaire, Centre d'échange des connaissances
Commission de la santé mentale du Canada*

Rawari Evans

Lower Hutt District Health Board

Benedikt Fischer

*Professeur et titulaire d'une chaire IRSC/ASPC en
santé publique appliquée
Centre for Applied Research in Mental Health and
Addiction
Université Simon Fraser*

Pablo Gelso

*Secrétariat des partenariats de lutte contre
l'itinérance
Direction générale de la sécurité du revenu et du
développement social
Ressources humaines et Développement des
compétences Canada*

Nathalie Gendron

*Institut des neurosciences, de la santé mentale et
des toxicomanies
Instituts de recherche en santé du Canada*

Anna Gruending

*Direction des affaires internationales
Santé Canada*

Jennifer Gunning

*Directrice adjointe
Instituts de recherche en santé du Canada*

William Honer

*Professeur et directeur, Département de
psychiatrie
Université de la Colombie-Britannique*

Francisco Ibáñez-Carrasco

*Gestionnaire de programme
Universités sans murs*

Randy Jackson
Directeur de recherche et de programmes
Réseau canadien autochtone du sida (CAAN)

Manizha Khaitova
Directrice
Centre sur la santé mentale et le VIH/sida
Tadjikistan

Dilbar Karobekova
Clinicien
Tadjikistan

Jennifer Kitts
Coalition interagence sida et développement (CISD)
Ottawa, Ontario

J.J. (Jay) Koornstra
Directeur exécutif
Bruce House
Ottawa, Ontario

Tanya Lary
Division des programmes et des partenariats,
Centre de la lutte contre les maladies
transmissibles et les infections
Agence de la santé publique du Canada

Ilana Lapidos-Salaiz
Agence américaine pour le développement
international (USAID)

Christina Lee-Fuller
Unité de la promotion de la santé mentale,
Agence de la santé publique du Canada

Ruth Lowbury
Administratrice générale
Medical Foundation for AIDS and Sexual Health
(MedFASH)
Londres, Royaume-Uni

Julie Maggi
Scientifique auxiliaire, professeure adjointe et
psychiatre
Hôpital St. Michael et Université de Toronto
Toronto, Ontario

Elizabeth Matare
Présidente-directrice générale
South African Depression and Anxiety Group
Afrique du Sud

Neelam Merchant
Direction des affaires internationales
Santé Canada

Louise Nadeau
Professeur
Département de psychologie
Université de Montréal

Tracy O'Hearn
Directrice générale
Pauktuutit Inuit Women of Canada
Ottawa, Ontario

Wendy Porch
Experte en invalidité et coordonnatrice de
l'enseignement
Groupe de travail canadien sur le VIH et la
réinsertion sociale (GTCVRS)
Toronto, Ontario

Colleen Price
Secrétaire du conseil d'administration
Conseil canadien de surveillance et d'accès aux
traitements
Ottawa, Ontario

Sean Rourke
Professeur de psychiatrie
Directeur général et scientifique
Ontario VIH Treatment Network

Melissa Sharer
Principale responsable des services de traitement
John Snow, Inc., (JSI)
Projet AIDSStar-One
Washington (D.C.)

Lorraine Sherr
Professeur
Psychologue clinicienne
University College London
London (Royaume-Uni)

Gregory Springer

*Coordinateur du programme VIH/SIDA, ITSS
Direction générale de la santé des Premières
nations et des Inuits, Santé Canada*

Kelly Steele

*Direction des affaires internationales
Santé Canada*

Darien Taylor

*Directrice, réalisation des programmes
Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE)
Toronto, Ontario*

Wangari Tharao

*Gestionnaire du programme et de la recherche
La santé des femmes entre les mains des femmes
(SFEMF)
Réseau mondial de la diaspora africaine et noire
sur le VIH et le sida*

Kim Thomas

*Directrice des programmes
Société canadienne du sida
Ottawa, Ontario*

Emelia Timpo

*Conseillère principale
ONUSIDA (bureau de la ville de New York)
N.Y., É.-U.*

Robert VanVoren

*Administrateur général
Initiative mondiale sur la psychiatrie
Pays-Bas*

Milton Wainberg

*Professeur clinicien agrégé
Université Columbia
New York, É.-U.*

Gloria Wiseman

*Direction des affaires internationales
Santé Canada*

Dr. TaghiYasamy

*Département de la Santé mentale et des
Toxicomanies
Organisation mondiale de la Santé
Genève*

Elisse Zack

*Directrice exécutive
Groupe de travail canadien sur le VIH et la
réinsertion sociale (GTCVRS)
Toronto, Ontario*

Art Zoccole

*Directeur exécutif
Two-Spirited People of the 1st Nations
Toronto, Ontario*