



examen des preuves

L'efficacité de la sensibilisation et de la coordination des soins pour inciter les personnes difficiles à joindre atteintes du VIH/sida à amorcer et à poursuivre des soins médicaux

Pourquoi est-il important d'amener les personnes difficiles à joindre à amorcer et à poursuivre un traitement pour le VIH?

On dit souvent que le processus par lequel on peut inciter des populations difficiles à joindre à accepter des soins est cyclique. Bien des personnes entrent dans le système de soins de santé à un certain moment, mais sont des utilisateurs intermittents qui manquent souvent leurs rendez-vous ou abandonnent les soins pendant certaines périodes. Le défi pour les programmes de sensibilisation n'est donc pas seulement d'amener les populations difficiles à joindre à amorcer des soins médicaux, mais bien de les retenir une fois qu'elles ont obtenu de tels soins. C'est essentiel afin qu'elles poursuivent le traitement antirétroviral nécessaire pour retarder la progression clinique du sida (1, 2).

Le traitement antirétroviral (TAR) est efficace pour améliorer l'état de santé et réduire le taux de mortalité des personnes vivant avec le VIH/sida. Le fait de manquer des rendez-vous médicaux est associé avec une augmentation de la charge virale et une diminution du nombre de lymphocytes CD4

Le présent examen des preuves s'inscrit dans une série sur la prévention et le contrôle du VIH et est organisé par le Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses. Il a pour objectif de renseigner les praticiens de la santé publique et les travailleurs communautaires tout en orientant leur pratique.

(1). Les services de soins de santé qui font la promotion de pratiques sexuelles à risques réduits et qui favorisent une approche « positive » de la prévention ont un effet indirect sur la transmission du VIH, car ils permettent de réduire la charge virale et l'infectiosité des personnes séropositives (3, 4). Parmi les changements structurels qui améliorent l'accès aux soins de santé reliés au VIH et qui exercent une influence positive sur l'utilisation des services, mentionnons le fait de réduire le temps d'attente pour les rendez-vous, de donner des rendez-vous à un moment adéquat et d'embaucher des fournisseurs de soins de santé parlant la même langue que leurs clients (5).

Le présent article examine l'efficacité des programmes de sensibilisation et de coordination des soins pour amener les personnes vivant avec le VIH/sida à amorcer et à poursuivre des soins médicaux. Il sera également question des obstacles à l'obtention des soins afin de comprendre les mécanismes qui retardent le traitement des personnes vivant avec le VIH/sida.

Points saillants

- On dit souvent que le processus par lequel on peut inciter des populations difficiles à joindre à accepter des soins est cyclique. Bien des personnes entrent dans le système de soins de santé à un certain moment, mais sont des utilisateurs intermittents qui manquent souvent leurs rendez-vous ou abandonnent les soins pendant certaines périodes. Le défi pour les programmes de sensibilisation n'est donc pas seulement d'amener les populations difficiles à joindre à amorcer des soins médicaux, mais bien de les retenir une fois qu'elles ont obtenu de tels soins.
- L'amorce et la poursuite des soins médicaux augmentent lorsque les personnes vivant avec le VIH/sida ont des contacts répétés avec des fournisseurs de soins de santé, des gestionnaires de cas, des intervenants-pivots et du personnel des programmes de sensibilisation qui s'occupent de rappeler ou de changer les rendez-vous, de coordonner les services, de développer la relation et d'obtenir des services précis comme la nourriture, le transport et le counselling.
- Lorsque les fournisseurs de soins de santé ont centré leurs efforts sur les personnes qui avaient récemment reçu un diagnostic d'infection au VIH/sida pour les amener à amorcer des soins médicaux en leur offrant des informations sur le VIH et du soutien, en leur parlant de la stigmatisation et en les aidant à avoir accès à des ressources pour surmonter les obstacles financiers et structurels, ils ont réussi à en inciter un plus grand nombre à poursuivre leurs soins.

Combien de personnes vivant avec le VIH/sida n'ont pas accès à des soins?

Selon les estimations, en 2008, le Canada comptait de 2 300 à 4 300 nouveaux cas d'infection au VIH, ce qui a porté à environ 65 000 le nombre total de personnes vivant avec le VIH/sida – une augmentation de 14 % par rapport aux chiffres estimatifs de 2005 (6). En 2008, on estimait à 33,4 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH/sida dans le monde (7). En décembre 2008, on estimait que dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, de 3,7 à 4,4 millions de personnes atteintes recevaient un traitement, soit de 39 % à 46 % des 8,1 à 9,5 millions de personnes répondant aux critères d'admissibilité (8). La première Initiative « 3 millions d'ici 2005 », lancée par ONUSIDA et l'Organisation mondiale de la santé afin que trois millions de personnes séropositives suivent un TAR dans les pays en développement d'ici la fin de 2005, n'a pas atteint son objectif. Les deux organisations ont néanmoins réitéré leur engagement à parvenir à l'accès universel au traitement et aux soins pour le VIH/sida d'ici 2010.

Des études estiment qu'aux États-Unis, environ 17 % à 40 % de toutes les personnes qui connaissent leur état sérologique ne reçoivent pas de soins courants pour le VIH (9–11). Il s'avère difficile de retenir les individus des populations marginalisées après le diagnostic et ils reviennent souvent dans le système de soins de santé lorsque l'infection au VIH s'est transformée en maladies graves nécessitant l'hospitalisation. À ce moment-là, le traitement est dispendieux et souvent inefficace (12). Selon certaines études, jusqu'à 25 % des personnes atteintes du VIH/sida qui ont de graves infections opportunistes ou un nombre de lymphocytes CD4 inférieur à 200/mm³ à leur entrée dans le système de santé vont mourir dans les 12 mois suivant le diagnostic initial d'infection au VIH (13–17). D'après un modèle statistique, si les personnes atteintes recevaient des soins conformes aux lignes directrices pour le VIH et si elles respectaient leurs traitements

Selon les estimations, en 2008, le Canada comptait de 2 300 à 4 300 nouveaux cas d'infection au VIH, ce qui a porté à environ 65 000 le nombre total de personnes vivant avec le VIH/sida – une augmentation de 14 % par rapport aux chiffres estimatifs de 2005.

médicamenteux, leur espérance de vie serait réduite de seulement huit ans par rapport à celle de la population générale. L'amorce tardive du TAR leur fait perdre trois années de plus, alors qu'un arrêt prématuré du TAR leur en fait perdre 0,7 de plus (18).

Certaines populations sont-elles plus difficiles à joindre et à retenir?

Sur un total de 61 pays à revenu faible ou intermédiaire, 30 (49 %) avaient des taux de rétention pour les soins antirétroviraux supérieurs à 80 % et 10 de ceux-ci (16 %) avaient des taux supérieurs à 90 % après 12 mois. Parmi les pays étudiés, 51 (84 %) ont signalé des taux dépassant les 70 % après 12 mois (8). Les taux de rétention globaux pour tous les pays déclarants ne présentaient aucune différence selon le sexe ou l'âge. On craint toutefois que les femmes n'affrontent davantage d'obstacles que les hommes en matière d'accès aux programmes de traitement. Des études ont en effet montré qu'elles reçoivent souvent un diagnostic inexact et qu'elles

demandent des soins plus tard durant le cours de leur maladie (19–21). Contrairement à ces résultats, il semble que, dans les pays à revenu faible, plus de femmes que d'hommes aient accès aux soins antirétroviraux (22, 23). D'après une recension des études réalisées dans les pays de l'Afrique australe, une proportion plus élevée de femmes que d'hommes recevait un traitement antirétroviral, même en tenant compte de la prévalence plus élevée de l'infection au VIH chez celles-ci (le ratio femme:homme traité était supérieur à 1.6) (23).

Dans les pays à revenu élevé, la tendance pour la prise d'antirétroviraux semble se rapprocher de l'égalité entre les sexes. Une étude réalisée en Ontario sur les tendances longitudinales en matière de traitements antirétroviraux, d'après les informations tirées des dossiers médicaux (N=104), n'a trouvé aucune différence entre les sexes pour l'accès au TAR ni pour la prise d'antirétroviraux chez les personnes vivant avec le VIH/sida qui avaient amorcé le traitement 2,2±2,3 ans après leur diagnostic, avec en moyenne 300±150 lymphocytes CD4 par microlitre (24). Dans une autre étude, les chercheurs ont examiné les dossiers médicaux de 414 personnes fortement marginalisées et atteintes du VIH/sida à New York. Ils ont constaté que les femmes étaient beaucoup moins susceptibles d'utiliser de manière optimale les services de soins de santé pour le VIH; ils ont notamment observé qu'elles avaient moins recours aux soins primaires et plus aux services d'urgence. Outre le facteur du sexe féminin, l'utilisation sous-optimale des soins de santé pour le VIH était associée avec une faible scolarité, la situation relative aux assurances, la méfiance envers le système de soins de santé et les fournisseurs de soins de santé. Les chercheurs n'ont toutefois pu déterminer les facteurs pouvant expliquer les disparités observées selon le sexe (25). Une étude menée avec 474 personnes atteintes du VIH/sida dans quatre États américains n'a permis de constater aucune disparité selon l'origine raciale ou ethnique et le sexe en ce qui concerne l'obtention du TAR. Cependant, les groupes raciaux ou ethniques minoritaires interrompaient leur TAR plus tôt et ils subissaient des défaillances virologiques plus tôt (26). D'autres études ont signalé des différences entre les sexes par rapport à l'interruption prématurée du TAR, les femmes étudiées évoquant comme raisons la mauvaise observance, des symptômes dermatologiques, des raisons neurologiques, des symptômes constitutionnels et des troubles médicaux concomitants (27, 28). Les membres de populations marginalisées tels que les personnes issues des minorités raciales ou ethniques, à logement précaire ou atteintes de maladies mentales ont peu accès et peu recours aux services de soins de santé (19). Selon l'évaluation de 17 interventions de sensibilisation avec des populations pauvres minoritaires, de 7 % à 49 % des participants étaient des usagers intermittents (ayant manqué trois rendez-vous ou plus durant une période de 12 mois) et de 4 % à 22 % d'entre eux ont été perdus de vue (29). Les utilisateurs de cocaïne étaient beaucoup plus susceptibles que les non-utilisateurs de cocaïne ou les utilisateurs de drogues non-opiacées de manquer un rendez-vous médical et de se rendre dans les salles d'urgence; ils étaient moins susceptibles de recevoir des médicaments antirétroviraux. Les utilisateurs d'opiacés étaient encore plus susceptibles de manquer les rendez-vous médicaux que les utilisateurs de cocaïne (30).

Quels sont certains des obstacles à l'accès aux soins?

Les obstacles associés à un faible recours aux soins médicaux et aux traitements pour le VIH comprennent : des besoins divergents; la consommation de drogues; les maladies mentales; le manque de confiance dans le système de soins de santé; la peur de perdre son enfant; une mauvaise compréhension du système de santé et de l'infection au VIH; les attitudes négatives des fournisseurs de soins; la gestion des comorbidités; la peur des violations de la confidentialité; et la culture et la langue (9, 11, 19, 20, 31–38).

De plus, certains Canadiens atteints du VIH/sida qui vivent dans des régions rurales et éloignées ont encore de la difficulté à avoir accès aux soins et aux traitements nécessaires en raison de l'isolement géographique et des distances à parcourir (2, 35, 39–41). Selon une étude, les personnes atteintes du VIH/sida vivant en milieu rural ont signalé plus souvent la pénurie de professionnels de la santé adéquatement formés, le manque de transport public et la stigmatisation de la part des gens de la communauté comme principaux obstacles à l'obtention des soins de santé (20).

Pourquoi est-il important d'avoir une approche coordonnée en matière de sensibilisation et de soins de santé?

Les interventions de sensibilisation communautaire et de coordination des soins de santé pour les personnes vivant avec le VIH/sida permettent aux travailleurs de la santé de repérer les clients et de les aider à obtenir des services. Beaucoup de personnes atteintes accordent la priorité à la nourriture et au logement plutôt qu'aux soins de santé nécessaires; c'est donc seulement si l'on répond à ces besoins plus immédiats qu'elles pourront ensuite se préoccuper de leurs soins de santé (39, 42). Des études qualitatives ont révélé que les programmes de sensibilisation servent souvent de premier point de contact avec le système de soins de santé pour les personnes difficiles à joindre atteintes du VIH/sida (3, 43). Des recherches ont montré que, dans les programmes les plus efficaces, le personnel arrive à gagner la confiance des clients en leur prodiguant un soutien affectif et en faisant preuve de compréhension à l'égard de leur mode de vie. Le Centre d'épidémiologie de la Colombie-Britannique offre un programme permanent de formation sur la sensibilisation des populations de la rue, qui comprend des modules d'apprentissage à distance et de la formation dans la communauté (44).

Comment les interventions augmentent-elles le respect des rendez-vous médicaux?

Selon une étude, les appels téléphoniques de relance et les vérifications périodiques que faisaient les travailleurs des programmes de sensibilisation aidaient les clients à mieux prendre leurs médicaments et à respecter leurs rendez-vous (2). Dans deux autres études, le personnel du programme de sensibilisation accompagnait les clients à leurs rendez-vous et il leur fournissait de l'aide financière pour le transport (2, 19). Il facilitait aussi la communication entre les clients et leurs médecins. Dans une autre étude, Cunningham et ses collègues (2007) ont recruté 610 personnes difficiles à joindre vivant avec le VIH/sida parmi la clientèle de sept programmes de sensibilisation partout aux États-Unis; ils voulaient déterminer les facteurs contribuant au respect des rendez-vous médicaux (ce qui signifiait, selon leur définition, les rendez-vous pour des soins primaires et les visites à la salle d'urgence et à l'hôpital). La « poursuite des soins » était associée avec le fait d'avoir une assurance, de bénéficier d'une gestion de cas et d'utiliser des services de santé mentale (19). Selon une étude qualitative réalisée avec 76 personnes mal desservies et atteintes du VIH/sida, les programmes de sensibilisation peuvent favoriser un recours soutenu et régulier aux soins médicaux pour le VIH lorsque le personnel fait une évaluation des risques axée sur les clients afin de déterminer et de réduire les sources d'instabilité (2). L'étude soulignait que l'on peut encourager la poursuite des soins en adoptant des stratégies pour promouvoir de saines habitudes de vie, en établissant un réseau de services de soutien dans la communauté et en favorisant la continuité par des suivis fréquents pour la prise des médicaments et le respect des rendez-vous (2). Une unité mobile de sensibilisation s'est aussi avérée efficace pour trouver des clients qui avaient été perdus de vue (45, 46). Les traitements efficaces pour les consommateurs d'opiacés, comme la buprénorphine et la méthadone, ont facilité l'accès des consommateurs séropositifs aux soins médicaux (47, 48).

Dans une étude sur les interventions de sensibilisation avec 773 personnes atteintes du VIH/sida, celles qui avaient eu neuf contacts de sensibilisation ou plus durant les trois premiers mois avaient environ la moitié moins de probabilité de connaître une interruption importante (définie comme quatre mois ou plus) des soins primaires durant les 12 premiers mois de suivi (49). Les objectifs de la sensibilisation étaient : établir une relation avec les clients, leur rappeler leurs rendez-vous, faire changer leurs rendez-vous, coordonner leurs services de soins et leur fournir d'autres services précis comme la nourriture, le transport et le counselling. La sensibilisation dans la rue s'avère efficace pour prendre contact avec les personnes sans abri atteintes du VIH/sida (50–52). Tommasello et ses collègues (2006) ont rencontré de cette manière 110 sans-abri atteints du VIH/sida (75 % d'hommes, 85 % de Noirs) (51). Ils ont observé qu'à la suite des interventions de sensibilisation, les participants de leur étude avaient beaucoup moins de besoins insatisfaits par rapport au logement, aux finances et aux services de santé mentale. La majorité (84,5 %) des participants interviewés après 12 mois s'étaient rendus à au moins un rendez-vous médical durant la période

de l'étude, le nombre médian de visites étant de 4,1 par personne. Leur état de dépression s'était fortement atténué, puisque le taux avait chuté de 41,5 % avant l'intervention à 27,5 % après 12 mois. Dans une étude menée à plusieurs endroits aux États-Unis avec 224 jeunes atteints du VIH/sida (73 % d'Afro-Américains; 66 % de 19 à 22 ans, 81 % de gais), les participants ont manqué seulement 11 % des visites sans explication ou sans contact durant les premiers 27 mois de l'étude. La poursuite des soins de santé était associée avec le fait d'être âgé de moins de 21 ans, d'avoir des antécédents de dépression, de bénéficier d'un programme de services et de se sentir respecté à la clinique; les participants qui ont interrompu les soins de santé avaient un nombre de lymphocytes CD4 inférieur à 200 avant l'intervention et ils étaient d'origine hispanique (53).

Les services de sensibilisation ont en outre réussi à réduire les comportements sexuels à risque chez les personnes qui avaient récemment reçu un diagnostic d'infection au VIH/sida (4, 9). Parmi un échantillon de 116 participants nouvellement diagnostiqués (80 % d'hommes; 64 % de gais; 59 % de Noirs; 24 % de consommateurs de drogues), 31 % ont déclaré qu'ils n'avaient pas vu un fournisseur de soins de santé pour le VIH depuis leur test positif (4). Durant les six mois de leur participation à l'étude, 81 % d'entre eux ont eu au moins deux visites médicales pour le VIH; ils étaient plus susceptibles d'avoir une charge virale indétectable lors du suivi à 6 mois (34 %) et à 12 mois (45 %) qu'avant l'intervention (12 %). La fréquence des relations sexuelles non protégées avait fortement diminué après 6 mois (76 %) et après 12 mois (79 %) par rapport à la période précédant l'intervention. De plus, les individus qui avaient bénéficié d'un programme comportant un à trois contacts par mois avaient 80 fois moins de probabilité de déclarer des comportements sexuels à risque que ceux qui avaient eu deux contacts ou moins (4).

Les interventions peuvent-elles réduire la discrimination relative au VIH/sida?

Bird et ses collègues (2004) ont constaté qu'un fort pourcentage des personnes vivant avec le VIH/sida percevaient de la stigmatisation et de la discrimination chez leurs fournisseurs de soins de santé (54). Une étude a rapporté que les pratiques de prescription du TAR différaient en fonction de la race du patient et de la concordance raciale ou non entre fournisseur et patient (55). Des soins de mauvaise qualité et un accès réduit aux soins

Les interventions de sensibilisation communautaire et de coordination des soins de santé pour les personnes vivant avec le VIH/sida permettent aux travailleurs de la santé de repérer les clients et de les aider à obtenir des services.

médicaux étaient associés avec les attitudes négatives des fournisseurs de soins de santé (56, 57). Les sentiments de stigmatisation par rapport au VIH après un diagnostic peuvent aussi influencer la capacité d'adaptation et les comportements de recherche de soins (9). Les personnes qui perçoivent davantage de stigmatisation sont plus susceptibles de se sentir déprimées et d'avoir une moins bonne qualité de vie que les personnes qui perçoivent moins de stigmatisation (58).

Les perceptions de la relation entre client et fournisseur de soins se sont avérées un élément clé dans le processus par lequel les personnes vivant avec le VIH/sida amorcent ou poursuivent des soins (20, 59). Le personnel des programmes de sensibilisation a su efficacement réduire

la stigmatisation, augmenter le sentiment de confiance des personnes atteintes et les inciter à poursuivre les soins (9, 38, 60). Il conseille en effet les participants quant aux moyens de faire face au stress, de s'occuper de leurs besoins divergents, de divulguer leur état à leurs partenaires et à leurs familles, et de gérer la stigmatisation perçue. Par exemple, dans une étude longitudinale d'observation des programmes de sensibilisation, les fournisseurs de soins de santé ont centré leurs efforts sur les personnes ayant récemment reçu un diagnostic d'infection au VIH/sida (N=104) pour les amener à amorcer des soins médicaux en leur offrant des informations sur le VIH et du soutien, en leur parlant de la stigmatisation et en les aidant à avoir accès à des ressources pour surmonter les obstacles financiers et structurels (9). Lors du suivi de 12 mois, la stigmatisation relative au VIH avait fortement diminué chez les fournisseurs de soins : elle avait chuté de 46,2 % avant l'intervention à 22,4 %. De plus, 45 % des participants avaient une charge virale indétectable (9). Selon une autre étude, la poursuite des soins était inadéquate chez les personnes vivant avec le VIH/sida qui avaient déclaré que la stigmatisation du fournisseur de soins constituait un obstacle avant l'intervention et qui avaient mentionné une telle stigmatisation après six mois (2).

Dans une récente étude longitudinale sur les « intervenants-pivots » à quatre endroits aux États-Unis, la proportion de participants (N=437) qui déclaraient ne recevoir « aucun soin » avait fortement diminué, chutant de 12 % à 8 % après 12 mois (61). Dans cette étude, les intervenants-pivots étaient des éducateurs laïcs qui travaillaient avec les clients pour développer la capacité de communication de ces derniers avec les fournisseurs de soins de santé en leur montrant des comportements à imiter ou en répétant à l'avance les conversations pour les préparer à leurs rendez-vous. L'étude a aussi prouvé que les participants qui avaient une meilleure perception de leur relation avec leur fournisseur de soins de santé avaient 41 % plus de chances d'avoir une charge virale indétectable durant la période de l'étude et 32 % plus de chances de respecter leurs visites médicales pour le VIH lors du suivi de 12 mois.

L'intervention des gestionnaires de cas est-elle efficace?

Le terme « gestionnaire de cas » désigne un travailleur social, une infirmière, un membre du personnel d'un organisme de services pour le sida ou toute autre personne qui a reçu une formation officielle pour assurer la coordination des soins (62). La gestion de cas exige d'évaluer les besoins d'un client; les gestionnaires de cas doivent donc souvent obtenir de l'aide sociale pour leurs clients, trouver des services de traitement ou de counselling pour la santé mentale et l'abus de drogues, participer à des activités de revendication et offrir des services de relève et de jumelage ou compagnonnage, sans oublier de répondre aux besoins essentiels de subsistance, de logement et de transport (63, 64). Ils doivent en outre assurer un suivi de l'état de santé de chaque client et fournir un soutien psychosocial.

Une récente revue Cochrane des programmes de coordination des soins pour les personnes vivant avec le VIH/sida (2006) a recensé 28 études menées avec 39 776 sujets (63). Ces études ont montré que les stratégies de gestion de cas étaient associées avec une diminution de la mortalité et l'obtention plus fréquente d'un TRA. Les trois essais randomisés de gestion de cas compris dans la revue étaient ceux de Katz et al. (62), de Messeri et al. (65) et de Loraque (66). Selon l'étude de Katz (2001) réalisée avec 2 437 personnes atteintes du VIH/sida, 56,5 % d'entre elles avaient des contacts avec un gestionnaire de cas après six mois (62). Les contacts en question étaient fortement associés avec une augmentation de l'utilisation du TAR

(rapport de cote [RC] de 1,68 et intervalle de confiance [IC] à 95 % entre 1,24 et 2,27) et avec un recours soutenu aux antibiotiques prophylactiques contre la pneumocystose pulmonaire ou la toxoplasmose (RC de 1,77 et IC à 95 % entre 1,28 et 2,46). Deux modèles de services sociaux enregistraient des augmentations importantes pour l'amorce et la poursuite des soins médicaux (65) ainsi qu'une diminution de la mortalité (66).

Selon l'Étude américaine sur l'accès au traitement antirétroviral, lorsque des personnes qui avaient récemment reçu un diagnostic d'infection au VIH/sida (N=136) rencontraient un gestionnaire de cas jusqu'à cinq fois durant une période de trois mois, elles étaient plus susceptibles d'avoir recours à des soins (13, 67). Cette étude démontre que 78 % de ces personnes avaient poursuivi les soins pendant six mois (comparé à 60 % pour celles qui avaient eu un aiguillage passif) et 65 % les poursuivaient toujours après 12 mois (comparé à 49 %). Le coût estimatif du programme de gestion de cas était de 600 \$ à 1 200 \$ US par client. Selon les données collectées pour la période allant de trois mois avant l'intervention jusqu'à six mois après le début de la participation des 218 personnes nouvellement inscrites au Programme des services de santé des États-Unis, une visite ou plus avec un gestionnaire de cas augmentait fortement la probabilité des visites médicales trimestrielles (deux visites ou plus comparé à aucune ou une visite; 35 % comparé à 22 %) (68). Un autre essai contrôlé et randomisé (ECR) de gestion de cas réalisé avec 936 personnes atteintes du VIH/sida (80 % d'hommes; 72 % de gais; 45 % d'Afro-Américains), dans quatre villes américaines pendant 25 mois, a démontré une réduction importante et soutenue de la consommation de drogues durant l'intervention de 15 sessions comparé au groupe témoin (69). Enfin, on a réalisé à Toronto une étude pour savoir si 79 personnes vivant avec le VIH/sida (89 % d'hommes; 79 % de participants déprimés avant l'intervention) choisies de manière aléatoire pour recevoir soit de la gestion de cas soit des soins courants pendant six mois bénéficieraient de l'intervention (70). Les participants qui ont profité d'une gestion de cas et qui étaient déprimés avant l'intervention ont connu une amélioration de 31 % pour l'indice de santé mentale et de 45 % pour la fonction sociale. Ceux qui ont reçu des soins courants ont enregistré une détérioration de 1 % et de 27 % respectivement pour l'indice de santé mentale et la fonction sociale.

Par contre, dans une étude randomisée avec des personnes atteintes du VIH/sida consommatrices de drogues (N=190), Sorenson et ses collègues (2003) ont noté une amélioration de divers résultats (consommation de drogues, risque de transmission du VIH, santé physique, état psychologique, qualité de vie) pour le groupe ayant profité de la gestion de cas, mais aussi pour le groupe ayant eu de brefs contacts. En fait, il n'y avait aucune différence statistiquement significative entre ces deux groupes (71). Les auteurs ont formulé l'hypothèse que même si les participants avaient été joints pour obtenir des informations et non pour les encourager à changer leurs comportements, les brefs contacts répétés pourraient avoir suffi à améliorer les résultats des patients. Lors de l'interview de suivi après 18 mois, 16 % des personnes formant l'échantillon étaient décédées; les décès étaient toutefois distribués également entre les deux groupes de l'étude.

Les lacunes

Il faut sensibiliser les fournisseurs de soins de santé en leur offrant des programmes de formation pour diminuer la discrimination envers les personnes atteintes du VIH/sida consommatrices de drogues, les femmes, les personnes sans abri et les membres de minorités. Les études canadiennes sur la poursuite des soins de santé par les personnes atteintes du VIH/sida difficiles à joindre font largement défaut dans le présent corpus de connaissances.



Centre de collaboration nationale
des maladies infectieuses

National Collaborating Centre
for Infectious Diseases

Téléphone : (204) 943-0051
Télécopieur : (204) 946-0927
nccid@icid.com
www.ccnmi.ca

445, avenue Ellice, bureau 413
Winnipeg (Manitoba)
Canada R3B 3P5

Références

- BERG, M. B., S. A. SAFREN, M. J. MIMIAGA, C. GRASSO, S. BOSWELL, et al. « Nonadherence to medical appointments is associated with increased plasma HIV RNA and decreased CD4 cell counts in a community-based HIV primary care clinic », *AIDS Care*, 2005, vol. 17 (7), p. 902-907.
- RAJABIUM, S. R., K. MALLINSON, K. MCCOY, S. COLEMAN, M.-L. DRAINONI, et al. « "Getting me back on track": The role of outreach interventions in engaging and retaining people living with HIV/AIDS in medical care », *AIDS Patient Care and STDs*, 2007a, vol. 21(S1), p. S-20-29.
- DEERING, K. N., K. SHANNON, H. SINCLAIR, D. PARSAD, E. GILBERT et M. W. TYNDALL. « Piloting a peer-driven intervention model to increase access and adherence to antiretroviral treatment and HIV care among street-entrenched HIV-positive women in Vancouver », *AIDS Patient Care and STDs*, 2009, vol. 23(8), p. 603-609.
- COLEMAN, S. M., S. RAJABIUM, H. J. CABRAL, J. B. BRADFORD et C. R. TOBIAS. « Sexual risk behavior and behavior change among persons newly diagnosed with HIV: the impact of targeted outreach interventions among hard-to-reach populations », *AIDS Patient Care and STDs*, 2009, vol. 23(8), p. 639-645.
- SCHOENBAUM, E. E., Y. LO et M. FLORIS-MOORE. « Predictors of hospitalization for HIV-positive women and men drug users, 1996–2000 », *Pub Health Rep*, 2002, vol. 117 (Suppl. 1), p. S60-66.
- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. Sommaire : Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2008, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et des infections. Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/surreport/estimat08-eng.php>
- ONUSIDA. Le point sur l'épidémie de sida 2009, ONUSIDA, Suisse, décembre 2009. Internet : http://data.unaids.org/pub/Report/2009/JC1700_Epi_Update_2009_fr.pdf
- OGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, ONUSIDA, UNICEF. Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé, Rapport de situation, 2009. Internet : http://www.who.int/hiv/pub/tuapr_2009_fr.pdf
- NAAR-KING, S., J. BRADFORD, S. COLEMAN, M. GREEN-JONES et H. CABRAL. « Retention in care of persons newly diagnosed with HIV: Outcomes of the outreach initiative », *AIDS Patient Care and STDs*, 2007, vol. 21(s1), p. S40-S48.
- RUMPTZ, M. H., C. TOBIAS, S. RAJABIUM, J. BRADFORD, H. CABRAL, et al. « Factors associated with engaging socially marginalized HIV-positive persons in primary care », *AIDS Patient Care and STDs*, 2007, vol. 21(s1), p. S-30-39.
- SAMET, J. H., K. A. FREEDBERG, J. B. SAVETSKY, L. M. SULLIVAN, L. PADMANABHAN, et al. « Discontinuation from HIV medical care: Squandering treatment opportunities », *J Health Care Poor Underserved*, 2003, vol. 14(2), p. 244-255.
- FLEISHMAN, J. A., K. A. GEBO, E. D. REILLY, R. CONVISER, et al. « Hospital and outpatient health services utilization among HIV-infected adults in care 2000–2002 », *Med Care*, 2005, vol. 43(9 Suppl.), p. I140-52.
- ANTHONY, M. N., L. GARDNER, G. MARKS, P. ANDERSON-MAHONEY et L. R. METSCH. « Factors associated with use of HIV primary care among persons recently diagnosed with HIV: Examination of variables from the behavioural model of health-care utilization », *AIDS Care*, 2007, vol. 19(2), p. 195-202.
- U.S. CENTRE FOR DISEASE CONTROL. « Demonstration projects for health departments and community-based organizations (CBOs): Antiretroviral treatment access study (ARTAS) II: Linkage to HIV care », 2006, US CDC, Washington, DC. Internet : http://www.cdc.gov/hiv/topics/prev_prog/AHP/resources/factsheets/ARTASII.htm
- CHADBORN, R., K. BASTER, V. DELPECH, C. SABIN, K. SINKA, et al. « No time to wait: how many HIV-infected homosexually men are diagnosed late and consequently die? », *AIDS*, 2005, vol. 19(5), p. 513-520.
- GIRARDI, E., M. ALOISI, C. ARICI, P. PEZZOTTI, D. SERRAINO, et al. « Delayed presentation and late testing for HIV: Demographic and behavioral risk factors in a multicenter study in Italy », *JAIDS*, 2004, vol. 36(4), p. 951-959.
- WIEWEL, E., Y. BENNANI, C. RAMASWAMY, J. E. SACKOFF et L. V. TORIAN. High prevalence and late diagnosis of HIV among black men aged 40–54 in New York City, XVe Conférence internationale sur le sida, 11 juillet 2004, abstract MoPeC3506, Bangkok, Thaïlande.
- LOSINA, E., B. R. SCHACKMAN, S. N. SADOWNIK, K. A. GEBO, R. P. WALENSKY, J. J. CHIOSI, et al. « Racial and sex disparities in life expectancy losses among HIV-infected persons in the United States: Impact of risk behavior, late initiation, and early discontinuation of antiretroviral therapy », *Clin Infect Dis*, 2009, vol. 49(10), p. 1570-1578.
- CUNNINGHAM, C. O., L. NANCY, M. D. SOHLER, M. WONG, W. E. RELF, et al. « Utilization of health care services in hard-to-reach marginalized HIV-infected individuals », *AIDS Patient Care and STDs*, 2007, vol. 21(3), p. 177-186.
- UPHOLD, C. R. et W. N. MKANTA. « Review: Use of health care services among persons living with HIV infection: State of the science and future directions », *AIDS Patient Care and STDs*, 2005, vol. 19(8), p. 473-485.
- CORONA, R., L. IANACONE, J. PIERSON et S. WHITE. Medical Care and Access to HIV Treatment. 2006, November; Future Leaders Summit on HIV/AIDS, Windhoek, Namibie. Internet : <http://org.elon.edu/summit/essays/essay2.pdf>
- BRAITSTEIN, P., A. BOULLE, D. NASH, M. BRINKHOF, F. DABIS, C. LAURENT, et al. « Gender and the use of antiretroviral treatment in resource-constrained settings: Findings from a multicenter collaboration », *J Women's Health*, 2008, vol. 17(1), p. 47-55.
- MUULA, A. S., T. J. NGULUBE, S. SIZIYA, C. M. MAKUPE, E. UMAR, H. W. PROZESKY, et al. « Gender distribution of adult patients on highly active antiretroviral therapy (HAART) in Southern Africa: A systematic review », *BMC Public Health*, 2007, vol. 7, p. 63.
- FURLER, M. D., T. R. EINARSON, S. WALMSLEY, M. MILLSON et R. BENDAYAN. « Longitudinal trends in antiretroviral use in a cohort of men and women in Ontario, Canada », *AIDS Patient Care and STDs*, 2006, vol. 20(4), p. 245-257.
- SOHLER, N. L., X. LI et C. O. CUNNINGHAM. « Gender disparities in HIV health care utilization among the severely disadvantaged: Can we determine the reasons? », *AIDS Patient Care and STDs*, 2009, vol. 23(9), p. 775-783.
- PENCE, B. W., J. OSTERMANN, V. KUMAR, K. WHETTEN, N. THIELMAN et M. J. MUGAVERO. « The influence of psychosocial characteristics and race/ethnicity on the use, duration, and success of antiretroviral therapy », *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2008, vol. 47(2), p. 194-201.
- KEMPF, M. C., M. PISU, A. DUMCHEVA, A. O. WESTFALL, J. M. KILBY et M. S. SAAG. « Gender differences in discontinuation of antiretroviral treatment regimens », *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2009, vol. 52(3), p. 336-341.
- FLORIDIA, M., M. GIULIANO, L. PALMISANO et S. VELLA. « Gender differences in the treatment of HIV infection », *Pharmacol Res*, 2008, vol. 58(3-4), p. 173-182.
- TOBIAS, C., E. WILLIAM, C. O. CUNNINGHAM et M. B. POUNDS. « Making the connection: The importance of engagement and retention in HIV medical care », *AIDS Patient Care and STDs*, 2007, vol. 21(s1), p. S-3-8.
- SOHLER, N. L., M. D. WONG, W. E. CUNNINGHAM, H. CABRAL, M.-L. DRAINONI, et al. « Type and pattern of illicit drug use and access to health care services for HIV-infected people », *AIDS Patient Care and STDs*, 2007, vol. 21(s1), p. S-68-76.
- ANDERSEN, M., G. A. SMERECK, E. HOCKMAN, J. TINSLEY, D. MILFORT, et al. « Integrating health care for women diagnosed with HIV infection, substance abuse, and mental illness in Detroit, Michigan », *J Assoc Nurses AIDS Care*, 2003, vol. 14(5), p. 49-58.
- GIORDANO, T. P., F. VISNEGARWALA, A. C. WHITE, C. L. TROIIS, R. F. FRANKOWSKI, et al. « Patients referred to an urban HIV clinic frequently fail to establish care: Factors predicting failure », *AIDS Care*, 2005, vol. 17(6), p. 773-783.
- HEALTH AND DISABILITIES WORKING GROUP. Targeted HIV outreach and intervention model development and evaluation for underserved HIV-positive populations not in care, 2005, Report to CARE Act Grantees, Boston University School of Public Health, Center for Outreach, HRSA Special Projects of National Significance.
- JOYCE, G. F., K. S. CHAN, M. ORLANDO et M. A. BURNAM. « Mental health status and use of general medical services for persons with human immunodeficiency virus », *Med Care*, 2005, vol. 43(8), p. 834-849.

35. MITTY, J. A., G. E. MACALINO, L. B. BAZERMAN, H. G. LOEWENTHAL, J. W. HOGAN, et al. « The use of community-based modified directly observed therapy for the treatment of HIV-infected persons », *JAIDS*, 2005, vol. 39(5), p. 545-550.
36. MKANTA, W. N. et C. R. UPHOLD. « Theoretical and methodological issues in conducting research related to health care utilization among individuals with HIV infection », *AIDS Patient Care and STDs*, 2006, vol. 20(4), p. 293-303.
37. WHETTEN, K., J. LESERMAN, R. WHETTEN, J. OSTERMANN, N. THIELMAN, et al. « Exploring lack of trust in care providers and the government as a barrier to health service use », *Am Jour Public Health*, 2006, vol. 96(4), p. 716-721.
38. RAJABIUN, S., H. CABRAL, C. TOBIAS et M. RELF. « Program design and evaluation strategies for the Special Projects of National Significance Outreach Initiative », *AIDS Patient Care and STDs*, 2007b, vol. 21(Suppl. 1), p. S-9-19.
39. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida (2005-2010), 2005, ASPC, Ottawa. Internet : <http://www.premierplan.ca/index.html>
40. WOOD, E., R. S. HOGG, B. YIP, P. R. HARRIGAN, M. V. O'SHAUNESSY et J. S. MONTANER. « Effect of medication adherence on survival of HIV-infected adults who start highly active antiretroviral therapy with the CD4+ cell count is 0.200 to 0.350 × 109 cells/L », *Ann Intern Med*, 2003, vol. 139(10), p. 810-816.
41. MARRONE, S. « Understanding the barriers to health care: A review of disparities in health care services for indigenous populations », *Int J Circumpolar Health*, 2007, vol. 66(3), p. 188-198.
42. SHERER, R., K. STIEGLITZ, J. NARRA, J. JASEK, L. GREEN, B. MOORE, et al. « HIV multidisciplinary teams work: Support services improve access to and retention in HIV primary care », *AIDS Care*, 2002, vol. 14(Suppl. 1), p. S31-44.
43. PETERS H. et B. SELF. « Street outreach with no streets », *Cdn Nurse*, 2005, vol. 101(1), p. 21-24.
44. BC CENTRE FOR DISEASE CONTROL. Community Outreach, 2002, BC CDC, BC. Internet : <http://www.bccdc.org/content.php?item=29>
45. CUNNINGHAM, C. O., N. L. SOHLER, K. MCCOY, D. HELLER et P. A. SELWYN. « Health care access and utilization patterns in unstably housed HIV-infected individuals in New York City », *AIDS Patient Care and STDs*, 2005a, vol. 19(10), p. 690-695.
46. CUNNINGHAM, C. O., S. SHAPIRO, K. M. BERG, G. SACAJIU, G. PACCIONE, et al. « An evaluation of a medical outreach program targeting unstably housed HIV-infected individuals », *J Health Care Poor Underserved*, 2005b, vol. 16(1), p. 127-38. Internet : http://muse.jhu.edu/demo/journal_of_health_care_for_the_poor_and_underserved/v016/16.1cunningham.pdf
47. SPIRE, B., G. M. LUCAS et M. P. CARRIERI. « Adherence to HIV treatment among IDUs and the role of opioid substitution treatment (OST) », *Int J Drug Policy*, 2007, vol. 18(4), p. 262-270.
48. CARRIERI, M. P., L. AMASS, G. M. LUCAS, D. VLAHOV, A. WODAK et G. E. WOODY. « Buprenorphine use: The international experience », *Clin Infect Dis*, 2006, vol. 43 (Suppl. 4), p. S197-215.
49. CABRAL, H. J., C. TOBIAS, S. RAJABIUN, N. SOHLER, C. CUNNINGHAM, et al. « Outreach program contacts: Do they increase the likelihood of engagement and retention in HIV primary care for hard-to-reach patients? », *AIDS Patient Care and STDs*, 2007, vol. 21(s1), p. S-59-67.
50. ROSENHECK, R. A., J. LAM, J. P. MORRISSEY, M. O. CALLOWAY, M. STOLAR, et al. « Service systems integration and outcomes for mentally ill homeless persons in the ACCESS program », *Psychiatric Services*, 2002, vol. 53(8), p. 958-966.
51. TOMMASELLO, A. C., L. M. GILLIS, J. T. LAWLER et G. J. BUJAK. « Characteristics of homeless HIV-positive outreach responders in urban US and their success in primary care treatment », *AIDS Care*, 2006, vol. 18(8), p. 911-917.
52. CARRIÈRE, G. L. « Linking women to health and wellness: Street outreach takes a population health approach », *Int J Drug Policy*, 2008, vol. 19(3), p. 205-210.
53. MAGNUS, M., K. JONES, G. PHILLIPS, D. BINSON, L. B. HIGHTOW-WEIDMAN, C. RICHARDS-CLARCKE, et al. « Characteristics associated with retention among African American and Latino adolescent HIV-positive men: Results from the outreach, care, and prevention to engage HIV-positive young MSM of color. Special Project of National Significance Initiative », *JAIDS*, 11 sept. 2009 [éd. él. avant publication] doi : 10.1097/QAI.0b013e3181b56404
54. BIRD, S. T., L. M. BOGERT et D. DELAHANTY. « Health-related correlates of perceived discrimination in HIV Care », *AIDS Patient Care and STDs*, 2004, vol. 18(1), p. 19-26.
55. KING, W. D., D. MITCHELL, M. F. WONG, L. SHAPIRO et W. E. CUNNINGHAM. « Does racial concordance between HIV-positive patients and their physicians affect the time to receipt of protease inhibitors? », *J Gen Intern Med*, 2004, vol. 19(11), p. 1146-1153.
56. DING, L., B. E. LANDON, I. B. WILSON, M. D. WONG, M. F. SHAPIRO, et al. « Predictors and consequences of negative physician attitudes toward HIV-infected injection drug users », *Arch Intern Med*, 2005, vol. 165(6), p. 618-623.
57. WEISS, L., K. MCCOY, M. KLUGER et R. FINKELSTEIN. « Access to and use of health care: Perceptions and experiences among people who use heroin and cocaine », *Addict Res Theory*, 2004, vol. 12(2), p. 155-165.
58. RELF, M. V., K. MALLINSON, L. PAWLOWSKI, K. DOLAN et D. DEKKER. « HIV-related stigma among persons attending an urban HIV clinic », *Journal of Multicultural Nursing Health*, 2005, vol. 11(1), p. 14-22.
59. MALLINSON, R. K., S. RAJABIUN et S. COLEMAN. « The provider role in client engagement in HIV care », *AIDS Patient Care and STDs*, 2007, vol. 21 (Suppl. 1), p. S-77-84.
60. MUKHERJEE, J. S. et F. E. EUSTACHE. « Community health workers as a cornerstone for integrating HIV and primary healthcare », *AIDS Care*, 2007, vol. 19(S1), p. 73-82.
61. BRADFORD, J. B., S. COLEMAN et W. CUNNINGHAM. « HIV system navigation: An emerging model to improve HIV care access », *AIDS Patient Care and STDs*, 2007, vol. 21(s1), p. S49-58.
62. KATZ, M. H., W. E. CUNNINGHAM, J. A. FLEISHMAN, R. M. ANDERSEN, T. KELLOGG, et al. « Effect of case management on unmet needs and utilization of medical care and medications among HIV infected persons », *Ann Intern Med*, 2001, vol. 135 (8 Part. 1), p. 557-565.
63. HANDFORD, C. D., A. M. TYNAN, J. M. RACKAL et R. H. GLAZIER. « Setting and organization of care for persons living with HIV/AIDS », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, p. 3.
64. ASHMAN, J. J., R. CONVISER et M. B. POUNDS. « Associations between HIV-positive individuals' receipt of ancillary services and medical care receipt and retention », *AIDS Care*, 2002, vol. 14(S1), p. S109-118.
65. MESSERI, P. A., D. M. ABRAMSON, A. A. AIDALA, F. LEE et G. LEE. « The impact of ancillary HIV services on engagement in medical care in New York City », *AIDS Care*, 2002, vol. 14 (Suppl. 1), p. S15-29.
66. LARAQUE, F., A. GREENE, J. W. TRIANO-DAVIS, R. ALTMAN et A. LIN-GREENBERG. « Effect of comprehensive intervention program on survival of patients with human immunodeficiency virus infection », *Arch Intern Med*, 1996, vol. 156(2), p. 169-176.
67. GARDNER, L. I., L. R. METSCH, P. ANDERSON-MAHONEY, A. M. LOUGHLIN, C. RIO, et al. « Efficacy of a brief case management intervention to link recently diagnosed HIV-infected persons to care », *AIDS*, 2005, vol. 19(4), p. 423-431.
68. CUNNINGHAM, C. O., J. P. SANCHEZ, X. LI, D. HELLER et N. L. SOHLER. « Medical and support service utilization in a medical program targeting marginalized HIV-infected individuals », *J Health Care Poor Underserved*, 2008, vol. 19(3), p. 981-990.
69. WONG, F. L., M. J. ROTHERAM-BORUS, M. LIGHTFOOT, W. PEQUEGNAT, W. S. COMULADA, W. CUMBERLAND, et al. « Effects of behavioral intervention on substance use among people living with HIV: The Healthy Living Project randomized controlled study », *Addiction*, 2008, vol. 103(7), p. 1206-1214.
70. HUSBANDS, W., G. BROWNE, J. CASWELL, K. BUCK, D. BRAYBROOK, J. ROBERTS, et al. « Case management community care for people living with HIV/AIDS (PLHAs) », *AIDS Care*, 2007, vol. 19(8), p. 1065-1072.
71. SORENSEN, J. L., J. DILLEY, J. LONDON, R. L. OKIN, K. L. DELUCCHI, et al. « Case management for substance abusers with HIV/AIDS: A randomized clinical trial », *Am J Drug Alcohol Abuse*, 2003, vol. 29(1), p. 133-150.