



## Les soins multidisciplinaires améliorent-ils les résultats de santé des personnes vivant avec le VIH et/ou le VHC? Un examen des données probantes

par [Logan Broeckaert and Laurel Challacombe](#)

Des modèles de soins multidisciplinaires peuvent aider les personnes vivant avec le VIH et/ou l'hépatite C à atteindre des résultats de santé optimaux, voire la guérison de l'hépatite C. Les modèles de soins multidisciplinaires adoptent une approche d'équipe reliant deux professionnels ou plus de disciplines différentes, mais complémentaires, qui ont des rôles spécifiques, des tâches interdépendantes et un objectif commun.<sup>1</sup>

Les soins multidisciplinaires peuvent alléger certains obstacles dans l'accès aux soins pour les personnes vivant avec le VIH et/ou l'hépatite C.<sup>1</sup> De tels modèles sont employés pour soigner et traiter des personnes vivant avec le VIH et l'hépatite C à travers le Canada, mais les preuves appuient-elles leur utilisation rehaussée?

### Quelles sont les conclusions de l'examen des données?

La littérature scientifique existante a été examinée afin de déterminer si les soins multidisciplinaires ont un impact positif sur les résultats de santé.

Concernant le VIH, l'examen des données a démontré que :

1. **Pour les clients en soins multidisciplinaires, ceux ayant recours aux services d'une équipe de soins multidisciplinaires pour le VIH sont mieux retenus dans les soins que ceux n'ayant pas recours aux mêmes services** : Des données suggèrent que les clients qui reçoivent des services additionnels (gestion de cas, services de santé mentale, etc.) ont entre 1,3 et 3 fois plus de chances d'être retenus dans les soins pour le VIH que les clients impliqués dans des soins et qui ont besoin de tels services mais n'y ont pas recours. Les taux de rétention variaient entre 27 et 91 %, dans ces études (la force de la preuve est limitée).
2. **Pour les clients en soins multidisciplinaires, ceux ayant recours aux services d'une équipe de soins multidisciplinaires pour le VIH ont des taux d'amorce du traitement plus élevés que ceux n'ayant pas recours aux mêmes services** : Des données suggèrent que les clients de soins multidisciplinaires qui utilisent les services additionnels offerts par l'équipe ont des taux d'amorce du traitement plus élevés (1,8 fois plus de chances de commencer à prendre un inhibiteur de la protéase, une composante importante de nombreux traitements anti-VIH) que les clients qui n'ont pas recours à ces services (la force de la preuve est limitée).
3. **Les clients de soins multidisciplinaires pour le VIH sont plus susceptibles de poursuivre leur traitement que ceux de soins standard** : Des données suggèrent que 55 % des clients de soins multidisciplinaires maintiennent leur traitement pendant au moins un an, comparativement à seulement 43 % des clients de soins standard (la force de la preuve est limitée).
4. **Les clients de soins multidisciplinaires pour le VIH sont plus susceptibles d'être fidèles à leur**

- traitement que les clients de soins standard. L'inclusion d'un pharmacien dans l'équipe de soins multidisciplinaires améliore l'observance** : Des données suggèrent que les clients de divers modèles de soins multidisciplinaires étaient entre 3,3 et 8,1 % plus fidèles à leurs médicaments que les clients de soins standard. Des données indiquent également que l'inclusion du soutien d'un pharmacien dans l'équipe de soins améliore significativement l'observance (la force de la preuve est élevée).
- 5. Les clients de soins multidisciplinaires pour le VIH incluant un pharmacien et/ou des services de santé mentale sont plus susceptibles d'avoir une charge virale indétectable que les clients de divers groupes de comparaison** : Des données suggèrent que les clients de soins multidisciplinaires sont plus susceptibles d'avoir une charge virale indétectable que ceux de divers groupes témoins (la force de la preuve est élevée).
  - 6. Les comptes de CD4 augmentent lorsque des services additionnels sont intégrés aux soins d'un client** : Des données suggèrent que le compte de CD4 des clients augmente significativement lorsque des services additionnels sont greffés aux soins, comme un conseiller en matière de dépression, un diététicien, un travailleur social et/ou un pharmacien. Les hausses variaient entre 50 et 75 cellules/mm<sup>3</sup> (la force de la preuve est limitée).
  - 7. Les clients de soins multidisciplinaires pour le VIH déclarent des résultats de santé mentale améliorés** : Des données suggèrent que les clients de soins multidisciplinaires pour le VIH déclarent de meilleurs résultats de santé mentale (la force de la preuve est limitée).

En ce qui concerne l'hépatite C, l'examen des données a démontré que :

- 1. La fréquentation de cliniques VHC est élevée parmi les personnes qui consomment des drogues et reçoivent des soins multidisciplinaires** : Des données suggèrent qu'entre 85 et 100 % des personnes vivant avec l'hépatite C qui consomment des drogues et reçoivent des soins multidisciplinaires se présentent à leurs rendez-vous à la clinique VHC (la force de la preuve est limitée).
- 2. Des soins multidisciplinaires favorisent l'évaluation préalable au traitement.** Des données suggèrent que les taux d'évaluation pré-thérapie varient entre 30 et 90 % chez les clients de soins multidisciplinaires. Chez les clients ayant des préoccupations de santé mentale, l'inclusion d'une infirmière psychiatrique favorise l'évaluation préalable au traitement de l'hépatite C. Des données indiquent que les clients de soins multidisciplinaires qui ont besoin d'un soutien psychiatrique et le reçoivent d'une infirmière sont plus susceptibles d'être évalués pour le traitement, comparativement aux clients de soins standard (la force de la preuve est limitée).
- 3. Les clients de soins multidisciplinaires sont plus susceptibles d'amorcer un traitement que les clients recevant uniquement des soins spécialisés pour le VHC** : Des données suggèrent que les clients de soins multidisciplinaires ont des taux d'amorce du traitement considérablement plus élevés que les clients recevant uniquement des soins spécialisés pour le VHC. Les taux d'amorce du traitement variaient entre 23 et 73 % (la force de la preuve est limitée).
- 4. Les soins multidisciplinaires favorisent l'achèvement du traitement de l'hépatite C** : Des données indiquent qu'entre 64 et 86 % des clients de soins multidisciplinaires terminent leur traitement (la force de la preuve est élevée).
- 5. Les clients de soins multidisciplinaires atteignent la guérison** : Des données indiquent qu'entre 28 et 88 % des clients ayant complété un traitement avec une équipe de soins multidisciplinaires sont guéris de l'hépatite C. Les taux varient selon le contexte du traitement (la force de la preuve est élevée).
- 6. Les soins multidisciplinaires qui incluent un psychiatre réduisent les préoccupations de santé mentale des clients pendant le traitement du VHC** : Des données suggèrent que les soins multidisciplinaires qui incluent un psychiatre réduisent les préoccupations liées à la santé mentale, lors du traitement de l'hépatite C, comparativement aux soins standard (la force de la preuve est modérée).
- 7. Les clients de soins multidisciplinaires pour le VHC déclarent une réduction de leur consommation d'alcool** : Des données suggèrent que les clients de soins multidisciplinaires pour le VHC réduisent leur consommation d'alcool (la force de la preuve est limitée).
- 8. Les clients de soins multidisciplinaires pour le VHC déclarent des changements positifs à leur mode de vie** : Des données suggèrent que l'enrôlement dans des soins multidisciplinaires pour le VHC aide les clients à apporter des changements positifs à leur mode de vie (la force de la preuve est limitée).

**L'examen des données a également démontré que plusieurs résultats déclarés par les clients sont positifs.** Les résultats déclarés par les clients de soins multidisciplinaires pour le VIH et/ou l'hépatite C révèlent des taux élevés de satisfaction à l'égard des soins; une diminution de la consommation de drogues et d'alcool; des changements positifs au mode de vie; et une santé mentale améliorée (la force de la preuve est limitée).

Les organismes qui offrent des soins multidisciplinaires pour le VIH et/ou l'hépatite C et ceux qui envisagent de développer des modèles de soins multidisciplinaires pourraient trouver utile d'examiner les leçons de l'expérience

d'autres organismes qui ont déjà développé de tels modèles. À Vancouver, le [Programme de TAM](#), la [Clinique d'immunodéficience](#), le [programme Towards Aboriginal Health and Healing](#) et l'[Équipe d'intervention de proximité STOP](#) offrent tous des soins multidisciplinaires aux personnes vivant avec le VIH. En Ontario, des équipes pour l'hépatite C ont été formées à travers la province et offrent aux personnes qui consomment des drogues des services multidisciplinaires liés à l'hépatite C, notamment à [Thunder Bay](#), à [Guelph](#) et à [Ottawa](#).

## Que sont les soins multidisciplinaires?

Les modèles de soins multidisciplinaires utilisent une approche d'équipe faisant appel à deux professionnels ou plus de disciplines différentes, mais complémentaires, qui ont des rôles spécifiques, des tâches interdépendantes et un objectif commun.<sup>1</sup>

Les soins multidisciplinaires peuvent inclure une combinaison de disciplines et de spécialistes de chacune de celles-ci. Selon les besoins de la clientèle du programme, les équipes peuvent inclure :

- Des médecins : omnipraticiens, spécialistes des maladies infectieuses, hépatologues, spécialistes de la médecine interne et/ou psychiatres
- Des pharmaciens
- Des infirmières, praticiens en soins infirmiers et infirmières cliniciennes
- Des psychologues
- Des travailleurs sociaux
- Des travailleurs des services sociaux : intervenants de proximité, coordonnateurs des prestations et travailleurs de soutien personnel
- Des pairs

Autant que possible, les équipes multidisciplinaires devraient être flexibles et adaptées aux besoins locaux, médicaux et/ou sociaux de la population de patients. Les besoins des clients peuvent évoluer, au fil du temps, et l'équipe devrait s'y ajuster.

Il y a deux catégories de soins multidisciplinaires : la collaboration de programmes et l'intégration de services.<sup>2</sup> La collaboration de programmes est une forme de soins multidisciplinaires intégrés, dans le cadre de laquelle deux programmes ou plus développent une « relation mutuellement bénéfique et adéquatement définie » afin d'atteindre des objectifs communs.<sup>2</sup> Elle pourrait être plus utile dans des milieux aux ressources limitées, où des organismes communautaires développent des liens solides et facilitent la navigation dans le [continuum des soins](#) afin d'offrir des services complémentaires centrés sur le client.<sup>2</sup> Ce type de soins multidisciplinaires est également appelé « coordination des soins »,<sup>3</sup> « intégration virtuelle »<sup>4</sup> ou « réseau de soins gérés ».<sup>5</sup>

Le second type de soins multidisciplinaires, l'intégration de services, est un modèle qui offre aux clients un accès sans entrave à des services situés sous un même toit.<sup>2</sup> Cette approche à guichet unique vise à faciliter le recours aux services en offrant aux clients un seul point d'accès.<sup>2</sup> L'inclusion de services comme la gestion de cas, le counseling en santé mentale et le traitement de la toxicomanie dans des cliniques de soins ambulatoires pour le VIH ou l'hépatite C est un exemple d'intégration de services. La combinaison de services liés au VIH et/ou à l'hépatite C dans des centres de santé communautaire et des programmes de traitement de la consommation de drogues en est un autre exemple.<sup>6</sup>

## Pourquoi des soins multidisciplinaires sont-ils nécessaires pour le VIH et l'hépatite C?

### Continuum des soins pour le VIH

Nous savons que les personnes vivant avec le VIH ne sont pas toutes adéquatement diagnostiquées, arrimées à des soins et impliquées dans ceux-ci. Le [continuum des soins pour le VIH](#) (aussi appelé « cascade du traitement ») est un outil de plus en plus utilisé pour déterminer dans quelle mesure le système réussit à impliquer et à retenir des clients dans les soins. Le continuum est basé sur la succession d'étapes nécessaires à ce qu'une personne vivant avec le VIH atteigne une charge virale indétectable – un résultat clinique optimal. Une forte implication dans les soins

et une charge virale indétectable améliorent la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH<sup>7</sup> et réduisent le risque de transmission ultérieure du VIH.<sup>8,9</sup>

Des recherches sur le continuum des soins pour le VIH en Colombie-Britannique et en Ontario révèlent que le résultat clinique optimal (une charge virale indétectable) n'est pas atteint chez la majorité des personnes vivant avec le VIH. Malgré l'absence de données nationales sur le continuum canadien des soins pour le VIH, des estimations de la proportion de personnes vivant avec le VIH *dont la charge virale n'est pas indétectable*, en Colombie-Britannique (65 %) et en Ontario (entre 60 % et 73 %), semblent indiquer que les personnes vivant avec le VIH ne reçoivent pas des soins optimaux (tels que mesurés par une charge virale indétectable) au Canada.<sup>10,11</sup> Nous réussissons mieux que les États-Unis (70 %), mais de nombreux pays comme l'Australie (38 %), le Royaume-Uni (39 %) et la France (48 %) nous surpassent.

## **Continuum des soins pour l'hépatite C**

Nous savons que les personnes vivant avec l'hépatite C ne sont pas toutes adéquatement diagnostiquées, arriérées à des soins et impliquées dans ceux-ci, et ce malgré l'existence d'un remède. De nouveaux traitements pouvant éliminer l'hépatite C en aussi peu que huit semaines permettent de réduire les méfaits associés à l'infection à l'hépatite C à long terme et sa transmission ultérieure.

Les renseignements concernant le continuum des soins pour l'hépatite C sont limités au Canada. Toutefois, aux États-Unis, on estime que 50 % des personnes vivant avec l'hépatite C sont au courant de leur statut, que 43 % ont eu recours à des soins, que 27 % ont reçu un résultat positif au dépistage de l'ARN, que 16 % se sont vu prescrire un traitement et que 9 % ont atteint une réponse virologique soutenue ou la guérison.<sup>12</sup>

La seule information dont nous disposons au sujet du continuum canadien des soins concerne la connaissance du statut. L'Agence de la santé publique du Canada estime que 56 % des personnes vivant avec l'hépatite C chronique sont au courant de leur infection.<sup>13</sup> Ce chiffre est comparable à celui des États-Unis, ce qui donne à penser que notre cascade de l'hépatite C est similaire à la leur.

## **Obstacles aux soins optimaux**

Des personnes vivant avec le VIH et/ou l'hépatite C pourraient ne pas être impliquées de manière optimale dans les soins en raison des obstacles qu'elles rencontrent dans le continuum. Les personnes vivant avec le VIH et/ou l'hépatite C peuvent rencontrer quatre types d'obstacles dans l'accès à des soins :

- les obstacles logistiques, comme le transport et les services de garde d'aînés ou d'enfants;
- les obstacles de coordination, p. ex. pour trouver un fournisseur de soins de santé, obtenir l'assistance sociale et naviguer dans le système de soins de santé;
- les obstacles individuels, comme la consommation de drogues, les préoccupations liées à la santé mentale, les traumatismes, le vieillissement lié au VIH et la présence d'autres comorbidités; et
- les obstacles systémiques, comme la pauvreté, la stigmatisation et le manque d'accès à un logement adéquat.

Que ce soit par la collaboration de programmes ou l'intégration de services, les soins multidisciplinaires peuvent réduire les obstacles aux soins pour les clients. Lorsque plusieurs services sont offerts en un même endroit ou que l'arrimage à des services externes est explicite, des clients pourraient être moins susceptibles de décrocher du continuum des soins. La possibilité d'accéder à plusieurs services au même endroit ou d'être aidé dans la navigation entre les services externes peut réduire la nécessité de planification, chez les clients, et la lourdeur des soins de santé pour les personnes ayant des besoins complexes.

## **Les soins multidisciplinaires sont-ils utiles?**

La littérature scientifique a été examinée, au Canada et dans d'autres pays où les épidémies du VIH et d'hépatite C sont comparables, notamment les États-Unis et des pays européens. Les détails de [la méthodologie](#) que nous avons utilisée sont expliqués à la fin du présent article.

Les données scientifiques disponibles à l'appui de chaque résultat ont été évaluées et nous avons attribué à chaque source une cote de qualité des données. Bien que l'évaluation des données laisse une marge de souplesse, les cotes

ont été attribuées à partir des critères suivants :

1. **Preuves solides** : au moins un examen systématique ou un corpus important d'essais cliniques randomisés et d'études quasi expérimentales (et observationnelles) a conclu que l'intervention a la capacité d'influencer le résultat.
2. **Preuves modérées** : un nombre limité d'essais cliniques randomisés et/ou d'études quasi expérimentales (et observationnelles) a conclu à la capacité de l'intervention d'influencer le résultat.
3. **Preuves limitées** : des études observationnelles ont conclu à la capacité de l'intervention d'influencer le résultat.
4. **Pas de preuve** : Il n'existe pas de recherches publiées qui ont conclu à la capacité de l'intervention d'influencer le résultat.

La force de la preuve dépend de la quantité et de la qualité des données et non de la taille du résultat. Lorsque nous indiquons qu'un résultat est significatif, nous faisons référence à sa signification statistique et non au potentiel d'importance clinique du résultat.

Les résultats des efforts multidisciplinaires de soins et de traitement du VIH et de l'hépatite C sont examinés séparément. Les résultats de soins et de traitement des personnes vivant avec le VIH sont examinés en premier, suivis des résultats de traitement des personnes vivant avec l'hépatite C. Les données de la littérature concernant les résultats déclarés par les patients pour les soins liés au VIH et à l'hépatite C sont examinées conjointement.

Toutes les études citées dans cet article ont été examinées à des fins de concordance avec la définition générale des soins multidisciplinaires. Cependant, puisqu'il n'existe pas d'approche unique aux soins multidisciplinaires, le présent examen inclut diverses approches, dans différents contextes et avec des équipes dont la composition varie.

## Résultats pour le VIH

### Soins

Lorsqu'une personne reçoit un diagnostic d'infection par le VIH, elle devrait être mise en contact avec un fournisseur de soins de santé pour le VIH. Un arrimage rapide permet aux personnes vivant avec le VIH de recevoir les soins et traitements nécessaires à atteindre de bons résultats de santé. Idéalement, les personnes vivant avec le VIH devraient entrer dans le système de soins le plus tôt possible après leur diagnostic,<sup>14</sup> maintenir des soins continus et obtenir régulièrement des tests cliniques pour le VIH auprès de leur spécialiste.

### Rétention dans les soins pour le VIH

Une fois qu'elles reçoivent des soins, les personnes vivant avec le VIH devraient voir leur spécialiste du VIH tous les trois à six mois. La rétention dans les soins (parfois appelée « implication dans les soins ») a diverses définitions possibles, mais elle est habituellement déterminée par le nombre de tests de charge virale ou de visites de soins de santé spécifiques au VIH sur une période donnée (habituellement six mois).

Des données limitées issues de cinq études observationnelles<sup>3,15,16,17,18</sup> indiquent que les soins multidisciplinaires ont un impact positif sur la rétention dans les soins pour le VIH. Les données de quatre de ces études<sup>15,16,17,18</sup> suggèrent que les clients qui ont besoin de services additionnels et qui y accèdent ont entre 1,3 et 3 fois plus de chances d'être retenus dans les soins que les clients de soins multidisciplinaires qui ont besoin de ces services mais n'y ont pas accès. Les taux de rétention variaient entre 27 % et 91 %, dans ces études.

La première étude observationnelle<sup>3</sup> a comparé l'implication de clients dans les soins, avant et après leur enrôlement dans un modèle de collaboration de programmes en soins multidisciplinaires. L'étude a constaté que le taux d'implication des clients dans les soins était passé de 74 %, avant leur enrôlement dans le programme (alors qu'ils recevaient des soins standard), à 91 % après leur enrôlement.<sup>3</sup> Cette étude définissait les personnes impliquées dans les soins comme ayant reçu au moins deux tests de charge virale pendant chaque période de six mois.

La deuxième étude observationnelle<sup>15</sup> a conclu que les chances d'être retenus dans les soins étaient entre deux et trois fois plus fortes parmi les clients qui nécessitaient des services pour leurs besoins de gestion de cas médical, de counseling en gestion de cas, de services sociaux en gestion de cas, de soutien au logement ou de groupes de

soutien pour la consommation de drogues, comparativement à ceux qui en avaient besoin mais ne les recevaient pas.

Dans la même étude, le besoin et l'utilisation de services de transport, de santé mentale et de thérapie pour la consommation de drogues augmentaient les chances de rétention dans les soins, comparativement à ceux exprimant un besoin mais n'ayant pas recours à ces services; toutefois, ces comparaisons n'étaient pas significatives. La rétention dans les soins était définie comme étant la consultation d'un même fournisseur de soins de santé, dans le même organisme, au cours de périodes consécutives de six mois.

La troisième étude observationnelle<sup>16</sup> a examiné la rétention dans les soins dans le cadre de divers programmes de soins multidisciplinaires. Elle a comparé les taux de rétention dans les soins de clients ayant des besoins importants et faisant un grand usage de services, et ceux de clients ayant des besoins importants mais utilisant peu de ces mêmes services. L'étude a constaté que 65 % des forts utilisateurs (clients ayant utilisé plus de 11 services en deux ans) ont été retenus dans les soins, comparativement à 40 % des faibles utilisateurs. Les forts utilisateurs avaient 1,3 fois plus de chances d'être retenus dans les soins que les faibles utilisateurs (clients ayant utilisé moins de six services en deux ans).<sup>16</sup> Cette étude définissait la rétention dans les soins comme étant une visite médicale ou plus, pendant au moins trois périodes consécutives de six mois.

La quatrième étude observationnelle<sup>17</sup> a noté que les clientes enrôlées dans des soins multidisciplinaires qui utilisaient un plus grand nombre de services de leur équipe avaient plus de chances d'être retenues dans les soins que celles qui utilisaient moins de services. Elle a révélé que les chances d'être retenues dans les soins étaient 2,8 plus grandes parmi les femmes qui recevaient quatre services ou plus par mois, comparativement à celles qui en recevaient trois ou moins par mois. Cette étude définissait la rétention dans les soins comme étant au moins une visite en clinique tous les six mois.

La cinquième étude observationnelle<sup>18</sup> a constaté que les clients qui avaient recours à des services additionnels de l'équipe multidisciplinaire – gestion de cas, transport et soutien en santé mentale – étaient considérablement plus susceptibles d'être impliqués dans les soins que les clients qui ne recevaient aucun service. Elle a révélé que 35 % des clients qui avaient besoin d'une gestion de cas et avaient recours à ce service étaient en soins standard, comparativement à 5 % des clients qui avaient besoin d'une gestion de cas mais n'en recevaient pas. Par ailleurs, 30 % des clients qui avaient besoin de services de transport et y avaient recours étaient en soins standard, comparativement à environ 5 % des clients qui avaient besoin de tels services mais n'en recevaient pas. Environ 40 % des clients qui avaient besoin de soutien en santé mentale étaient en soins standard, comparativement à 5 % des clients qui avaient besoin d'un tel soutien mais n'en recevaient pas.

## **Résultats du traitement**

On note d'importants bienfaits à amorcer un traitement contre le VIH, à y être fidèle et à le maintenir, y compris une amélioration de la qualité de vie<sup>7</sup> et une réduction du risque de transmission ultérieure du VIH.<sup>9</sup> Une personne vivant avec le VIH qui amorce un traitement peu après son diagnostic et qui prend ses médicaments régulièrement et correctement peut s'attendre à vivre presque aussi longtemps qu'une personne de la population générale.<sup>7</sup>

## **Amorce/maintien du traitement**

Commencer un traitement peut être une décision importante, pour une personne vivant avec le VIH. La décision doit prendre en compte les avantages (qualité de vie, longévité) et les défis potentiels du traitement (effets secondaires, observance et autres problèmes de santé). Une fois le traitement amorcé, la personne vivant avec le VIH devrait le maintenir sur une base continue.

Des données limitées issues d'une étude observationnelle<sup>17</sup> révèlent que les clients qui utilisent un plus grand nombre de services d'une clinique de soins multidisciplinaires ont des taux d'amorce du traitement plus élevés que ceux qui utilisent moins de services. Cette étude a constaté que les clientes enrôlées dans des soins multidisciplinaires et utilisant un plus grand nombre de services étaient plus susceptibles d'amorcer un traitement que les clientes utilisant moins de services.<sup>17</sup> De plus, les femmes qui utilisaient quatre services ou plus par mois avaient 1,8 fois plus de chances de commencer à prendre un inhibiteur de la protéase (une composante importante de plusieurs traitements contre le VIH) que celles qui utilisaient trois services ou moins par mois.

Des données limitées d'une étude observationnelle<sup>19</sup> ont révélé que les clients de soins multidisciplinaires sont considérablement plus susceptibles de maintenir leur traitement pendant au moins un an, comparativement aux clients de soins standard. Cette étude<sup>19</sup> a constaté que 55 % des clients recevant des soins multidisciplinaires restaient en traitement pendant au moins un an, comparativement à 43 % des clients d'un groupe de référence historique recevant des soins standard.

## Observance au traitement

Lorsque les clients sont prêts à amorcer un traitement, les médicaments doivent être pris régulièrement et correctement, afin d'être efficaces. Des taux d'observance inférieurs à 95 % sont associés à une résistance accrue et à un échec du traitement, à de moins bons résultats de santé, à une plus faible probabilité de charge virale indétectable et à un risque accru de transmission ultérieure du VIH.<sup>20</sup>

Des preuves solides d'un examen systématique<sup>21</sup>, d'un essai clinique contrôlé et randomisé<sup>22</sup> et de deux études observationnelles<sup>23,24</sup> indiquent que les équipes de soins multidisciplinaires qui incluent un pharmacien conduisent à une meilleure observance au traitement que les équipes de soins sans pharmacien.

L'examen systématique a constaté que les taux d'observance étaient entre 2 % et 59 % plus élevés chez les clients de soins multidisciplinaires avec pharmaciens, comparativement aux modèles de soins sans pharmacien.<sup>21</sup> L'essai contrôlé randomisé a noté que l'observance au traitement augmentait significativement, de 88 % sans pharmacien, à 92 % après l'ajout d'un pharmacien à l'équipe de soins.<sup>22</sup>

La première étude observationnelle<sup>24</sup> a constaté que 89 % des clients qui recevaient du soutien d'un pharmacien étaient très fidèles à leurs médicaments (c'est-à-dire qu'ils prenaient au moins 95 % de leurs pilules).

La seconde étude observationnelle<sup>23</sup> a comparé les taux d'observance au traitement parmi les clients de diverses cliniques VIH. Dans les soins spécialisés pour le VIH, l'observance n'était que de 74 %. En revanche, les clients qui recevaient des soins multidisciplinaires étaient entre 3,3 % et 8,1 % plus fidèles à leurs médicaments que les clients qui recevaient uniquement des soins spécialisés.<sup>23</sup> La composition des équipes variait, mais toutes comportaient une combinaison de professionnels incluant un pharmacien, une infirmière, un travailleur social, un coordonnateur, un fournisseur de soins de santé mentale et/ou un fournisseur de soins de santé primaires. Comparativement aux seuls soins spécialisés pour le VIH, les taux d'observance étaient :

- 8,1 % plus élevés avec une équipe composée d'un pharmacien, d'un coordonnateur et de fournisseur de soins de santé primaires
- 7,5 % plus élevés avec une équipe composée d'une infirmière, d'un travailleur social et d'un fournisseur de soins de santé primaires
- 6,5 % plus élevés avec une équipe composée d'un spécialiste du VIH et d'un fournisseur de soins de santé mentale
- 5,7 % plus élevés avec une équipe composée d'un pharmacien, d'un travailleur social et d'un fournisseur de soins de santé primaires
- 3,3 % plus élevés avec une équipe composée d'un pharmacien et d'un fournisseur de soins de santé primaires

## Résultats liés aux indicateurs cliniques

Un traitement efficace – lorsqu'une personne vivant avec le VIH prend ses médicaments régulièrement et correctement – peut conduire à des résultats de traitement optimaux comme une charge virale indétectable et un compte de CD4 plus élevé.<sup>25</sup>

### *Charge virale indétectable*

La charge virale est la mesure de la quantité de virus dans les fluides corporels d'une personne. Une charge virale faible ou indétectable est associée à des résultats de santé améliorés et à un risque réduit de transmission ultérieure du VIH.<sup>9</sup>



Des preuves solides d'un examen systématique<sup>21</sup> et de quatre études observationnelles<sup>3,19,26,27</sup> démontrent que les clients de soins multidisciplinaires pour le VIH atteignent une charge virale indétectable. L'examen systématique a révélé que la plupart des études avaient observé une association positive entre une charge virale réduite et des soins multidisciplinaires incluant un pharmacien.<sup>21</sup> Les études observationnelles suggèrent que les clients de soins multidisciplinaires sont plus susceptibles d'avoir une charge virale indétectable que divers groupes de référence.<sup>3,19,26,27</sup>

La première étude observationnelle<sup>3</sup> a examiné les charges virales de clients d'un modèle de collaboration de programmes en soins multidisciplinaires. Elle a constaté que le taux de charge virale indétectable parmi les clients était passé de 32 %, avant leur enrôlement dans le programme de soins multidisciplinaires (alors qu'ils recevaient des soins standard), à 51 % après une implication d'un an dans le programme de soins multidisciplinaires.<sup>3</sup>

La deuxième étude observationnelle<sup>26</sup> a constaté que les clients qui fréquentaient des cliniques offrant des services liés à l'hépatite, des services psychiatriques, psychologiques et sociaux ainsi que des soins primaires et spécialisés pour le VIH étaient trois fois plus susceptibles d'avoir une charge virale indétectable, comparativement aux clients de cliniques n'offrant que des soins primaires et spécialisés pour le VIH.

La troisième étude observationnelle<sup>27</sup> a examiné la charge virale parmi les clients d'une équipe multidisciplinaire partageant ses locaux avec des services de santé mentale pour la dépression. Elle a constaté que les charges virales avaient diminué significativement, de 14 100 copies/ml avant le counseling sur la dépression, à 4 000 copies/ml après celui-ci.<sup>27</sup>

La quatrième étude observationnelle<sup>19</sup> a noté une diminution statistiquement significative de la charge virale générale (mesurée par un changement de valeur log), en comparant les clients de soins multidisciplinaires et ceux du groupe de référence clinique historique. Toutefois, il n'y avait pas de différence dans le pourcentage de personnes ayant une charge virale supprimée, entre le groupe ayant rencontré un pharmacien, un diététicien et un travailleur social (88 %) avant d'amorcer un traitement (soins multidisciplinaires) et un groupe de référence clinique historique de patients qui n'avaient pas rencontré ces professionnels (85 %).

#### *Compte de CD4*

Le compte de CD4 est une mesure importante de la santé du système immunitaire. Un traitement efficace améliore le compte de CD4 d'une personne vivant avec le VIH, ce qui garde le système immunitaire en santé.

Des données limitées de deux études observationnelles<sup>19,27</sup> ont révélé que les comptes de CD4 des clients augmentaient lorsque des services supplémentaires étaient greffés à leurs soins.

La première étude observationnelle<sup>27</sup> a constaté que l'intégration d'un counseling sur la dépression, aux services d'une équipe de soins multidisciplinaires, augmentait significativement le compte de CD4, de 518 cellules/mm<sup>3</sup>, initialement, à 592 cellules/mm<sup>3</sup> chez les clients ayant reçu un counseling sur la dépression.

La deuxième étude observationnelle<sup>19</sup> a constaté que, sur 12 mois, les comptes de CD4 avaient augmenté considérablement chez les clients de soins multidisciplinaires qui avaient rencontré un pharmacien, un diététicien et un travailleur social avant d'amorcer un traitement, comparativement à un groupe de référence historique qui n'avait pas reçu ces services (100 cellules/mm<sup>3</sup> et 50 cellules/mm<sup>3</sup>, respectivement).

## **Hépatite C**

### **Résultats du traitement**

Une fois diagnostiquées, les personnes ayant l'hépatite C ont besoin d'accès à des fournisseurs de soins de santé pour évaluer la progression de la maladie, discuter d'options thérapeutiques et effectuer un suivi pendant toute la démarche du traitement. Les lignes directrices canadiennes actuelles recommandent que les personnes vivant avec l'hépatite C soient mises en contact avec un spécialiste des soins, pour évaluer la situation et développer un plan de traitement efficace.<sup>28</sup>



Lorsque cela est cliniquement approprié, les clients sont préparés à l'amorce d'un traitement. Ils doivent être fidèles au régime de traitement et aller à des rendez-vous plus fréquents à la clinique. On effectue un suivi pour établir si le traitement a un effet sur le virus. La réussite du traitement est confirmée par une charge virale indétectable du VHC, ou « réponse virologique soutenue » (RVS), six mois après la fin du traitement. Si le patient a une RVS six mois après le traitement, on considère qu'il est guéri de l'hépatite C.

### **Fréquentation d'une clinique**

Les lignes directrices canadiennes actuelles recommandent que les personnes ayant reçu un diagnostic d'hépatite C soient arrimées à des soins spécialisés pour l'évaluation de leur cas et le développement d'un plan de traitement efficace.<sup>28</sup> Les médecins spécialistes des soins et traitements pour l'hépatite C sont les spécialistes des maladies infectieuses, les gastroentérologues, les hépatologues et les experts médicaux en traitement des toxicomanies expérimentés dans les soins et traitements de l'hépatite C pour leurs clients.

Des preuves limitées, issues de trois études observationnelles,<sup>29,30,31</sup> indiquent que les personnes qui vivent avec l'hépatite C et reçoivent des soins multidisciplinaires fréquentent une clinique, pour des rendez-vous établis dans leur protocole de traitement. Ces trois études par observation ont été effectuées auprès de personnes consommant des drogues.

La première<sup>29</sup> a permis d'observer que les clients recevant des soins multidisciplinaires auprès d'un programme de traitement de substitution aux opioïdes se présentent à 100 % de leurs rendez-vous à la clinique.

Dans la deuxième étude observationnelle<sup>31</sup> et la troisième,<sup>30</sup> les clients recevant des soins multidisciplinaires dans des centres de santé communautaire se présentaient à leurs rendez-vous cliniques à raison de 85 %<sup>31</sup> et de 99 %.<sup>30</sup>

### **Évaluation préalable au traitement**

Les personnes diagnostiquées d'une hépatite C doivent être évaluées pour le traitement, notamment par des tests pour confirmer leur infection aiguë ou chronique, leur génotype (il existe six génotypes répandus) et l'évaluation des dommages au foie, également appelés « fibrose », en raison de l'infection. Leur préparation psychosociale au traitement est également évaluée – entre autres, la santé mentale, la consommation de drogues et la stabilité du logement. Ces évaluations avant le traitement permettent d'établir si celui-ci devrait être amorcé dès que possible, ou peut être repoussé dans le temps pour permettre à la personne de se préparer.

Des preuves limitées, issues de six études observationnelles<sup>31,32,33,34,35,36</sup> indiquent que les clients recevant des soins multidisciplinaires font l'objet d'une évaluation préalable au traitement dans une proportion variant entre 30 % et 90 %.

Une étude observationnelle<sup>34</sup> a examiné l'impact de soins multidisciplinaires qui incluaient du soutien psychiatrique, sur le taux d'évaluation pour le traitement. Les clients ayant des préoccupations de santé mentale et recevant des soins multidisciplinaires qui incluaient du soutien psychiatrique étaient plus susceptibles d'avoir une évaluation complète (90 %) que ceux qui ne recevaient pas de soins additionnels en santé mentale (59 %) et que ceux qui ne recevaient que du soutien de routine en la matière (56 %).<sup>34</sup>

Quatre études observationnelles<sup>31,33,34,35</sup> réalisées dans divers milieux où des soins multidisciplinaires étaient offerts n'ont pas comparé leurs résultats à ceux d'un groupe témoin.

Trois d'entre elles<sup>31,32,35</sup> ont été effectuées dans des centres de santé communautaire et ont mesuré des taux d'évaluation pour le traitement d'entre 30 % et 54 %.

L'autre étude observationnelle<sup>33</sup> a été réalisée auprès de programmes en matière de toxicomanie et a mesuré un taux de 78 %.

### **Amorce du traitement**

Une fois que l'évaluation a établi que la personne vivant avec l'hépatite C est admissible au traitement, elle peut

amorcer un régime de traitement pour guérir. Sans traitement, les effets à long terme de l'hépatite C peuvent inclure la cirrhose, l'insuffisance hépatique en phase terminale et le cancer du foie.

Des preuves limitées de sept études observationnelles<sup>30,31,34,37,38,39,40</sup> concernent la proportion des clients recevant des soins multidisciplinaires et qui amorcent un traitement. Certaines données indiquent que les clients en soins multidisciplinaires sont plus susceptibles d'amorcer un traitement que ceux qui reçoivent des soins uniquement d'un spécialiste.<sup>34,37</sup> Le taux d'amorce d'un traitement variait entre 23 % et 73 %, dans les sept études.

Deux études observationnelles<sup>34,37</sup> ont porté sur l'impact des soins multidisciplinaires sur les taux d'amorce d'un traitement, en comparaison avec des groupes témoins. La première, réalisée parmi des vétérans fréquentant une clinique de soins ambulatoires, a démontré qu'un nombre considérablement plus élevé de clients recevant des soins multidisciplinaires incluant du soutien d'un infirmier en psychiatrie avaient amorcé le traitement, en comparaison avec ceux qui ne recevaient pas ce soutien additionnel en dépit de leur besoin (49 % et 14 %, respectivement).<sup>34</sup> L'autre étude, réalisée parmi des personnes faisant usage de drogues, a observé qu'un nombre considérablement plus grand de clients avaient amorcé un traitement après l'introduction de soins multidisciplinaires, dans un centre de toxicomanie, en comparaison avec la période précédant cette mise en œuvre (38 % et 2 %, respectivement).<sup>37</sup>

Cinq études observationnelles<sup>30,31,38,39,40</sup> sur les soins multidisciplinaires n'avaient pas de groupe témoin. Ces cinq études ont été réalisées auprès de personnes faisant usage de drogues.

Parmi les personnes qui consomment des drogues, le taux d'amorce du traitement pour l'hépatite C était le plus élevé (73 %) dans une clinique de soins ambulatoires,<sup>40</sup> suivi des taux observés dans des centres de santé communautaire (51 % et 70 %),<sup>30,31</sup> et dans des programmes de traitement de substitution aux opiacés (2 % et 41 %)<sup>38,39</sup> qui intégraient les soins pour l'hépatite C dans leurs services.

## Achèvement du traitement

Il est crucial que les personnes vivant avec l'hépatite C qui reçoivent un traitement suivent le régime thérapeutique complet, si nécessaire pour des raisons médicales. L'observance de la durée complète du traitement maximise les chances de guérison.

Il existe de fortes preuves, issues d'une méta-analyse<sup>41</sup> et de huit études observationnelles<sup>5,36,42,43,44,45,46,47</sup>, que les clients en soins multidisciplinaires suivent le traitement jusqu'à la fin. Les taux d'achèvement du traitement parmi les clients en soins multidisciplinaires oscillaient entre 64 % et 86 %.

De ce corpus d'études, seulement deux études observationnelles<sup>5,47</sup> ont comparé les taux d'achèvement du traitement à ceux de groupes témoins.

La première,<sup>47</sup> réalisée auprès de personnes consommant des drogues, a observé qu'un nombre considérablement plus important des participants recevant des soins multidisciplinaires suivaient le traitement jusqu'à la fin, en comparaison avec ceux recevant des soins standard (75 % et 41 %, respectivement). La seconde<sup>5</sup> a comparé les taux d'achèvement du traitement avant et après la mise en œuvre d'un modèle de collaboration de programmes en soins multidisciplinaires. Cette étude a conclu que l'achèvement du traitement avait augmenté, de 66 % à 74 %, après la mise en œuvre d'un modèle de soins multidisciplinaires. Cette observation n'a toutefois pas été considérée comme significative du point de vue statistique.

Une méta-analyse<sup>41</sup> et six études observationnelles<sup>36,42,43,44,45,46</sup> n'ont pas comparé les taux d'achèvement avec ceux d'un groupe témoin. Ces méta-analyses, portant sur des études incluant des utilisateurs de drogues recevant des soins multidisciplinaires, ont conclu à un taux groupé d'achèvement du traitement de l'ordre de 83 %.<sup>41</sup> Trois études observationnelles<sup>36,43,46</sup> réalisées auprès de clients de programmes de traitement de la toxicomanie recevant des soins multidisciplinaires ont conclu à des taux d'achèvement du traitement variant entre 64 % et 85 %. La quatrième étude observationnelle et la cinquième<sup>42,45</sup>, auprès de personnes consommant des drogues, ont conclu à des taux d'achèvement du traitement variant entre 78 % et 86 %, chez des clients de cliniques de soins ambulatoires recevant des soins multidisciplinaires. La dernière étude observationnelle<sup>44</sup>, réalisée auprès de

personnes consommant des drogues et recevant des soins multidisciplinaires d'un centre de santé communautaire, a mesuré un taux de 76 % d'achèvement du traitement.

## Résultats associés à des indicateurs cliniques : réponse virologique soutenue

Les résultats du traitement de l'hépatite C sont établis par une réponse virologique soutenue (RVS), ou la guérison. Une personne qui présente une RVS six mois après la fin du traitement est considérée comme guérie de l'hépatite C.

Des preuves solides, issues d'une méta-analyse,<sup>41</sup> d'un essai randomisé et contrôlé<sup>48</sup> de trois études quasi expérimentales<sup>49,50,51</sup> et de 24 études observationnelles<sup>5,29,31,32,33,34,36,37,38,39,40,42,43,44,45,46,52,53,54,55,56,57,58,59</sup> indiquent que les clients recevant des soins multidisciplinaires atteignent des taux élevés de guérison. Des 24 études observationnelles, seulement cinq<sup>5,34,47,56,59</sup> ont comparé les taux de guérison des clients en soins multidisciplinaires à ceux d'un groupe témoin.

La première de ces études observationnelles,<sup>47</sup> réalisée parmi des personnes consommant des drogues, a conclu que 69 % des clients participant à des soins multidisciplinaires et ayant complété leur traitement avaient été guéris, en comparaison à un taux de 46 % parmi les clients recevant des soins standard.<sup>47</sup> Ceci signifie que les clients en soins multidisciplinaires avaient des chances 2,6 fois plus élevées d'être guéris que ceux recevant des soins standard pour l'hépatite C.<sup>47</sup>

La deuxième,<sup>59</sup> également réalisée auprès de personnes consommant des drogues, a conclu qu'un nombre considérablement plus élevé de clients en soins multidisciplinaires (77 %) que de clients en soins standard étaient guéris (62 %).

La troisième<sup>34</sup> a conclu que 41 % des clients ayant des besoins en matière de santé mentale et participant à des soins multidisciplinaires incluant une infirmière en soins psychiatriques avaient été guéris, en comparaison à 33 % des clients ayant des préoccupations de santé mentale mais ne recevant pas de soutien psychiatrique. Ce résultat n'a toutefois pas été considéré comme significatif du point de vue statistique.

La quatrième<sup>56</sup> a observé des taux de guérison considérablement plus élevés parmi les clients en soins multidisciplinaires (69%) que parmi les clients recevant les soins de routine (20 %).

La cinquième<sup>5</sup> a examiné des clients avant et après la mise en œuvre d'un modèle de collaboration de programmes en soins multidisciplinaires, et a conclu que seulement 51 % des clients avaient obtenu une RVS avant le modèle collaboratif, en comparaison à 61 % après sa mise en œuvre. Ce résultat n'a pas été considéré comme significatif du point de vue statistique.

Les autres études - une méta-analyse,<sup>41</sup> un essai contrôlé et randomisé,<sup>48</sup> trois études quasi expérimentales<sup>49,50,51</sup> et 20 études observationnelles<sup>29,31,32,33,36,37,38,39,40,42,43,44,45,46,52,53,54,55,57,58</sup> - présentent des taux généraux de guérison dans divers milieux offrant des soins multidisciplinaires à des personnes qui consomment des drogues et de l'alcool, mais n'ont pas comparé ces résultats à ceux d'un groupe témoin, ou ont utilisé une comparaison qui n'est pas pertinente au présent examen.<sup>48</sup>

La méta-analyse a conclu à un taux groupé de 56 % de guérison parmi les personnes consommant des drogues recevant des soins multidisciplinaires.<sup>41</sup> Les autres études ont permis de constater que :

- dans le contexte des soins primaires, les taux généraux de guérison variaient entre 57 % et 71 %;<sup>50,51</sup>
- dans les cliniques de soins ambulatoires, les taux généraux de guérison oscillaient entre 44 % et 88 %;<sup>40,42,45,48,52,53,57</sup>
- dans les centres de santé communautaire, les taux généraux de guérison allaient de 28 % à 63 %;<sup>31,32,44,49,54,55,58</sup>
- dans les programmes en matière de toxicomanie, y compris les programmes de thérapie de substitution aux opioïdes, centres de traitement de la toxicomanie et centres de désintoxication, les taux généraux de guérison variaient entre 38 % et 71 %.<sup>29,33,36,37,38,39,43,46</sup>

## Résultats de santé mentale en cours de traitement

Un essai randomisé et contrôlé<sup>60</sup> a conclu à des preuves modérées que des soins multidisciplinaires sont associés à une diminution considérable des préoccupations de santé mentale chez les personnes vivant avec l'hépatite C et suivant un traitement, en comparaison avec des soins standard. L'étude a observé que seulement 5 % des clients recevant des soins d'une équipe multidisciplinaire incluant un psychiatre avaient eu des problèmes psychiatriques liés au traitement entre la 24<sup>e</sup> et la 36<sup>e</sup> semaine du traitement, en comparaison avec un taux de 16 % parmi un groupe témoin recevant des soins standard.<sup>60</sup>

## Résultats déclarés par les clients en matière de soins multidisciplinaires pour le VIH et l'hépatite C

Pour des résultats optimaux, il est crucial que les clients soient satisfaits des soins qu'ils reçoivent et qu'ils fassent état d'une amélioration de leur santé et de leur bien-être, pendant qu'ils reçoivent des soins multidisciplinaires.

### Satisfaction

Des preuves limitées d'une étude observationnelle<sup>61</sup> concernant le VIH et d'une étude observationnelle<sup>35</sup> concernant l'hépatite C indiquent que les clients qui reçoivent des soins multidisciplinaires sont satisfaits de leurs soins.

En demandant aux clients s'ils préféreraient leur clinique du VIH en raison de son approche multidisciplinaire, la première étude observationnelle a observé qu'en moyenne, les clients attribuaient à cet énoncé une cote de 3,79 sur une échelle de 4 points.<sup>61</sup> Le pointage moyen de satisfaction observé dans la deuxième étude observationnelle, celle-ci auprès de personnes vivant avec l'hépatite C et recevant également des soins multidisciplinaires, était de 13,7 sur une échelle de 15 points, ce qui a été considéré comme un résultat de « grande satisfaction ».<sup>35</sup>

## Résultats déclarés de santé mentale

Des preuves limitées, issues d'une étude quasi expérimentale<sup>62</sup> et d'une étude observationnelle<sup>27</sup> portant toutes deux sur le VIH, indiquent que les clients recevant des soins multidisciplinaires font état de résultats améliorés de santé mentale.

Une étude quasi expérimentale auprès de personnes vivant avec le VIH a observé que les soins multidisciplinaires comprenant du soutien en matière de santé mentale réduisaient le nombre de cas déclarés de distanciation, de blâme et de discrimination en lien avec la séropositivité au VIH, selon l'Échelle de stigmatisation du VIH.<sup>62</sup> Après l'obtention de services de soutien en santé mentale, les pointages moyens de distanciation, de blâme et de discrimination diminuaient considérablement.

Une étude observationnelle<sup>27</sup> auprès de personnes vivant avec le VIH qui recevaient des soins d'une équipe multidisciplinaire a observé une diminution importante dans l'autodéclaration de la dépression après l'amorce de counseling pour la dépression, en comparaison avec la période précédant ce counseling.

## Résultats de toxicomanie

Des preuves limitées, issues de trois études observationnelles<sup>35,54,63</sup> concernant l'hépatite C, indiquent que les clients en soins multidisciplinaires réduisent leurs risques associés à la toxicomanie.

Dans deux études observationnelles<sup>35,63</sup>, les clients vivant avec l'hépatite C qui recevaient des soins multidisciplinaires et avaient des troubles de consommation d'alcool ont fait état d'une diminution de cette consommation. La première<sup>63</sup> a mesuré une réduction de 51 % du pointage de la sévérité des troubles de consommation d'alcool six mois après l'amorce d'un traitement de cette consommation.

Dans la seconde,<sup>35</sup> une proportion de 70 % des clients en soins multidisciplinaires et ayant des troubles de consommation d'alcool a réduit sa consommation.

## Changements au mode de vie

Selon des données limitées issues de deux études observationnelles<sup>35,54</sup> sur l'hépatite C, les clients de soins multidisciplinaires déclarent avoir apporté des changements à leur mode de vie. La première étude<sup>35</sup> a constaté que 73 % des clients affirmaient avoir confiance d'apporter des changements à leurs vies, et que 83 % affirmaient avoir les connaissances nécessaires à maintenir une meilleure santé.

En plus de signaler une confiance et des connaissances rehaussées, certains clients de soins multidisciplinaires affirment utiliser celles-ci pour apporter des changements à leur vie. La même étude observationnelle a révélé que 48 % des clients avaient modifié leur alimentation.<sup>35</sup> La deuxième étude observationnelle indique que les clients jouissent d'une meilleure stabilité financière.<sup>54</sup>

## Tableau sommaire : Preuves à l'appui des soins d'équipe multidisciplinaires

|   | Solides | Modérées | Limitées | Aucune | Inefficaces |
|---|---------|----------|----------|--------|-------------|
| <b>Rétention dans les soins pour le VIH</b>                               |         |          | x        |        |             |
| <b>Amorce du traitement anti-VIH</b>                                      |         |          | x        |        |             |
| <b>Maintien du traitement anti-VIH</b>                                    |         |          | x        |        |             |
| <b>Observance au traitement anti-VIH</b>                                  | x       |          |          |        |             |
| <b>Charge virale du VIH</b>   | x       |          |          |        |             |
| <b>Compte de CD4</b>  |         |          | x        |        |             |
| <b>Fréquentation d'une clinique VHC</b>                                   |         |          | x        |        |             |
| <b>Évaluation pour le traitement de l'hépatite C</b>                      |         |          | x        |        |             |
| <b>Amorce du traitement de l'hépatite C</b>                               |         |          | x        |        |             |
| <b>Achèvement du traitement de l'hépatite C</b>                           | x       |          |          |        |             |
| <b>RVS/guérison</b>   | x       |          |          |        |             |
| <b>Résultats de santé mentale liés au traitement du VHC</b>               |         | x        |          |        |             |
| <b>Satisfaction déclarée par le client</b>                                |         |          | x        |        |             |
| <b>Résultats de santé mentale déclarés par le client</b>                  |         |          | x        |        |             |
| <b>Résultats liés à la consommation de drogues déclarés par le client</b> |         |          | x        |        |             |

## Qu'est-ce que cela veut dire pour les services liés au VIH et à l'hépatite C au Canada?

Les données publiées au sujet du continuum des soins indiquent que les personnes vivant avec le VIH et/ou l'hépatite C ne sont pas impliquées de façon optimale dans les soins. Un moyen de rehausser l'implication des individus dans le continuum des soins est de leur offrir des soins multidisciplinaires, afin qu'ils aient accès aux services dont ils ont besoin pour s'impliquer dans les soins, maintenir leurs soins et amorcer un traitement (lorsqu'ils sont prêts).

En général, des données suggèrent que les soins multidisciplinaires pour le VIH et l'hépatite C peuvent améliorer l'implication dans le continuum des soins pour les deux infections, de même que les résultats de santé des clients.

Pour ce qui est du VIH, des données indiquent que les clients de soins multidisciplinaires qui ont recours aux services appropriés, au besoin, comme la gestion de cas et le soutien au logement, sont plus susceptibles d'être retenus dans les soins. Cela semble influencer également l'amorce du traitement : les clients qui ont recours à plusieurs services de l'équipe de soins sont plus susceptibles de commencer un traitement anti-VIH. Des données suggèrent que la rétention dans le traitement est plus marquée parmi les clients de soins multidisciplinaires que chez ceux de soins standard.

Des données indiquent également que les équipes de soins multidisciplinaires incluant des pharmaciens améliorent les taux d'observance au traitement du VIH. De plus, lorsque des services additionnels sont reçus des équipes de soins multidisciplinaires, les comptes de CD4 augmentent.

Pour ce qui est de l'hépatite C, la fréquentation des cliniques est élevée parmi les clients de soins multidisciplinaires. Les soins multidisciplinaires favorisent également l'achèvement d'évaluations thérapeutiques; à cet effet, une étude suggère que l'inclusion d'infirmières psychiatriques est bénéfique. Des données indiquent que les personnes vivant avec l'hépatite C qui reçoivent des soins multidisciplinaires sont plus susceptibles de terminer leur traitement et d'être guéries.

Toutefois, à l'instar des soins multidisciplinaires pour le VIH, l'accès à des services spécifiques (en particulier un soutien en santé mentale) est crucial à la réussite des soins. Les clients ayant l'hépatite C qui reçoivent un soutien psychiatrique dans le cadre de leurs soins sont plus susceptibles d'être évalués pour un traitement contre l'hépatite C et ont moins de chances de souffrir de détresse psychiatrique grave, pendant le traitement, que les clients de soins multidisciplinaires ou standard qui ne reçoivent pas ce soutien additionnel.

Les soins multidisciplinaires doivent être adaptés aux épidémies du VIH et de l'hépatite C là où ils sont offerts. Les services devraient être centrés sur les clients et adaptés aux besoins spécifiques de la population locale. Des données pertinentes au VIH et à l'hépatite C indiquent que les soins multidisciplinaires doivent offrir les services dont les clients ont besoin, lorsqu'ils en ont besoin, et faire en sorte que les clients reçoivent l'assistance nécessaire pour y avoir accès.

À travers le Canada, diverses régions offrent déjà des soins multidisciplinaires aux personnes vivant avec le VIH, l'hépatite C ou la co-infection, afin d'améliorer leur santé. À Vancouver, le [Programme de TAM](#), la [Clinique d'immunodéficience](#), le [programme Towards Aboriginal Health and Healing](#) et l'[Équipe d'intervention de proximité STOP](#) offrent tous des soins multidisciplinaires aux personnes vivant avec le VIH. En Ontario, des équipes pour l'hépatite C ont été formées à travers la province et offrent aux personnes qui consomment des drogues des services multidisciplinaires liés à l'hépatite C, notamment à [Thunder Bay](#), à [Guelph](#) et à [Ottawa](#).

## Méthodologie

Cet examen est fondé sur des recherches à l'aide de PubMed, Embase et CINAHL. Les termes de recherche MeSH incluait « patient care team »; « patient care management »; « delivery of health care »; « community health services »; « HIV infections »; et « hepatitis C ». Les vedettes-matières d'EMBASE incluait « health care delivery »; « patient care »; et « community care ». Les vedettes-matières de CINAHL incluait « multidisciplinary care team ».



Les termes de recherche par mot-clé incluaient « multidisciplinary »; « interdisciplinary »; « collabora\* »; « coordinat\* »; « integrat\* »; « care »; et « service » ou « services ». Les listes de références d'articles pertinents ont également été examinées afin d'y relever des titres additionnels. La recherche a porté sur les études pertinentes à la prestation de soins de santé au Canada.

## Références

1. [a. b. c.](#) Bosch M, Faber MJ, Crujlsberg J, Voerman GE, Leatherman S, Grol RPTM, et al. Review Article: Effectiveness of Patient Care Teams and the Role of Clinical Expertise and Coordination: A Literature Review. *Medical Care Research and Review*. 2009 Dec 1;666(Suppl):5S – 35S.
2. [a. b. c. d. e.](#) Centers for Disease Control. Program collaboration and service integration: enhancing the prevention and control of HIV/AIDS, viral hepatitis, sexually transmitted diseases, and tuberculosis in the United States. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. 2009;
3. [a. b. c. d. e. f. g. h.](#) Irvine MK, Chamberlin SA, Robbins RS, Myers JE, Braunstein SL, Mitts BJ, et al. Improvements in HIV care engagement and viral load suppression following enrollment in a comprehensive HIV care coordination program. *Clinical Infectious Diseases*. 2014;ciu783.
4. Soto TA, Bell J, Pillen MB. Literature on integrated HIV care: a review. *AIDS Care*. 2004 Jan;16(sup1):43-55.
5. [a. b. c. d. e. f. g.](#) Tait JM, McIntyre PG, McLeod S, Nathwani D, Dillon JF. The impact of a managed care network on attendance, follow-up and treatment at a hepatitis C specialist centre: Impact of HCV managed care network. *Journal of Viral Hepatitis*. 2010 Oct;17(10):698-704.
6. Willenbring ML. Integrating care for patients with infectious, psychiatric, and substance use disorders: concepts and approaches. *Aids*. 2005;19:S227-37.
7. [a. b. c.](#) Samji H, Cescon A, Hogg RS, Modur SP, Althoff KN, Buchacz K, et al. Closing the Gap: Increases in Life Expectancy among Treated HIV-Positive Individuals in the United States and Canada. Okulicz JF, editor. *PLoS ONE*. 2013 Dec 18;8(12):e81355.
8. Skarbinski J, Rosenberg E, Paz-Bailey G, Hall HI, Rose CE, Viall AH, et al. Human Immunodeficiency Virus Transmission at Each Step of the Care Continuum in the United States. *JAMA Internal Medicine*. 2015 Feb 23;
9. [a. b. c.](#) Cohen M, Chen YQ, Macauley M, Gamble T, Hosseinipour MC. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. *New England Journal of Medicine*. 365(6):493-505.
10. Nosyk B, Montaner JSG, Colley G, Lima VD, Chan K, Heath K, et al. The cascade of HIV care in British Columbia, Canada, 1996-2011: a population-based retrospective cohort study. *The Lancet Infectious Diseases*. 2014 Jan;14(1):40-9.
11. Gilbert M, Gardner S, Murray J, McGee F, Burchell A. Quantifying the HIV Care Cascade in Ontario: Challenges and Future Directions [Internet]. Poster presented at: 24th Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research; 2015 May 30; Toronto, Ontario. Disponible à l'adresse : [http://www.cahr-acrv.ca/wp-content/uploads/2012/10/InfDis\\_26\\_SB\\_MarApr2015\\_Final.pdf](http://www.cahr-acrv.ca/wp-content/uploads/2012/10/InfDis_26_SB_MarApr2015_Final.pdf)
12. Yehia BR, Schranz AJ, Umscheid CA, Lo Re V. The Treatment Cascade for Chronic Hepatitis C Virus Infection in the United States: A Systematic Review and Meta-Analysis. Rizza SA, editor. *PLoS ONE*. 2014 Jul 2;9(7):e101554.
13. Trubnikov M, Yan P, Archibald C. Estimation de la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C au Canada, 2011. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*. 18 décembre 2014;40(19).
14. British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS. Primary Care Guidelines for the Management of HIV/AIDS in British Columbia [Internet]. British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS; 2011 [cité le 28 mai 2014]. Disponible à l'adresse : [http://www.cfenet.ubc.ca/sites/default/files/uploads/HIV\\_PRIMARY\\_CARE\\_GUIDELINES\\_2011.pdf](http://www.cfenet.ubc.ca/sites/default/files/uploads/HIV_PRIMARY_CARE_GUIDELINES_2011.pdf)
15. [a. b. c.](#) Messeri PA, Abramson DM, Aidala AA, Lee F, Lee G. The impact of ancillary HIV services on engagement in medical care in New York City. *AIDS Care*. 2002 Aug;14(sup001):15-29.
16. [a. b. c. d.](#) Chan D, Absber D, Sabatier S. Recipients in need of ancillary services and their receipt of HIV medical care in California. *AIDS Care*. 2002 Aug;14(sup001):73-83.
17. [a. b. c. d. e.](#) Magnus M, Schmidt N, Kirkhart K, Schieffelin C, Fuchs N, Brown B, et al. Association between ancillary services and clinical and behavioral outcomes among HIV-infected women. *AIDS Patient Care and STDs*. 2001;15(3):137-45.
18. [a. b. c.](#) Sherer R, Stieglitz K, Narra J, Jasek J, Green L, Moore B, et al. HIV multidisciplinary teams work: Support services improve access to and retention in HIV primary care. *AIDS Care*. 2002 Aug;14(sup001):31-44.
19. [a. b. c. d. e. f. g.](#) Frick P, Tapia K, Grant P, Novotny M, Kerzee J. The effect of a multidisciplinary program on HAART adherence. *AIDS Patient Care & STDs*. 2006;20(7):511-24.
20. CATIE. Le VIH au Canada : Guide d'introduction pour les fournisseurs de services. 2014 [cité le 5 mai 2015]. Disponible à l'adresse : <http://www.catie.ca/fr/vih-canada/6/6-3>
21. [a. b. c. d.](#) Saberi P, Dong, Johnson M, Greenblatt, Cocohoba J. The impact of HIV clinical pharmacists on HIV treatment outcomes: a systematic review. *Patient Preference and Adherence*. 2012 Apr;297.
22. [a. b.](#) Levy RW, Rayner CR, Fairley CK, Kong DCM, Mijch A, Costello K, et al. Multidisciplinary HIV adherence intervention: a randomized study. *AIDS Patient Care & STDs*. 2004;18(12):728-35.
23. [a. b. c.](#) Horberg MA, Hurley LB, Towner WJ, Allerton MW, Tang BT, Catz SL, et al. Determination of Optimized Multidisciplinary Care Team for Maximal Antiretroviral Therapy Adherence: *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2012 Jun;60(2):183-90.
24. [a. b.](#) Appolloni L, Locchi F, Girometti N, Calza L, Colangeli V, Manfredi R, et al. Integration among hospital pharmacists and infectious diseases physicians in the outpatient management of HIV infection. *Le Infezioni in Medicina*. 2014;1:19-35.
25. Shuter J. Forgiveness of non-adherence to HIV-1 antiretroviral therapy. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. 2008 Feb 4;61(4):769-73.
26. [a. b. c.](#) Hoang T, Goetz MB, Yano EM, Rossman B, Anaya HD, Knapp H, et al. The Impact of Integrated HIV Care on Patient Health Outcomes: *Medical Care*. 2009 May;47(5):560-7.
27. [a. b. c. d. e. f. g. h.](#) Coleman SM, Blashill AJ, Gandhi RT, Safren SA, Freudenreich O. Impact of integrated and measurement-based depression care: clinical experience in an HIV clinic. *Psychosomatics*. 2012;53(1):51-7.
28. [a. b.](#) Myers RP, Shah H, Burak KW, Cooper C, Feld JJ. An update on the management of chronic hepatitis C: 2015 Consensus guidelines from the Canadian Association for the Study of the Liver. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2015 Feb;29(1):19-34.
29. [a. b. c. d. e.](#) Stein MR, Soloway IJ, Jefferson KS, Roose RJ, Arnsten JH, Litwin AH. Concurrent group treatment for hepatitis C: Implementation and outcomes in a methadone maintenance treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2012 Dec;43(4):424-32.



30. [a](#). [b](#). [c](#). [d](#). [e](#). [f](#). Grebely J, Genoway K, Khara M, Duncan F, Viljoen M, Elliott D, et al. Treatment uptake and outcomes among current and former injection drug users receiving directly observed therapy within a multidisciplinary group model for the treatment of hepatitis C virus infection. *International Journal of Drug Policy*. 2007 Oct;18(5):437–43.
31. [a](#). [b](#). [c](#). [d](#). [e](#). [f](#). [g](#). [h](#). [i](#). [j](#). [k](#). Jack K, Willott S, Manners J, Varnam MA, Thomson BJ. Clinical trial: a primary-care-based model for the delivery of anti-viral treatment to injecting drug users infected with hepatitis C. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2009 Jan;29(1):38–45.
32. [a](#). [b](#). [c](#). [d](#). [e](#). Grebely J, Knight E, Genoway KA, Viljoen M, Khara M, Elliott D, et al. Optimizing assessment and treatment for hepatitis C virus infection in illicit drug users: a novel model incorporating multidisciplinary care and peer support. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2010 Mar;22(3):270–7.
33. [a](#). [b](#). [c](#). [d](#). [e](#). [f](#). Harris KA, Arnsten JH, Litwin AH. Successful Integration of Hepatitis C Evaluation and Treatment Services With Methadone Maintenance. *Journal of Addiction Medicine*. 2010 Mar;4(1):20–6.
34. [a](#). [b](#). [c](#). [d](#). [e](#). [f](#). [g](#). [h](#). [i](#). [j](#). [k](#). Knott A, Dieperink E, Willenbring ML, Heit S, Durfee JM, Wingert M, et al. Integrated Psychiatric/Medical Care in a Chronic Hepatitis C Clinic: Effect on Antiviral Treatment Evaluation and Outcomes. *The American Journal of Gastroenterology*. 2006 Oct;101(10):2254–62.
35. [a](#). [b](#). [c](#). [d](#). [e](#). [f](#). [g](#). [h](#). [i](#). [j](#). [k](#). Horwitz R, Brener L, Treloar C. Evaluation of an integrated care service facility for people living with hepatitis C in New Zealand. *International Journal of Integrated Care*. 2012;12.
36. [a](#). [b](#). [c](#). [d](#). [e](#). [f](#). [g](#). Wilkinson M, Crawford V, Tippet A, Jolly F, Turton J, Sims E, et al. Community-based treatment for chronic hepatitis C in drug users: high rates of compliance with therapy despite ongoing drug use. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2009 Jan;29(1):29–37.
37. [a](#). [b](#). [c](#). [d](#). [e](#). [f](#). [g](#). Moussalli J, Delaquaize H, Boubliley D, Lhomme J-P, Ponty JM, Sabot D, et al. Factors to Improve the Management of Hepatitis C in Drug Users: An Observational Study in an Addiction Centre. *Gastroenterology Research and Practice*. 2010;2010.
38. [a](#). [b](#). [c](#). [d](#). [e](#). [f](#). Seidenberg A, Rosemann T, Senn O. Patients receiving opioid maintenance treatment in primary care: successful chronic hepatitis C care in a real world setting. *BMC infectious diseases*. 2013;13(1):9.
39. [a](#). [b](#). [c](#). [d](#). [e](#). [f](#). Witteck A, Schmid P, Hensel-Koch K, Thurnheer MC, Bruggmann P, Vernazza P, et al. Management of hepatitis C virus (HCV) infection in drug substitution programs. *Swiss Medical Weekly*. 2011;141(w13193).
40. [a](#). [b](#). [c](#). [d](#). [e](#). [f](#). Lindenburg C, Lambers F, Urbanus A, Jansen P, Krol A, Casteelen G, et al. Hepatitis C testing and treatment among active drug users in Amsterdam: results from the DUTCH-C project. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2011;1:23–31.
41. [a](#). [b](#). [c](#). [d](#). [e](#). [f](#). Dimova RB, Zeremski M, Jacobson IM, Hagan H, Des Jarlais DC, Talal AH. Determinants of Hepatitis C Virus Treatment Completion and Efficacy in Drug Users Assessed by Meta-analysis. *Clinical Infectious Diseases*. 2013 Mar 15;56(6):806–16.
42. [a](#). [b](#). [c](#). [d](#). [e](#). [f](#). Ewart A. Providing treatment for hepatitis C in an Australian district centre. *Postgraduate Medical Journal*. 2004 Mar 1;80(941):180–2.
43. [a](#). [b](#). [c](#). [d](#). [e](#). [f](#). Litwin AH, Harris KA, Nahvi S, Zamor PJ, Soloway IJ, Tenore PL, et al. Successful treatment of chronic hepatitis C with pegylated interferon in combination with ribavirin in a methadone maintenance treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2009 Jul;37(1):32–40.
44. [a](#). [b](#). [c](#). [d](#). [e](#). [f](#). Sylvestre DL, Clements BJ. Adherence to hepatitis C treatment in recovering heroin users maintained on methadone. *European journal of gastroenterology & hepatology*. 2007;19(9):741–7.
45. [a](#). [b](#). [c](#). [d](#). [e](#). [f](#). Dolce P, Brin-Clement S, Bernatchez H, Jutras P, Tourangeau F. Multidisciplinary clinic for the treatment of hepatitis C: An useful tool for the management of the patients; review of the experience of a regional hospital. Oral presented at: 19th Biennial Conference of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research; 2011 Jul 10; Quebec City.
46. [a](#). [b](#). [c](#). [d](#). [e](#). [f](#). Guadagnino V, Trotta MP, Montesano F, Babudieri S, Caroleo B, Armignacco O, et al. Effectiveness of a multi-disciplinary standardized management model in the treatment of chronic hepatitis C in drug addicts engaged in detoxification programmes. *Addiction*. 2007 Mar;102(3):423–31.
47. [a](#). [b](#). [c](#). [d](#). [e](#). [f](#). [g](#). Curcio F, Di Martino F, Capraro C, Angelucci F, Bulla F, Caprio N, et al. Together...to take care: multidisciplinary management of hepatitis C virus treatment in randomly selected drug users with chronic hepatitis. *Journal of Addiction Medicine*. 2010;4(4):223–32.
48. [a](#). [b](#). [c](#). [d](#). Ebner N, Wanner C, Winklbaur B, Matzenauer C, Jachmann CA, Thau K, et al. Retention rate and side effects in a prospective trial on hepatitis C treatment with pegylated interferon alpha-2a and ribavirin in opioid-dependent patients. *Addiction Biology*. 2009 Apr;14(2):227–37.
49. [a](#). [b](#). [c](#). Hill WD, Butt G, Alvarez M, Krajden M. Capacity enhancement of hepatitis C virus treatment through integrated, community-based care. *Canadian Journal of Gastroenterology*. 2008;22(1):27.]
50. [a](#). [b](#). [c](#). Ho CJ, Preston C, Fredericks K, Doorley SL, Kramer RJ, Kwan L, et al. A Unique Model for Treating Chronic Hepatitis C in Patients With Psychiatric Disorders, Substance Abuse, and/or Housing Instability. *Journal of Addiction Medicine*. 2013;7(5):320–4.
51. [a](#). [b](#). [c](#). Yozviak J, Penaloza O, Friel T. A novel approach for a new era: Successful integration of multidisciplinary, hepatitis C care within an established HIV primary care practice. Oral presented at: International Conference on Viral Hepatitis; 2011 Apr 11; Baltimore, MD.
52. [a](#). [b](#). [c](#). Brunner N, Senn O, Rosemann T, Falcato L, Bruggmann P. Hepatitis C treatment for multimorbid patients with substance use disorder in a primary care-based integrated treatment centre: a retrospective analysis. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2013 Nov;25(11):1300–7.
53. [a](#). [b](#). [c](#). Kieran J, Dillon A, Farrell G, Jackson A, Norris S, Mulcahy F, et al. High uptake of hepatitis C virus treatment in HIV/hepatitis C virus co-infected patients attending an integrated HIV/hepatitis C virus clinic. *International Journal of STD & AIDS*. 2011 Oct 1;22(10):571–6.
54. [a](#). [b](#). [c](#). [d](#). [e](#). [f](#). Newman AI, Beckstead S, Beking D, Finch S, Knorr T, Lynch C, et al. Treatment of chronic hepatitis C infection among current and former injection drug users within a multidisciplinary treatment model at a community health centre. *Canadian Journal of Gastroenterology*. 2013;27(4):217.
55. [a](#). [b](#). [c](#). Sylvestre DL, Zweben JE. Integrating HCV services for drug users: A model to improve engagement and outcomes. *International Journal of Drug Policy*. 2007 Oct;18(5):406–10.
56. [a](#). [b](#). [c](#). Ahmed I. Improving outcome in hepatitis C management: A need for dedicated multi-disciplinary service to improve compliance with treatment. *Journal of Gastroenterology and Hepatology Research*. 2013;2(8):737–9.
57. [a](#). [b](#). [c](#). Ko H. A hepatologist in the HIV clinic: An important member of the multidisciplinary team. 20th Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research; 2011 Apr 14; Toronto, ON.
58. [a](#). [b](#). [c](#). Knight E, Gallagher L, Duncan F, Storms M, Elliot D, Grebely J, et al. Treatment of HCV in injection drug users (IDUS): An update on a multidisciplinary program in Vancouver. Oral presented at: 19th Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research; 2010 May 13; Saskatoon, SK.
59. [a](#). [b](#). [c](#). Carrion JA, Gonzalez-Colominas E, Garcia-Retortillo M, Canete N, Cirera I. A multidisciplinary support programme increases the efficiency of pegylated interferon alfa-2a and ribavirin in hepatitis C. *Journal of Hepatology*. 2013;59(5):926–33.
60. [a](#). [b](#). Neri S, Bertino G, Petralia A, Giancarlo C, Rizzotto A, Calvagno GS, et al. A multidisciplinary therapeutic approach for reducing the risk

of psychiatric side effects in patients with chronic hepatitis C treated with pegylated interferon  $\alpha$  and ribavirin. *Journal of clinical gastroenterology*. 2010;44(9):e210-7.

61. [a.](#) [b.](#) Vachirasudlekha B, Cha A, Berkowitz L, Shah B. Interdisciplinary HIV care – patient perceptions. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2014 Jun 3;27(5):405-13.
62. [a.](#) [b.](#) Farber EW, Shahane AA, Brown JL, Campos PE. Perceived stigma reductions following participation in mental health services integrated within community-based HIV primary care. *AIDS Care*. 2014 Jun 3;26(6):750-3.
63. [a.](#) [b.](#) [c.](#) Proeschold-Bell RJ, Patkar AA, Naggie S, Coward L, Mannelli P, Yao J, et al. An Integrated Alcohol Abuse and Medical Treatment Model for Patients with Hepatitis C. *Digestive Diseases and Sciences*. 2012 Apr;57(4):1083-91.

## À propos de l'auteur

**Logan Broeckaert** détient une maîtrise en histoire et est actuellement chercheuse/rédactrice à CATIE. Avant de se joindre à CATIE, Logan a travaillé à des projets nationaux et provinciaux de recherche et d'échange de connaissances pour le compte de la Société canadienne du sida et de l'Association de la santé publique de l'Ontario.

**Laurel Challacombe** possède une maîtrise en épidémiologie et est actuellement directrice associée, Recherche/Évaluation et science de la prévention chez CATIE. Laurel travaille depuis plus de 10 ans dans le domaine du VIH et a occupé un certain nombre de postes dans des organismes provinciaux et régionaux, en y faisant de la recherche et de l'échange et transfert de connaissances.

## Produit par:



555, rue Richmond Ouest, Bureau 505, boîte 1104  
Toronto (Ontario) M5V 3B1 Canada  
téléphone : 416.203.7122  
sans frais : 1.800.263.1638  
télécopieur : 416.203.8284  
site Web : [www.catie.ca](http://www.catie.ca)  
numéro d'organisme de bienfaisance : 13225 8740 RR

## Déni de responsabilité

Toute décision concernant un traitement médical particulier devrait toujours se prendre en consultation avec un professionnel ou une professionnelle de la santé qualifié(e) qui a une expérience des maladies liées au VIH et à l'hépatite C et des traitements en question.

CATIE fournit des ressources d'information aux personnes vivant avec le VIH et/ou l'hépatite C qui, en collaboration avec leurs prestataires de soins, désirent prendre en mains leurs soins de santé. Les renseignements produits ou diffusés par CATIE ou auxquels CATIE permet l'accès ne doivent toutefois pas être considérés comme des conseils médicaux. Nous ne recommandons ni n'appuyons aucun traitement en particulier et nous encourageons nos utilisateurs à consulter autant de ressources que possible. Nous encourageons vivement nos utilisateurs à consulter un professionnel ou une professionnelle de la santé qualifié(e) avant de prendre toute décision d'ordre médical ou d'utiliser un traitement, quel qu'il soit.

CATIE s'efforce d'offrir l'information la plus à jour et la plus précise au moment de mettre sous presse. Cependant, l'information change et nous encourageons les utilisateurs à s'assurer qu'ils ont l'information la plus récente. Toute personne mettant en application seulement ces renseignements le fait à ses propres risques. Ni CATIE ni aucun de ses partenaires ou bailleurs de fonds, ni leurs personnels, directeurs, agents ou bénévoles n'assument aucune responsabilité des dommages susceptibles de résulter de l'usage de ces renseignements. Les opinions exprimées dans le présent document ou dans tout document publié ou diffusé par CATIE ou auquel CATIE permet l'accès ne reflètent pas nécessairement les politiques ou les opinions de CATIE ni de ses partenaires ou bailleurs de fonds.

L'information sur l'usage plus sécuritaire de drogues est offerte comme service de santé publique pour aider les personnes à prendre de meilleures décisions de santé et ainsi réduire la propagation du VIH, de l'hépatite virale et de toute autre infection. Cette information n'a pas pour but d'encourager ni de promouvoir l'utilisation ou la possession de drogues illégales.

## La permission de reproduire

Ce document est protégé par le droit d'auteur. Il peut être réimprimé et distribué dans son intégralité à des fins non commerciales sans permission, mais toute modification de son contenu doit être autorisée. Le message suivant doit apparaître sur toute réimpression de ce document : *Ces renseignements ont été fournis par CATIE (le Réseau canadien d'info-traitements sida). Pour plus d'information, veuillez communiquer avec CATIE par téléphone au 1.800.263.1638 ou par courriel à [info@catie.ca](mailto:info@catie.ca).*

© CATIE

La production de cette revue a été rendue possible grâce à une contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada.

Disponible en ligne à

<http://www.catie.ca/fr/pdm/automne-2015/les-soins-multidisciplinaires-ameliorent-ils-les-resultats-sante-personnes-vivant-v>