

« Suivre les condoms et seringues » –

**Ce que des interventions antérieures
de la santé publique nous enseignent
à propos du déploiement futur
d'un vaccin contre le VIH**

DOCUMENT DE TRAVAIL

préparé par Logan Broeckaert • Société canadienne du sida

Février 2011





Également offert en ligne à l'adresse :

<http://www.cdnaids.ca/web/casmisc.nsf/pages/cas-gen-0728---Fre>

Ce document est aussi disponible en anglais : *“Follow the condoms and needles:” What Previous Public Health Interventions Teach us about Future Deployments of an HIV Vaccine*. Ottawa: Canadian AIDS Society.

© 2011, Société canadienne du sida

ISBN : 0-921906-80-3

La reproduction de ce document est autorisée et encouragée. La vente de copies est interdite. Veuillez citer les auteurs et la Société canadienne du sida comme sources de cette information.

Référence suggérée :

Broeckaert, L. (2010). *« Suivre les condoms et seringues » – Ce que des interventions antérieures de la santé publique nous enseignent à propos du déploiement futur d'un vaccin contre le VIH*. Ottawa: Société canadienne du sida.

La production de ce rapport a été rendue possible grâce à une contribution financière de l'Initiative canadienne de vaccin contre le VIH. Les opinions exprimées aux présentes ne représentent pas nécessairement les vues de l'Initiative canadienne de vaccin contre le VIH.

Remerciements

La Société canadienne du sida aimerait remercier toutes les personnes qui ont participé au Symposium des pratiques exemplaires et celles qui ont participé aux entrevues d'informateurs clés. Cette étude n'aurait pas été réalisable sans leur généreuse participation. Nous voulons également remercier les membres du comité consultatif, Stephen Alexander et Tricia Diduch pour leur direction, leur appui et leur révisions.

Pour des exemplaires additionnels de ce rapport, veuillez vous adresser à :

Société canadienne du sida
190, rue O'Connor, bureau 800
Ottawa, Ontario K2P 2R3
Canada

Téléphone : +1.613.230.3580
Sans frais : +1.800.499.1986
Télécopieur : +1.613.563.4998

Table des matières

Sommaire	2
1. La préparation à l'avènement d'un vaccin contre le VIH : introduction	4
2. « La résolution des problèmes de communauté par les citoyens » : la valeur de l'implication communautaire significative	6
2.1 Aborder la science vaccinale dans une perspective communautaire	8
3. « Aller où les gens se trouvent » : réduire les obstacles à la vaccination	11
3.1 Stratégies pour éliminer les obstacles à l'accessibilité	14
3.2 « Il y aura toujours du stigmate » : la stigmatisation en tant qu'obstacle à l'accès	15
4. « L'oubli possible de stratégies préventives » : assurer des normes de prévention	18
5. « Il faut du matériel qui a du punch » : rehausser la connaissance élémentaire des vaccins par la compétence culturelle	21
5.1 « Sauvez l'humanité! Faites-vous vacciner! » : rehausser la connaissance élémentaire	21
5.2 « Tenir compte des particularités de chaque groupe » : nécessité de la compétence culturelle	23
6. Conclusion : des leçons apprises?	26
Références	28

Sommaire

La Société canadienne du sida (SCS) est engagée à prévenir la propagation du VIH et le sida dans la population canadienne. Cet engagement conduit la SCS à rehausser la sensibilisation au fait qu'un vaccin viable est nécessaire, en tant que stratégie faisant partie d'un éventail croissant d'outils préventifs contre la transmission du VIH. Le développement de vaccins contre le VIH a récemment connu de grands progrès, notamment la percée qu'a constitué en 2009 la confirmation d'une validation de principe dans le cadre d'un essai clinique en Thaïlande; et en 2010, l'identification d'anticorps neutralisants à large spectre et à forte efficacité, considérés comme un élément clé pour le développement d'un vaccin contre le VIH.

Bien que le Canada ne constitue qu'une petite partie de la pandémie mondiale du VIH – seulement 65 000 des 33 millions de cas estimés à l'échelle mondiale –, il a intérêt à ce que la transmission du VIH soit diminuée, à l'échelle mondiale. D'une part, le pays devrait être engagé à contrer la progression du VIH à l'échelle mondiale, dans son propre intérêt politique et économique; d'autre part, il accueille un nombre croissant d'immigrants de pays où le VIH est endémique parmi les adultes, et cela commence à contribuer à un changement dans la composition de ses populations affectées. En 2009, 5,5 % de l'ensemble des nouveaux cas d'infection par le VIH étaient attribués au contact hétérosexuel avec des personnes provenant de pays où le VIH est endémique, alors que celles-ci composent seulement 2,2 % de la population du Canada.

Aucune épidémie virale n'a été vaincue sans un vaccin; la meilleure chance de réduire de manière significative la transmission du VIH, dans le monde, réside dans le développement d'un vaccin viable. Étant donné que l'épidémie de VIH au Canada est de taille relativement petite, le pays ne peut pas contribuer au processus d'essais cliniques par l'enrôlement de milliers de volontaires. Le Canada peut cependant contribuer aux plans financier et scientifique, à l'élaboration d'un vaccin efficace, et en effet il devrait le faire, puisqu'un vaccin dont le déploiement serait bien ciblé a le potentiel de réduire le taux d'incidence du VIH au Canada, où l'on estime actuellement qu'entre 2 300 et 4 300 personnes par année contractent cette infection. La majorité des infections signalées dans ce pays sont concentrées dans quelques populations identifiables, notamment les hommes gais et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (41,8 %), les femmes (26 %), les personnes qui s'injectent des drogues (21,6 %) et les communautés ethnoculturelles (5,5 %). Ces populations ont été identifiées comme d'importants dépositaires d'enjeux dans le cadre du présent projet. Reconnaisant que les communautés autochtones du Canada sont aussi touchées et affectées de manière disproportionnée par le VIH – ne représentant que 3,8 % de la population du pays mais 33,3 % du total des cas de VIH signalés et assortis d'information sur

l'origine ethnique –, et conscients de la perspective unique des personnes vivant avec le VIH/sida en matière de prévention de la transmission du VIH, nous avons également invité l'implication de ces deux communautés dans l'orientation des travaux pour le présent projet.

Ce rapport mise sur les fruits de huit mois de recherches, de consultations et d'interviews, pour décrire les grandes lignes des leçons à retenir et des pratiques exemplaires des interventions de santé publique en cours au sein des principales communautés à risque plus élevé d'infection par le VIH. La recherche démontre que, même à cette étape préliminaire du développement vaccinal, le besoin demeure de bâtir des partenariats entre les chercheurs et les communautés, de même que d'élucider les aspects scientifiques des vaccins, avant le déploiement d'un vaccin. Il existe des obstacles à l'accès aux méthodes actuelles de prévention du VIH, et ces mêmes facteurs seront aussi des défis à l'accessibilité d'éventuels vaccins contre le VIH. Les membres de la communauté ont souligné qu'ils considèrent très important que les normes actuelles de la prévention soient maintenues pendant des essais cliniques vaccinaux; et qu'une fois qu'un vaccin sera disponible, on voit à ce qu'il soit intégré habilement dans l'ensemble existant des moyens préventifs. En outre, la recherche indique que la mobilisation de ressources pour fournir de la documentation et adresser des messages pertinents et culturellement appropriés, au public, concernant la protection qu'offrirait un vaccin, de même que les limites d'un tel outil, constitue une priorité pour les communautés que la SCS représente.

La SCS continue de faire valoir le bien-fondé d'efforts pour développer un vaccin contre le VIH, tout en signalant à la communauté scientifique et aux gouvernements la nécessité d'inclure, à toutes les étapes du processus, les communautés qui sont les plus affectées par le VIH et celles pour lesquelles un éventuel vaccin pourrait être le plus bénéfique. Il faut permettre aux individus de prendre leurs propres décisions éclairées, à propos de leur santé, même si cela inclut le choix possible de ne pas recourir à la vaccination en tant qu'instrument de prévention. La SCS est engagée à faire en sorte que ses membres et les communautés au sein desquels ils œuvrent aient à leur disposition les moyens nécessaires à prendre leurs propres décisions.

1

La préparation à l'avènement d'un vaccin contre le VIH : introduction

En 1984, sous le gouvernement Reagan, la ministre états-unienne de la Santé et des Services sociaux avait affirmé qu'un vaccin contre le VIH allait être disponible pour l'amorce de tests en moins de deux ans. Trente-cinq ans plus tard, il n'existe toujours pas de vaccin prêt pour une mise en marché. Des essais cliniques ont été réalisés à compter de 1987. Bien que des produits candidats prometteurs se soient rendus en essais cliniques de phase IIB et de phase III, ce n'est qu'en 2009, dans le cadre d'un essai clinique réalisé en Thaïlande (« l'essai thaïlandais »), que l'on a confirmé la validation de principe d'un vaccin pour réduire la transmission du VIH. L'essai thaïlandais, qui comptait 16 000 participants thaïlandais à faible risque, a permis d'observer que le taux de transmission du VIH parmi les volontaires ayant reçu le vaccin était réduit de 31 % en comparaison avec le groupe de contrôle. Ce résultat a marqué le début d'une année où ont eu lieu d'autres premières dans le domaine scientifique du développement de vaccins et d'autres technologies de prévention contre le VIH. Il y eut aussi la première validation de principe d'un microbicide, confirmée dans l'essai clinique CAPRISA 004, qui a réduit de 39 %, chez des femmes, le risque de contracter le VIH. Par ailleurs, la recherche iPrEx, une étude internationale concernant une prophylaxie préexposition (PPrE) prise par voie orale, dont des résultats ont été rendus publics en novembre 2010, a démontré que la PPrE étudiée avait réduit de 44 % le risque de transmission du VIH entre hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, lorsque utilisée de pair avec une stratégie plus générale de prévention du VIH. En plus de ces percées, des anticorps neutralisants à large spectre et à forte efficacité, considérés comme un élément crucial au développement d'un vaccin, ont été isolés en 2010 par des scientifiques du gouvernement états-unien. Ces progrès sont porteurs d'espoir qu'un vaccin puisse être disponible dans un délai raisonnable. D'après le Dr José Esparza, conseiller principal en matière de vaccins contre le VIH auprès de la Fondation Bill et Melinda Gates, l'« objectif commun » de ceux et celles qui travaillent dans ce domaine « devrait être celui d'un vaccin utilisable en pratique d'ici 10 à 15 ans » [trad.].¹

¹ Le Dr Esparza a formulé ce commentaire lors d'une rencontre satellite organisée par l'IAVI, intitulée « The Search for an HIV Vaccine », lors du congrès SIDA 2010, le 18 juillet 2010.

² Peter A. Newman et Carmen Logie, (2010), « HIV vaccine acceptability: a systematic review and meta-analysis », *AIDS* 24 : 4.


En dépit de progrès prometteurs dans la science vaccinale relative au VIH, Newman et Logie ont démontré dans une récente publication que l'acceptabilité d'un vaccin contre le VIH est loin d'être assurée : leur méta-analyse les a conduits à estimer que l'acceptabilité d'un vaccin anti-VIH parmi les adultes nord-américains à risque élevé se situait entre 43 % et 60 %.² Cette observation a été confirmée par ailleurs, dans le cadre de programmes de santé publique où la disponibilité d'une intervention n'a pas coïncidé avec autant d'acceptabilité ou de recours à celle-ci. Des leçons tirées de la récente homologation et du déploiement du vaccin contre le virus du papillome humain (VPH), de même que la difficulté persistante entourant l'incitation à une observance optimale aux traitements antirétroviraux (TARV) fortement actifs, indiquent que la disponibilité de traitements efficaces ne garantit pas qu'ils seront utilisés.³ Cela est particulièrement préoccupant puisque le vaccin contre le VPH et les TARV sont très efficaces. Puisque les premiers vaccins contre le VIH ne seront probablement pas aussi efficaces que le vaccin contre le VPH ni les TARV, il se peut qu'ils s'avèrent moins acceptables pour les personnes auxquelles ils seraient le plus bénéfiques.

Le présent document de travail a pour but de mettre en relief les leçons apprises ainsi que les pratiques exemplaires de programmes de santé publique antérieurs. Pour ce faire, la SCS a procédé à un examen de littérature, elle a organisé un symposium sur les pratiques exemplaires, une rencontre satellite dans le cadre du congrès SIDA 2010 et elle a procédé à neuf entrevues d'informateurs clés auprès de fournisseurs de services, de responsables de la santé publique ainsi que d'employés de cliniques communautaires. Puisque l'épidémie canadienne est concentrée dans certaines populations identifiables, la SCS a mis l'accent sur cinq populations clés, pour l'inclusion dans ce projet de recherche : hommes gais et hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HRSH), personnes qui font usage de drogue, jeunes femmes (18-29 ans), membres de communautés ethnoculturelles (principalement les communautés noires, d'origine africaine et caraïbe), et personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH/sida). Reconnaissant que l'épidémie affecte et touche aussi de manière disproportionnée les communautés autochtones du Canada, la SCS a inclus leur feedback et leurs connaissances afin d'aborder les aspects historiques et sociaux particuliers de la promotion de la santé dans leurs communautés rurales et urbaines ainsi que les réserves.

Puisqu'aucun vaccin contre le VIH n'est encore disponible, nous avons examiné en rechange d'autres vaccins et interventions de santé publique. Les interventions examinées ont été choisies en tenant compte de leur familiarité et de leur disponibilité pour les communautés concernées par la présente recherche. Les interventions retenues sont le déploiement des vaccins contre l'hépatite B et le VPH, l'intervention pour l'observance au traitement prophylactique

Dans le présent document de travail, nous décrivons les principaux points saillants soulignés par le processus de recherche, notamment l'importance primordiale de l'implication des communautés, les obstacles existants à l'accessibilité pour le déploiement de futurs vaccins contre le VIH, et la nécessité de faire preuve de sensibilité culturelle dans le cadre des initiatives pour rehausser la sensibilisation à l'égard d'un éventuel vaccin.

³ Le taux de recours au vaccin contre le VPH a été plus faible, au pays, que dans le cas d'autres vaccinations en milieu scolaire. En Ontario, seulement 53 % des jeunes filles admissibles ont reçu la première dose du vaccin. Le taux le plus élevé, de 85 % (à Terre-Neuve), est de 10 % inférieur aux autres vaccinations à l'école.



contre la tuberculose, l'utilisation de programmes d'échange et distribution de seringues ainsi que l'observance aux TARV. Des recherches canadiennes et internationales relativement à des essais cliniques de vaccins contre le VIH ainsi que des études sur l'acceptabilité de tels vaccins éventuels ont aussi informé les observations de notre projet. Lors du symposium sur les pratiques exemplaires, des leçons ont été tirées d'autres interventions, notamment le test de sérodiagnostic du VIH, la vaccination contre la grippe de type H1N1 et le travail d'unités mobiles de services de réduction des méfaits. Les entrevues d'informateurs clés ont été guidées par un ensemble provisoire de questions portant sur les stratégies générales de prévention du VIH et les enjeux principaux de l'acceptabilité potentielle d'un vaccin dans les communautés où nos informateurs vivent et travaillent. Ces répondants ont été invités à puiser dans les interventions avec lesquelles ils étaient familiers ainsi que celles abordées dans notre projet. Par conséquent, les discussions ont porté sur la distribution de condoms, les initiatives de travail de première ligne ainsi que les services de test de diagnostic du VIH, y compris le test anonyme. Dans le présent document de travail, nous décrivons les principaux points saillants soulignés par le processus de recherche, notamment l'importance primordiale de l'implication des communautés, les obstacles existants à l'accessibilité pour le déploiement de futurs vaccins contre le VIH, et la nécessité de faire preuve de sensibilité culturelle dans le cadre des initiatives pour rehausser la sensibilisation à l'égard d'un éventuel vaccin.

2

« La résolution des problèmes de communauté par les citoyens » :

la valeur de l'implication communautaire significative

La nécessité que les communautés soient impliquées de manière significative a été identifiée comme l'ingrédient le plus important pour tout déploiement d'un vaccin contre le VIH. Puisque nous sommes assurément à plus d'une décennie de toute éventualité telle, ceci inclut l'implication des communautés dans les essais cliniques de vaccins contre le VIH qui pourraient avoir lieu au Canada. Dans la présente section, la discussion sur l'implication et la participation communautaires portera principalement sur les manières dont les communautés ont été impliquées, et devraient continuer d'être impliquées, dans des essais cliniques de vaccins, ainsi que dans tout déploiement d'un éventuel vaccin. Les leçons apprises et les pratiques exemplaires ont été compilées à partir de recherches antérieures sur l'acceptabilité de vaccins et sur des essais cliniques ayant porté sur des vaccins, de même que de discussions avec des informateurs clés de la communauté et du HIV Vaccine Trials Network (HVTN).

D'après Ellen et coll., l'implication de la communauté est particulièrement cruciale aux premières phases du développement vaccinal car elle « aide les chercheurs à accorder priorité aux approches qui présentent un plus grand potentiel de susciter l'acceptation et l'utilisation par les membres de la communauté » dans l'éventualité où ce vaccin finirait par être homologué.⁴ Il convient d'ajouter qu'en plus de favoriser l'acceptation du produit particulier qui est soumis à l'essai, l'implication de la communauté aide à identifier des facteurs qui pourraient s'avérer des obstacles au déploiement de futurs vaccins homologués, et elle rehausse la connaissance générale des risques et bienfaits des vaccins contre le VIH, ce qui contribue à une communauté mieux informée.

L'implication dans des essais cliniques de vaccins pourrait avoir l'effet additionnel de réduire considérablement la méfiance et le scepticisme parmi des communautés qui ont eu de mauvaises expériences historiques en lien avec des essais médicaux. Au Canada, cela est particulièrement vrai des communautés de la rue, de personnes faisant usage de drogue, de communautés de HRSH, de

⁴ Jonathan M. Ellen et coll., (2010), « Community Engagement and Investment in Biomedical HIV Prevention Research for Youth: Rationale, Challenges and Approaches. Baltimore: Division of General Pediatrics and Adolescent Medicine », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (54) S1 : S8.

populations noires et des communautés autochtones. Une informatrice d'une communauté autochtone a affirmé que ce scepticisme et une profonde méfiance à l'égard des gouvernements feraient en sorte que sa communauté s'abstiendrait de participer à des essais cliniques de vaccins. Elle a ajouté que ces mêmes communautés n'accepteraient cependant pas un vaccin qui n'aurait pas été testé et démontré sécuritaire et efficace chez des personnes indigènes. Un informateur d'une communauté ethnoculturelle du Canada a abondé dans le même sens, affirmant que même si les membres de sa communauté entretiennent souvent une profonde méfiance à l'égard du gouvernement, ils doivent être représentés dans les essais vaccinaux afin que l'on s'assure que les éventuels vaccins sont efficaces pour eux. Dans le cas des HRSH, un informateur a mentionné que certains hommes gais pourraient être empêchés de participer à des essais vaccinaux par la peur que soit dévoilée leur orientation sexuelle, ou leur éventuelle séropositivité au VIH, en particulier dans le contexte de la criminalisation croissante du non-dévoilement de la séropositivité. En dépit de la réticence de ces communautés à participer, les représentants communautaires qui ont participé au symposium sur les pratiques exemplaires s'entendaient à dire que les responsables du recrutement pour des essais cliniques de vaccins ne devraient pas écarter les personnes qui sont perçues comme des participants « difficiles », notamment les personnes de la rue, les utilisateurs de drogue, les détenus ou ex-détenus, et les femmes.

Pour acquérir la perspective, la crédibilité, l'expertise et l'appui⁵ qu'une implication communautaire significative procure lors d'essais vaccinaux, qui sont des ingrédients propices à la réussite d'une campagne ultérieure de vaccination contre le VIH, les chercheurs et cliniciens devront négocier avec les communautés où l'on mettra un vaccin à l'essai et où éventuellement un vaccin homologué serait déployé. Des informateurs ont affirmé que les communautés devraient négocier des conditions favorables en échange de leur participation aux essais cliniques; un informateur a affirmé en contrepartie que les chercheurs devaient négocier les termes de leur recherche avec les communautés afin d'éviter l'inclusion d'un nombre indu de volontaires à faible risque. Cela dit, tous convenaient que la réussite d'un essai clinique de vaccin contre le VIH nécessiterait un échange de savoir entre les chercheurs et les leaders représentant les communautés dans le contexte des essais vaccinaux. Ils ont aussi concouru sur l'importance que cet échange de savoir engendre la collaboration et soit centré sur le bienfait mutuel résidant dans la tenue d'un essai clinique vaccinal.

Le meilleur modèle pour discuter de l'échange de savoir entre des chercheurs et des communautés est possiblement celui qu'a développé et que promeut le HVTN. Ce modèle, fondé sur la primauté de l'inclusion de comités consultatifs communautaires (CCC) dans tous les centres d'essais, favorise les partenariats avec des agences et organismes communautaires déjà respectés dans les communautés où un essai a lieu. Ainsi, des membres bien connus et qui ont la confiance de la communauté peuvent amorcer le travail de facilitation de l'échange de savoir entre chercheurs et membres de la communauté. Ces « messagers clés et [ces] voix en qui l'on a confiance » non seulement établissent les bases qui permettront aux essais cliniques d'avoir lieu et de bénéficier du soutien de la communauté, mais aussi, après la fin de l'essai, fournissent un soutien de longue haleine aux individus qui ont reçu le vaccin, ce qui inclut des mises à jour et des recommandations relatives à la santé. Johnston Roberts et coll., dans une étude des éléments de compréhension communautaire relativement aux vaccins contre le VIH, ont soutenu que :

⁵ Susan Bronheim et Suganya Sockalingam, (2003), *A Guide to...Choosing and Adapting Culturally and Linguistically Competent Health Promotion Materials*, Washington : Georgetown Center for Child and Human Development et University Center for Excellence in Developmental Disabilities, p. 3.

[I]es forums communautaires organisés par des agences respectées de la communauté peuvent offrir aux chercheurs la possibilité de présenter des recherches actuelles et prospectives dans le domaine des vaccins contre le VIH, de manière adaptée aux antécédents culturels et éducationnels de la communauté, et permettre à la communauté d'exprimer ses préoccupations et convictions. [trad.]⁶

Combinée à la politique du HVTN sur la participation de la communauté, cette approche pourrait fournir un système durable et culturellement adapté, aux communautés qui discutent d'un éventuel déploiement de vaccin contre le VIH. Les deux principales craintes signalées par nos informateurs de la communauté – c'est-à-dire que la communauté ne soit pas impliquée de manière significative dans le processus complet du développement et du déploiement de vaccin, et que l'information pendant ce processus soit inadéquate – pourraient être atténuées par l'adaptation appropriée du modèle de développement communautaire du HVTN et par l'habilitation de leaders communautaires à éduquer leurs communautés à propos des risques et des bienfaits de tout potentiel vaccin contre le VIH.

2.1 Aborder la science vaccinale dans une perspective communautaire

La première préoccupation des communautés sera de développer la compréhension de deux aspects : comment un vaccin contre le VIH a été développé et comment ce vaccin protégera et ne protégera pas les membres de la communauté contre l'infection par le VIH. Pour cela, il faut rendre accessible la science fondamentale du domaine des vaccins et fournir aux communautés les connaissances et l'expertise nécessaires à entretenir ce savoir et à le disséminer dans des formes qui sont appropriées et efficaces pour elles. Il sera par ailleurs important de tenir régulièrement des discussions en langage simple, au sujet des processus du développement vaccinal; ceci inclut des discussions franches des raisons pour lesquelles des vaccins candidats échouent à atteindre leur but, comme on l'a fait dans le cas de l'essai STEP;⁷ du fonctionnement d'un vaccin dans notre corps et dans le corps des personnes vivant avec le VIH ou une coïnfection; de ce que signifie une efficacité partielle; et de la nécessité de compléter un régime de vaccination qui requiert plus d'une dose. La communication de la science élémentaire des vaccins comporte le potentiel d'habiliter des communautés à risque plus élevé à prendre conscience du rôle important qu'un vaccin pourrait jouer au sein des stratégies préventives existantes.

Le premier pas que doivent faire les scientifiques et les cliniciens, afin de développer des liens de confiance et de compréhension, entre leur milieu et les communautés avec lesquels ils travaillent, est de prendre conscience

La communication de la science élémentaire des vaccins comporte le potentiel d'habiliter des communautés à risque plus élevé à prendre conscience du rôle important qu'un vaccin pourrait jouer au sein des stratégies préventives existantes.

⁶ Kathleen Johnston-Roberts et coll., (2005), « HIV Vaccine Knowledge and Beliefs among Communities at Elevated Risk: Conspiracies, Questions and Confusion », *Journal of the National Medical Association* 97 (12) : 1670.

⁷ L'essai STEP, interrompu prématurément en 2007, était un essai de phase IIb de la société pharmaceutique Merck, portant sur son vaccin candidat contre le VIH. La décision de stopper l'essai a été motivée par le constat que certaines sous-catégories de participants qui avaient reçu le produit candidat présentaient en fait une susceptibilité accrue à l'infection par le VIH, et qu'aucun bienfait pour les autres participants n'avait été démontré. La susceptibilité accrue à l'infection était plus marquée dans le cas des hommes circoncis qui avaient déjà été exposés au vecteur utilisé dans le vaccin candidat, l'adénovirus 5.

que des mythes et croyances existent encore à propos des vaccins, dans ces communautés, qu'eux-mêmes ne comprennent peut-être pas. D'après certains informateurs, la crainte qu'un vaccin puisse donner l'infection à VIH à la personne vaccinée est un obstacle important à un éventuel déploiement. Pour certaines personnes, les résultats de l'essai STEP, dont un site était à la Maple Leaf Clinic (Toronto), ont donné un certain poids à ce mythe. Dans une discussion sur les réponses aux besoins des communautés autochtones au cours du processus de recherche, fut mentionnée la question de l'échec d'essais cliniques antérieurs, et en particulier de l'essai STEP. Un informateur a affirmé que « puisqu'il y a eu un essai clinique qui a conduit à une augmentation du risque d'infection par le VIH, les communautés autochtones hésiteront à accepter ou à utiliser un vaccin contre le VIH » [trad.]. Ce genre de croyance n'est toutefois pas limité à la communauté autochtone. Les scientifiques et cliniciens doivent trouver des moyens de dissiper adéquatement ces mythes et croyances, sans être condescendants à l'égard des membres des communautés.

Outre le souvenir de vaccins qui ont échoué ou dont on a dit qu'ils étaient potentiellement néfastes, un important facteur de difficulté dans la promotion d'un vaccin est lié à l'impression que « vaccin » égale « immunité ». Deux chercheurs réputés, Peter A. Newman et Barry Adam, dans l'étude d'aspects sociocomportementaux du VIH/sida, ont récemment affirmé dans des exposés⁸ qu'il n'est pas étonnant que des gens croient qu'un vaccin les immuniserait complètement contre l'infection par le VIH. Puisque nous sommes conditionnés socialement à cette croyance, dès l'enfance, les chercheurs et les organismes communautaires doivent tenir compte des implications de la croyance répandue que les vaccins procurent l'immunité contre la maladie. L'inévitable engouement médiatique et les publicités pharmaceutiques qui entoureraient toute éventuelle homologation d'un vaccin contre le VIH pourraient exploiter cette confusion. Les communautés et les organismes communautaires devront se préparer à contrer ces forces à l'aide d'information précise et compréhensible.

De fait, il est peu probable que le premier vaccin anti-VIH qui serait homologué soit d'une efficacité comparable à celle de vaccins contre la transmission d'autres virus. Pour cela, il est crucial de parler honnêtement des implications de la fourniture d'un vaccin à efficacité partielle et, en soi, de ce que signifie une efficacité partielle. Des recherches sur le sujet démontrent que l'expression « efficacité partielle » est associée à des significations diverses, voire divergentes, dans des communautés à risque plus élevé ainsi que dans le grand public. La croyance possiblement la plus répandue qui a été exprimée dans la consultation communautaire est celle qu'un vaccin efficace à 50 % fonctionnerait la moitié du temps pour chaque personne. « Pour moi, ça veut dire que je serai protégé les lundis, mercredis et vendredis, mais pas les mardis, jeudis et samedis », a lancé un jeune participant, illustrant très clairement comment l'efficacité partielle pourrait être interprétée et ainsi avoir un effet sur l'estimation du risque chez des jeunes à risque plus élevé. Une autre participante a conceptualisé l'efficacité partielle comme une forme de loterie où, en quelque sorte, ses clients tenteraient leur chance.

⁸ Peter A. Newman a fait ce commentaire lors du Symposium sur les pratiques exemplaires en préparation à des vaccins, organisé par la Société canadienne du sida (29-30 avril 2010, à Toronto); et Barry Adam a fait de même lors d'une séance parallèle sur les nouvelles technologies de prévention, tenue à la veille du congrès de l'ACRV (13 mai 2010, à Saskatoon).


En fin de compte, très peu de participants comprenaient bien le concept d'efficacité partielle. Un vaccin d'efficacité partielle – par exemple, efficace à 50 % – est un vaccin qui procure une certaine protection à au moins 50 % des personnes vaccinées, contre l'infection par le VIH. Bien que l'on nous enseigne que les vaccins procurent l'immunité, à proprement parler aucun vaccin n'a une efficacité totale contre une infection chez toutes les personnes vaccinées. En conséquence, comme l'a démontré notre consultation après de gens des communautés, la compréhension populaire de la notion d'efficacité a des ramifications complexes et, afin de l'aborder le mieux possible, les cliniciens et les éducateurs communautaires devront travailler ensemble pour fournir une information claire et compréhensible qui facilitera une estimation appropriée de l'efficacité, et pour dissiper les idées erronées qui ont cours à propos de cette expression.

En plus de la difficulté à expliquer l'efficacité partielle, les communautés devront développer des ressources et des stratégies pour encourager les personnes vaccinées à suivre le régime de vaccination jusqu'à la fin et dans un temps raisonnable. Le vaccin candidat mis à l'épreuve dans l'essai thaïlandais nécessitait six doses; il est improbable qu'un vaccin homologué nécessite autant de rappels, mais il n'est pas inconcevable qu'à l'instar des vaccins comme celui contre le VPH et celui contre l'hépatite B, le premier vaccin contre le VIH nécessite plus d'une dose, et possiblement deux rappels.

Des études ont démontré que des modèles novateurs de travail de terrain centré sur des interventions spécifiques de santé pourraient contribuer à améliorer l'observance au régime vaccinal. Haley et coll. ont observé, dans un projet mobile de vaccination contre l'hépatite B pour les jeunes de la rue, à Montréal, qu'à l'aide de « centres de vaccination dans la communauté et d'un système novateur de relance, on a réussi que près de 80 % de cette population très mobile reçoivent au moins deux doses du vaccin, et que près de 50 % reçoivent le régime complet du vaccin » [trad.].⁹ Le projet est arrivé à ces résultats en donnant une information personnalisée au sujet de la santé en général et de la réduction des méfaits, en comprimant l'échéancier de vaccination à quatre mois au lieu de l'habituel délai de six mois, en développant et employant un système créatif de relance, et en offrant des incitations propices à l'observance. Or il s'agit d'une cohorte remarquable d'individus qui sont dans bien des cas méfiants à l'égard des autorités, et généralement itinérants.

L'utilité de telles méthodes de travail, qui vont au delà de la fourniture traditionnelle de services de santé, ne se limite pas à ce qui concerne la tâche de cibler les plus marginaux. La Hassle Free Clinic, un centre communautaire pour la santé sexuelle au centre-ville de Toronto, a démontré que cela porte fruit également dans des communautés plus stables : elle a constaté que l'utilisation d'un modèle « alternatif » permettait un plus grand taux de succès. À l'aide de pairs-intervenants et de personnel non médical, la clinique est arrivée à un taux quasi parfait de vaccination complétée, pour les hépatites A et B. Leo Mitterni, qui dirige ce programme, attribue la réussite à l'habilitation d'employés non médicaux pour fournir des services médicaux à leurs pairs, dans un lieu de confiance, de même qu'à l'atmosphère décontractée dans laquelle les personnes qui ont raté leur rendez-vous pour les doses de rappel sont tout simplement vaccinées plus tard.

⁹ Nancy Haley et coll., (1998), « A Hepatitis B Vaccination Outreach Project for Street Youth in Montreal », *Canadian Journal of Human Sexuality* 7 (4) : 337.



La préparation des communautés en vue d'un déploiement de vaccin contre le VIH, par la clarification de la science vaccinale pertinente, l'explication de l'efficacité partielle et le recours à des stratégies propices à ce que les individus complètent la séquence de vaccination, pourrait contribuer à combler le fossé entre les chercheurs, les cliniciens et les communautés d'individus à risque plus élevé de contracter le VIH. Cette démonstration d'engagement à la collaboration serait à tout le moins un signe que tout le monde travaille en vue d'un but commun. L'initiative de démystification de la science vaccinale offre aux chercheurs, cliniciens et leaders communautaires une occasion d'échange de connaissances, et une base propice à construire des partenariats à long terme. Et, en somme, l'implication des chercheurs et cliniciens dans les discussions de la communauté à propos de la science vaccinale, de l'efficacité partielle et de l'importance de suivre le régime de vaccination jusqu'à la fin, dès maintenant, est souhaitable et possible. On a le temps et les ressources pour se préparer à l'avènement d'un vaccin, puisque l'homologation nécessaire prendra encore du temps.

3

« Aller où les gens se trouvent » :

réduire les obstacles à la vaccination

Accessibility to an HIV vaccine and to information about an HIV vaccine is a serious L'accessibilité d'un vaccin contre le VIH et de l'information à son sujet est une préoccupation sérieuse parmi les groupes communautaires qui travaillent auprès de populations à risque plus élevé d'infection. Sans amenuiser l'importance des obstacles particuliers à chacune de ces communautés, en termes d'accès, nous pouvons affirmer que des tendances s'observent dans leur ensemble. Considérant que peu d'individus s'identifient à une seule des communautés approchées au cours du présent projet, il n'est pas incongru de penser que les obstacles d'accessibilité se répéteraient dans chacune de ces populations. Cela dit, les préoccupations touchant l'accessibilité concernent en grande partie des enjeux d'accès standardisé à un futur vaccin, la nécessité que le prix soit abordable, de même que les éléments du consentement, de la confidentialité et de l'anonymat. Certes, il ne s'agit pas ici d'une liste exhaustive des obstacles à l'accessibilité des éventuels vaccins contre le VIH. Lorsque nous serons plus près du moment où un vaccin sera au point, il faudra consacrer d'autres efforts à identifier les obstacles, non seulement parmi des communautés ciblées, mais aussi dans les communautés où il existe des défis particuliers en termes de préparation à l'avènement d'un vaccin ainsi que de promotion de la vaccination, comme les communautés autochtones et les communautés rurales et éloignées.

La géographie a été citée comme un obstacle important à l'accessibilité à un futur vaccin contre le VIH. Les disparités de la fourniture de services en région urbaine et en région rurale, au Canada, en plus des disparités d'une province à une autre, sont deux facteurs qui ont été signalés comme des obstacles à l'équité d'accès à un éventuel vaccin. Comme l'a mentionné un informateur qui travaille pour un organisme de lutte contre le sida (OLS) en milieu rural et dont le rayon d'action s'étend sur un territoire d'une taille similaire à celle de la France, un futur vaccin doit être disponible dans le plus grand nombre possible de régions, plutôt que seulement dans les villes et les centres régionaux. Cela est particulièrement nécessaire dans le cas des communautés autochtones canadiennes, où la fourniture de soins de santé a un caractère éparé et où des interventions antérieures dans le domaine de la santé publique, en particulier lorsqu'elles n'affectaient pas nécessairement tous les résidents, n'ont connu qu'une disponibilité limitée. Dans un exercice de réflexion au sujet de l'accès au test du VIH et à la vaccination contre le VIH, une informatrice clé a fourni une vive description des obstacles au recours à un éventuel vaccin, dans les communautés autochtones auprès desquelles

elle travaille. La géographie jouait un rôle central dans l'expérience : « Si j'étais au loin, dans la petite localité [...], où diable me rendrais-je [...] si je suis pauvre et sans emploi [...], comment vais-je me rendre à la ville? » Dans les réserves, les résidants doivent fréquemment quitter leurs communautés afin d'aller recevoir des soins de santé dans des centres plus grands. Dans le cas d'autres communautés rurales ou isolées, où l'accès aux services de santé en général est limité, l'accès à des services de santé sexuelle est encore davantage limité par le manque de praticiens spécialisés et de médecins généralistes.

L'engagement à un accès équitable exige que toute personne ait la possibilité d'accès à la vaccination.

On a exprimé, de plus, une sérieuse préoccupation à l'égard du maintien d'une norme d'accessibilité, non seulement en termes d'équité entre Canadiens ruraux et urbains, mais entre les provinces également. Les coûts des vaccins contre le VPH et contre l'hépatite B varient tous deux d'une province à une autre, en dépit de l'engagement du gouvernement fédéral à la vaccination universelle des enfants contre ces deux infections. Bien que toutes les filles soient admissibles à la vaccination en milieu scolaire, contre le VPH, et bien que tous les enfants soient à présent vaccinés contre l'hépatite B, l'accès gratuit n'a pas été standardisé pour le reste de la population, au Canada. Dans toutes les provinces canadiennes, les personnes qui ne sont pas couvertes par le régime de vaccination en milieu scolaire et qui n'ont pas d'assurance privée ne peuvent pas obtenir d'accès à prix subventionné, au vaccin contre le VPH. Dans certaines provinces, le vaccin contre l'hépatite B n'est disponible qu'aux gens de communautés considérées à risque élevé.

Il n'est pas étonnant que l'un des obstacles les plus fréquemment cités, à l'accès à tout futur vaccin, ait été le prix du vaccin et le coût ajouté du transport et du gardiennage d'enfant pouvant s'associer à un voyage à une clinique. Un informateur a résumé en peu de mots la considération du prix d'un futur vaccin : « Il faut qu'il soit gratuit. Ou pas cher » [trad.]. Ceci a été confirmé par un informateur qui travaille auprès de communautés de la rue, lorsqu'il a fait un commentaire sur la probabilité que des gens paient pour un vaccin : « Si vous êtes sans abri, vivez dans la rue à [ville du Canada] et que vous avez 400 \$, il n'y a pas grand chance que vous alliez le dépenser pour un vaccin ». Le coût considérable du vaccin contre le VPH a réduit le taux de son utilisation parmi les femmes qui n'étaient pas admissibles par un programme en milieu scolaire. Pour éviter ce phénomène dans de futurs déploiements de vaccins contre le VIH, ceux-ci doivent être fournis à un prix qui est accessible aux communautés. Ceci est applicable de manière générale, mais revêt une importance particulière parmi les communautés où un grand nombre d'immigrants sans statut n'ont pas accès à des soins de santé gratuits, et dans les provinces où un vaccin n'est pas couvert par le régime public d'assurance santé. Même si le coût n'est pas nécessairement un obstacle au recours pour la majorité des communautés du Canada, ce serait le cas pour les personnes pauvres, les femmes qui comptent sur le régime d'assurance santé de leur conjoint, et pour les jeunes qui souhaiteraient se faire vacciner sans demander le consentement de leurs parents. L'engagement à un accès équitable exige que toute personne ait la possibilité d'accès à la vaccination.

Outre le facteur de la géographie et celui du coût, le refus de vacciner une personne qui le demande a aussi été cité comme un obstacle possible à la fourniture d'un vaccin contre le VIH. Une informatrice a fait état d'un exemple extrême : des jeunes femmes auxquelles elle fournit des services de soutien sont parfois incitées à ne pas passer de test de sérodiagnostic du VIH par leurs médecins qui ne les considèrent pas exposées à un risque d'infection. La plupart des exemples de difficulté d'accès à des interventions et à de l'information pertinente a cependant émané

des discussions de personnes séropositives au VIH, qui s'étaient vu refuser l'accès à une information appropriée et applicable, concernant la santé sexuelle, par leurs fournisseurs de soins. Cela était souvent le résultat d'une certaine ignorance, ou d'un silence délibéré. Dans les discussions sur l'initiation d'un TARV et l'observance à ce traitement, plusieurs participants – des jeunes, surtout –, ont indiqué que certains jeunes séropositifs ne recevaient pas une information à jour sur le TARV qui serait pourtant propice à les inviter à commencer à suivre un tel traitement dès que possible.

La récente décision du Gouvernement de la Colombie-Britannique de financer un programme de recherche et de traitement dans l'optique d'une prévention optimale [« Seek and Treat for Optimal Prevention »] (le programme STOP), pourrait donner lieu à certains endroits à des demandes de mise en œuvre élargie de ce modèle et de son application à d'autres interventions de santé publique. Le traitement en tant que moyen de prévention est prôné avec la plus grande vivacité par le Dr Julio Montaner, comme une approche permettant de réduire la propagation du VIH, mais il est perçu par plusieurs jeunes et par d'autres personnes comme une méthode pour contrôler ce qui serait considéré comme le caractère irréprensible de leur appétit sexuel. Il est plausible que des programmes semblables soient soutenus par des gouvernements, lorsqu'un vaccin contre le VIH sera disponible, dans le cadre de tentatives de cliniciens d'offrir systématiquement la vaccination aux personnes considérées à risque plus élevé d'infection, à l'instar de ce que fait le programme STOP au chapitre de l'amorce du TARV. Un informateur qui travaille à Vancouver a affirmé que c'était là un problème persistant qui s'était déjà manifesté avec d'autres interventions de santé publique, en particulier la vaccination antigrippale, avec les infirmières qui se lancent dans le quartier Downtown Eastside afin de vacciner le plus grand nombre possible de résidents. Lorsqu'un vaccin contre le VIH sera disponible, les personnes qui recevront de l'information à son sujet devraient être encouragées à faire valoir leurs intérêts et leur droit de décider elles-mêmes si le vaccin est une option appropriée à leur cas. Des programmes pour les personnes qui ne peuvent faire valoir elles-mêmes leurs intérêts devraient être élaborés, de manière à ce que l'information complète et appropriée au sujet du vaccin soit donnée à toute personne qui la demande.

Les jeunes sont particulièrement vulnérables aux obstacles à l'accès aux traitements médicaux. En ce qui concerne un éventuel vaccin contre le VIH, des jeunes seraient entravés par l'exigence d'obtenir le consentement de leurs parents ou tuteur. Le droit canadien actuel ne comporte pas de directives claires à l'intention des fournisseurs de soins de santé, relativement à l'aptitude légale des jeunes en matière de consentement à la vaccination. Les provinces canadiennes sont guidées par la jurisprudence traitant du consentement à des interventions médicales (Taylor, 2008). Le consensus, dans le corpus de doctrine du droit médical, est que les personnes « de quatorze ans et plus sont généralement aptes à consentir à des traitements médicaux »,¹⁰ cependant il n'est pas clairement établi qu'un vaccin puisse être considéré comme un traitement médical. Alors que le droit canadien reconnaît dans plusieurs cas que les jeunes de quatorze ans et plus peuvent prendre des décisions à propos de leur propre santé, il astreint l'aptitude de consentement à la capacité de comprendre les conséquences de l'intervention, plutôt qu'à l'âge de la personne. En conséquence, des jeunes qui ont plus de quatorze ans sont exposés à la possibilité d'interférence d'autres personnes.

¹⁰ Catherine G. Taylor, (2008), « Counterproductive Effects of Parental Consent in Research Involving LGBTTIQ Youth: International Research Ethics and a Study of a Transgender and Two-Spirit Community in Canada », *Journal of LGBT Youth* 5 (3) : 38.

Dans une enquête sur les manières dont on a traité le cas de personnes matures mais d'âge mineur, pendant les premières années de la vaccination contre le VPH dans les écoles, la Colombie-Britannique avait été la seule province qui reconnaissait le droit de ces personnes de consentir elles-mêmes à être vaccinées (*Health Link BC*, 2009). Cela dit, les lignes directrices en matière de vaccination, qui régissent les professions de la santé dans cette province, pourraient servir de modèle pour le reste du pays, en ce qui concerne un éventuel vaccin contre le VIH. Des mesures pour harmoniser les lois et politiques sur le consentement devraient être adoptées avant le déploiement d'un vaccin contre le VIH, de manière à ce que les jeunes soient habilités à prendre en main leur santé sans craindre que leurs décisions soient connues sans qu'ils le veuillent par leurs parents.

Un dernier obstacle à l'accessibilité à un vaccin contre le VIH est le potentiel d'un manque d'anonymat et de confidentialité, en lien avec la vaccination. Cette crainte s'est révélée particulièrement présente chez les participants et informateurs vivant en milieu rural ou éloigné qui reçoivent leurs soins de santé dans un milieu où « tout le monde se connaît ». Le manque d'accès local à des soins de santé dans des réserves ou communautés autochtones éloignées entraîne souvent des lacunes dans le maintien de l'anonymat et de la confidentialité, lorsque des résidents doivent aller à l'extérieur de leur communauté pour recevoir des soins dans le centre le plus près. La confidentialité et l'anonymat de l'accès à des interventions antérieures de santé publique ont d'ailleurs déjà été compromis, ce qui donne à penser que les facteurs susmentionnés qui limitent la confidentialité et l'anonymat pourraient entrer en jeu de nouveau dans le contexte d'éventuels vaccins contre le VIH. À l'heure actuelle, dans certaines provinces, une personne qui n'a pas reçu le vaccin contre l'hépatite B à l'école, et qui veut le recevoir gratuitement dans une clinique, doit décrire qu'elle fait partie d'une communauté à risque plus élevé – ce qui requiert de dévoiler son orientation sexuelle, sa situation de logement et/ou ses comportements de consommation de drogue. Les droits des jeunes à des soins médicaux confidentiels sont particulièrement vulnérables aux compromis, notamment si l'on requiert que les parents consentent à ce que leurs enfants soient vaccinés. Or, si le jeune doit révéler à ses parents son souhait d'être vacciné, un jeune qui est gai pourrait être contraint de sortir du placard à propos de son orientation sexuelle avant d'être prêt à le faire, ou une jeune hétérosexuelle placée au pied du mur pourrait être contrainte de dévoiler à ses parents des détails à propos de sa vie sexuelle ou de son usage de drogue. De telles situations doivent être évitées. Si l'on veille à ce que toute personne qui le souhaite puisse avoir accès à la vaccination contre le VIH de manière confidentielle, et anonyme là où cela est possible, même dans de petites communautés, on fera en sorte que le dévoilement de comportements sexuels ou d'usage de drogue ne sera pas nécessaire.

3.1 Stratégies pour éliminer les obstacles à l'accessibilité

Bien qu'il subsiste d'importants obstacles à l'accessibilité d'interventions de santé publique, certains programmes mis en œuvre au Canada contribuent à éliminer certains de ces facteurs. Plusieurs d'entre eux pourraient servir à développer des modèles en vue de déploiements futurs de vaccination contre le VIH, dans les communautés concernées. Des modèles qui impliquent des pairs, dans des initiatives de promotion de la santé ainsi que de réduction des méfaits, dans leurs communautés, sont vraisemblablement les plus efficaces pour accroître l'accès à l'information sur la santé publique et à des interventions. Small et coll., dans un article portant sur le Washington Needle Depot (WND) – un programme de distribution de seringues administré par la PHS Community Services Society, et dont le personnel est composé d'utilisateurs et d'anciens utilisateurs de drogue –, donne à penser que les

pairs-intervenants sont l'ingrédient clé pour fournir des interventions de santé publique aux personnes les plus vulnérables. Dans son compte-rendu sur le WND, Small avance que l'embauche d'utilisateurs de drogue impliquait de « reconnaître que leurs expériences les dotait d'une perspective intime unique et d'une capacité à fournir des services de réduction des méfaits, à leurs pairs, notamment par le fait d'être facilement approchables pour des utilisateurs de drogue par injection désireux d'obtenir des services ».¹¹ Un informateur clé qui travaille dans une clinique communautaire a fait écho à ces propos, en affirmant que les pairs-intervenants qui travaillent auprès des jeunes de la rue à Toronto sont un facteur crucial à la réussite du programme d'intervention parce qu'« ils ont tellement d'expertise ». Cet insight sera essentiel, pour la promotion d'un vaccin parmi les plus marginaux, car il aidera ces personnes à accéder à l'information et à prendre des décisions éclairées à propos de leurs soins de santé.

Outre les réussites de tels modèles qui fonctionnent sur la base d'interventions entre pairs, des programmes qui fournissent de l'information et des interventions culturellement compétentes et adaptées se sont avérés fructueux dans des villes du Canada. Ces programmes adoptent généralement une approche holistique à la santé, en offrant de la nourriture, des instruments pour le sécurisexe et la réduction des méfaits, du counselling, et des références à des services plus spécialisés. Plusieurs ont recours à des unités mobiles. L'un des programmes les plus novateurs a été baptisé Papalooza. En fonction deux fois par année dans des centres communautaires et des refuges de la ville de Vancouver, le programme fournit gratuitement des tests Pap ainsi que des services confidentiels d'information sur la santé et un dîner gratuit, aux personnes des communautés les plus marginalisées de la ville. Une initiative de vaccination pourrait être intégrée simplement dans ce programme, permettant aux femmes de préserver la confidentialité de leur souhait d'être vaccinées. Compte tenu de l'augmentation de la part féminine de l'épidémie du VIH au Canada (en 2009, les femmes comptaient pour 26 % des nouveaux cas déclarés d'infection par le VIH),¹² il sera crucial que les campagnes de vaccination offrent amplement d'occasions non menaçantes, aux femmes, pour l'accès au vaccin et à l'information sur le sujet. Papalooza pourrait être une de ces avenues propices.

Des modèles qui impliquent des leaders communautaires et des partenaires d'influence dans l'espace collectif et social ont aussi récolté du succès. L'Opération Spray-Net, une initiative de Santé publique Ottawa, a donné une formation à dix-neuf pairs-intervenants bénévoles qui sont propriétaires de salons de coiffure et de barbiers, dans la ville, dans un effort pour disséminer des messages de prévention du VIH dans les communautés africaines et caraïbes de la région d'Ottawa. Le programme consistait à habiliter les bénévoles à identifier des moments propices

Il sera important de développer de nouvelles stratégies pour intégrer l'avènement d'un vaccin contre le VIH dans l'ensemble du dialogue sur la prévention. Les discussions devraient encourager les individus et les communautés « à reconnaître que [un vaccin] ne sera pas parfait et [...] qu'il s'accompagnera de son propre ensemble de défis » qui devront être résolus.

¹¹ Dan Small et coll., (2010), « The Washington needle depot: fitting healthcare to injection drug users rather than injection drug users to healthcare: moving from a syringe exchange to syringe distribution model », *Harm Reduction Journal* 7 (1) : 5.

¹² Agence de la santé publique du Canada, (2010), *Le VIH et le sida au Canada: rapport de surveillance en date due 31 décembre 2009*, (consulté le 14 février 2011 à <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/surreport/2009/dec/pdf/2009-Report-Rapport.pdf>).

à l'« enseignement », et à passer à leurs clients des messages sur la prévention du VIH, à leur discrétion. On les encourageait aussi à distribuer des condoms et de la documentation imprimée, de la manière qui leur semblait la plus appropriée. Les salons de barbiers et de coiffure avaient été identifiés comme d'importants points de rencontre pour ces communautés; et les propriétaires ont été invités par Santé publique Ottawa à s'impliquer de la manière et au rythme qui leur convenaient. Ce type de programme pourrait servir de modèle à d'autres instigateurs qui sont intéressés à recourir à des bénévoles formés pour l'intervention auprès de leurs pairs, dans des lieux de rencontre des communautés.

Outre le recours à des modèles mobiles et faisant appel à l'action de pairs, pour la fourniture d'information et d'interventions de santé publique, des programmes d'accompagnement pourraient réduire les obstacles à l'accès dans certaines communautés et fournir un soutien additionnel aux individus qui veulent y accéder et en ont besoin. Une représentante communautaire du Nouveau-Brunswick qui travaille directement auprès de PVVIH/sida a cité un programme d'aide juridique, offert par son organisme, qui fournit de l'accompagnement aux femmes qui ont des démêlés avec la justice. Elle a suggéré qu'un programme de soutien de ce genre pourrait être facilement développé pour promouvoir la vaccination contre le VIH.

Tous ces programmes reposent toutefois sur la prémisse que les personnes à risque plus élevé souhaitent ou croient pouvoir avoir accès à ces programmes. Les participants ont convenu qu'il y a souvent des obstacles auto-déclenchés qui entravent l'accès à l'information et à des interventions. Un représentant communautaire a affirmé être souvent aux prises avec des clients qui ont eu accès aux meilleurs services disponibles mais demeurent apathiques plutôt que de prendre en mains leur santé. Il y avait consensus parmi les participants à la consultation, sur la nécessité de concevoir d'autres stratégies pour répondre à la situation où les individus en sont rendus, dans leur souhait d'information sur le vaccin et de vaccination.

Quelle que soit la méthode éventuellement adoptée pour le déploiement d'un vaccin contre le VIH, la confidentialité des individus doit être respectée, tant en milieu urbain et éloigné que dans les centres urbains. Dans les faits, l'idéal serait une vaste campagne de vaccination anonyme, à l'échelle du pays. L'accès équitable doit, de plus, être assuré et a des implications au chapitre du prix. Les leçons tirées de la vaccination contre l'hépatite B, en particulier, démontrent que le fait de ne donner un accès gratuit qu'à certains groupes entraîne pour d'autres un accès inégal aux stratégies de prévention et crée un problème considérable de dévoilement et d'intrusion dans la vie privée. En plus de la question d'équité d'accès, l'expérience a révélé la nécessité d'équité en terme d'accessibilité de l'information, ce qui nécessite la mise au point de contenu informatif pertinent et adapté à chaque individu, à chaque communauté. Les cliniciens, conseillers et pairs-intervenants doivent s'engager à fournir en toute absence de préjugé et en toute objectivité l'information pertinente à toute personne qui envisage de se faire vacciner.

3.2 « Il y aura toujours du stigmate » : la stigmatisation en tant qu'obstacle à l'accès

Les membres de la communauté s'entendaient à dire que la stigmatisation demeure un obstacle important à une prévention efficace de la transmission du VIH. Les stigmates, s'ils ne sont pas contrés adéquatement avant l'homologation d'un vaccin contre le VIH, constitueront un autre obstacle à une discussion ouverte au sujet d'un vaccin contre le VIH en tant que moyen utile à réduire la propagation du VIH. Bien qu'aucun des participants

n'a mis en doute la valeur d'un éventuel vaccin, plusieurs ont réitéré que leurs clients et leurs communautés pourraient ne pas se faire vacciner. À cet égard, nos participants de la communauté sont appuyés par des éléments de la littérature abordant l'acceptabilité d'un éventuel vaccin contre le VIH. Rudy et coll., dans une étude sur ce sujet, ont constaté que même si la perception à l'égard d'un vaccin était positive, la stigmatisation était souvent mentionnée comme un obstacle à l'accès parmi des femmes à risque. Ce sentiment est bien résumé dans ces propos d'une de leurs informatrices :

J'imagine qu'un grand nombre de gens voudrait le recevoir [le vaccin contre le VIH] mais souhaiteraient que personne ne découvre qu'ils se considéraient à risque. Ils pourraient se l'admettre à eux-mêmes, mais sans que personne ne puisse même s'en douter. [trad.]¹³

Des membres de communautés noires, africaines et caraïbes que nous avons consultés, quelques-uns ont évoqué des impressions similaires à celle-ci. Deux d'entre eux qui travaillent en Ontario ont admis que, dans leurs communautés, on aurait l'impression qu'une femme qui décide de se faire vacciner contre le VIH fait certainement des choses terribles, pour avoir besoin du vaccin. On ne sait pas clairement ce que serait la perception à l'égard d'un vaccin, parmi les hommes de ces communautés. MaBwana, une recherche sur la prévention du VIH et les hommes noirs gais et bisexuels à Toronto, n'a pas abordé directement le potentiel d'acceptabilité d'un vaccin contre le VIH. Elle est cependant arrivée à une conclusion que les HRSH de la communauté noire africaine et caraïbe de Toronto « se montrent préoccupés par le VIH/sida parmi les hommes gais noirs et leurs communautés, et également engagés à la prévention du VIH » [trad.].¹⁴ On peut présumer que cela inclut des attitudes favorables à l'éventualité d'un vaccin contre le VIH; il faudrait cependant étudier ce point de plus près, afin de mieux estimer l'acceptabilité d'un vaccin dans ces populations.

Dans les communautés rurales et éloignées, le stigmate se manifeste à la fois par du déni et par des préjugés discriminatoires. Par exemple, un de nos informateurs a affirmé que sa communauté s'imagine être le village de Petticoat Junction (en référence à une comédie états-unienne des années 1960 se déroulant dans un hameau pastoral du Midwest à peu près exempt de problèmes sociaux). Un autre a décrit comme ceci la difficulté de rehausser la sensibilisation à l'égard du VIH dans une communauté éloignée : « [L]es gens ne pensent pas que quiconque ici soit séropositif au VIH », ajoutant que « les gens croient encore que le VIH est une infection d'hommes gais » et expliquant que des stéréotypes dissipés depuis plusieurs années dans d'autres villes persistent dans sa localité, et que l'« on lutte encore [...] pour les démentir ». Cette impression que le VIH n'arrive qu'aux autres (par une attitude personnelle ou collective de « distanciation ») est une

En plus de la question d'équité d'accès, l'expérience a révélé la nécessité d'équité en terme d'accessibilité de l'information, ce qui nécessite la mise au point de contenu informatif pertinent et adapté à chaque individu, à chaque communauté.

¹³ Ellen T. Rudy et coll., (2005), « HIV Vaccine Acceptability among Women at Risk: Perceived Barriers and Facilitators to Future Vaccine Uptake », *AIDS Education and Prevention* 17 (3) : 260.

¹⁴ Winston Husbands et coll., (sans date), *MaBwana; Health, Community and Vulnerability to HIV among African, Caribbean and Black Gay and Bisexual Men in Toronto*. Toronto : Conseil africain et caribéen sur le VIH/sida en Ontario et AIDS Committee of Toronto, 71.

manifestation explicite de stigmatisme et constitue un obstacle considérable à la fourniture d'un vaccin. En effet, si une communauté ne considère pas qu'elle a un risque plus élevé en dépit de preuves du contraire, il y aura une résistance à fournir et à accepter des mesures de prévention, y compris une vaccination.

Le stigmatisme n'est toutefois pas un obstacle limité aux régions rurales du Canada. Même avec l'émergence de signes de vulnérabilité accrue au VIH dans les communautés canadiennes noires, africaines et caraïbes,¹⁵ la stigmatisation de ceux qui sont séropositifs au VIH demeure un enjeu majeur dans ces populations principalement urbaines. D'après une informatrice, la stigmatisation des PVVIH/sida est si marquée, dans certaines communautés ethnoculturelles, que des femmes séropositives refusent d'être accompagnées à leurs rendez-vous médicaux, même si cela implique qu'elles comprendront moins bien ce qui en est de leur état de santé et de leurs options thérapeutiques. Un informateur qui travaille en lien étroit avec des détenus et d'anciens détenus a souligné que les stigmates associés au VIH ont le potentiel de nuire à l'observance au TARV parmi les personnes qui purgent des peines dans des pénitenciers et établissements correctionnels du Canada. Ses clients lui confient souvent qu'ils ne révèlent pas leur séropositivité dans la prison, par crainte de répercussions qui pourraient leur venir de codétenus. De fait, plusieurs ont demandé d'être placés en isolement, a-t-il relaté, parce qu'ils trouvaient cela nécessaire pour prendre leurs médicaments en toute sécurité.

En plus de s'attaquer à la stigmatisation associée au VIH, les stratégies visant à réduire la stigmatisation de l'homosexualité, de l'usage de drogue et de l'incarcération devraient aussi être renforcées. Une informatrice clé qui travaille auprès de communautés de la rue, à Toronto, a fait état d'une homophobie répandue dans cette communauté, en tant qu'obstacle à la dissémination d'information sur le VIH ainsi que de matériel de prévention, et que cela pourrait aussi affecter le recours à un vaccin parmi sa clientèle. Il est fréquent que des individus qui ont passé un test du VIH et reçu un diagnostic de séropositivité préféreraient que les gens croient qu'ils ont un cancer plutôt que de savoir qu'il s'agit de l'infection à VIH, parce qu'ils craignent d'être étiquetés comme gais, dans cette communauté où cela soulève souvent des réactions violentes. Une informatrice clé qui travaille auprès de femmes immigrantes séropositives a affirmé que ses clientes ne sont pas à l'aise d'aller pour leurs traitements dans des cliniques de santé spécialisées exclusivement en soins pour le VIH. Elles ne veulent pas être exposées, ou que leurs enfants soient exposés, à des HRSH ou à des personnes qui font usage de drogue et qui sont traités dans ces cliniques. Ajoutons que des ex-détenus, en plus des HRSH et des personnes qui font usage de drogue, peuvent aussi rencontrer de la stigmatisation dans leurs communautés lorsqu'ils sont libérés de prison. D'après un informateur clé, tandis qu'en prison ils étaient stigmatisés en raison de leur infection à VIH, à leur retour dans la collectivité des ex-détenus sont la cible de discrimination, ou craignent de l'être, parce qu'ils ont été incarcérés. À la consultation communautaire, un participant qui travaille dans ces communautés a expliqué qu'il est fréquent que des ex-détenus qui recourent à des OLS de Toronto taisent leur passé d'incarcération par crainte d'être stigmatisés.

¹⁵ D'après l'édition 2009 du rapport *Le VIH et le sida au Canada* (de l'ASPC), les résultats positifs au test du VIH dans la communauté noire sont passés de 7,3% en 2002 à 11,6% en 2009.

Le fait d'enrayer la stigmatisation et la discrimination associées au VIH, à l'homosexualité, à l'usage de drogue et à l'incarcération favoriserait le désir de se faire vacciner, pour ces groupes, et de s'informer afin de prendre des décisions éclairées en matière de santé. Des efforts soutenus, pour éliminer la stigmatisation, doivent être maintenus et intensifiés. Le consensus d'ensemble parmi les participants à la consultation était que le point de mire des messages à propos d'un éventuel vaccin doit être aussi large et général que dans le cas d'autres affaires de santé publique, comme l'influenza H1N1, les rappels de vaccins contre les hépatites A et B et les comprimés contre le paludisme. Des messages généraux de santé publique, qui s'adressent aux personnes de tous les genres sexuels, antécédents ethniques et âges aideraient à réduire la stigmatisation associée au fait de demander de l'information à propos d'un vaccin contre le VIH. Des campagnes de sensibilisation à caractère inclusif permettraient à tout individu de se considérer à risque, au lieu de caractériser implicitement un vaccin contre le VIH comme une méthode préventive qui serait mieux adaptée pour d'autres personnes que soi-même.

« L'oubli possible de stratégies préventives » : assurer des normes de prévention

Lorsqu'un vaccin contre le VIH existera, on ne devrait pas le présenter ou le promouvoir comme s'il s'agissait du seul moyen de prévention disponible. Un éminent chercheur du domaine l'a affirmé, « les vaccins contre le VIH doivent être considérés comme un élément intégré à la gamme d'interventions préventives existantes contre le VIH »¹⁶ et l'on ne doit céder aucune ouverture à la notion qu'un vaccin serait une solution solo au problème du VIH. Nos informateurs s'interrogent à savoir comment un vaccin contre le VIH affecterait les méthodes actuelles de réduction du risque et les programmes de prévention du VIH en vigueur dans leurs communautés. Des informateurs des communautés se sont dits particulièrement inquiets qu'il se produise une compensation accrue du risque, et préoccupés de la nécessité et de la difficulté d'intégrer un éventuel vaccin dans les stratégies générales de la prévention.

La compensation du risque est une des principales raisons de l'importance de maintenir et de renforcer les normes actuelles de prévention du VIH avant, pendant et après le déploiement d'un futur vaccin contre le VIH. La compensation du risque – ou le phénomène individuel d'une évaluation et d'un ajustement de la disposition à avoir des comportements à risque, en conséquence de nouvelles connaissances ou d'une nouvelle compréhension – est un facteur d'importance considérable, pour l'introduction de nouvelles mesures de prévention dans l'éventail des stratégies et technologies actuelles de prévention. L'apparition de moyens nouveaux et efficaces entraîne inévitablement que les personnes qui les utilisent réévalueront leur degré d'ouverture à l'égard d'activités à risque.

Dans le contexte du VIH, cela peut inclure des comportements sexuels à risque – rapports sans condom, séropositionnement et sérotriage – et la réutilisation ou le partage d'instruments pour la consommation de drogue. L'introduction d'un vaccin dans le paysage préventif a un potentiel d'impact considérable, en termes de compensation du risque, dans des communautés qui sont déjà aux prises avec un risque plus grand d'infection. Les membres de la communauté présents à notre consultation étaient bien au fait du potentiel de réévaluation des comportements à risque, pouvant se manifester parmi leurs clients dans le contexte où un vaccin contre le VIH serait homologué.

¹⁶ Peter A. Newman, « HIV Vaccine Social Research », exposé lors du Symposium de la SCS sur les pratiques exemplaires en préparation à des vaccins, Toronto, ON, 29-30 avril 2010.

Un des thèmes communément identifiés par des commentateurs était la crainte que les stratégies préventives antérieures puissent être « perdues », en parallèle avec l'avènement et l'homologation de nouvelles méthodes de prévention. Cette préoccupation a d'ailleurs été formulée à l'occasion de la vaccination contre le VPH, au Canada en 2007, alors que certains regroupements de femmes, y compris le Réseau canadien pour la santé des femmes, craignaient que la promotion et l'utilisation du vaccin anti-VPH de la société Merck, le Gardasil, augmenteraient les taux de cancer du col utérin en conséquence de « malentendus au sujet de ce que le vaccin fait et ne fait pas [qui pourraient] entraîner des réductions des pratiques sexuelles sécuritaires et des taux de tests de Pap pour le dépistage »¹⁷. À l'inverse, Short et coll. ont constaté que la majorité des femmes ne pensaient pas que les autres femmes changeraient leurs comportements sexuels après avoir été vaccinées contre le VPH, bien que certaines étaient d'avis qu'une « augmentation [des comportements à risque] serait limitée à certains groupes, comme les jeunes ou les personnes peu éduquées » [trad.].¹⁸ Puisque le vaccin contre le VPH est relativement nouveau et que plusieurs des filles vaccinées ne sont pas encore sexuellement actives, on ne dispose pas encore de données statistiquement significatives sur ce sujet.

Outre les questions soulevées en lien avec le vaccin contre le VPH, des données ont été produites au sujet de l'effet potentiel de la vaccination en termes de compensation du risque, lors d'essais cliniques de vaccins contre le VIH. Une tension s'observe toutefois dans le corpus d'études. Dans une étude auprès de participants à des essais cliniques de phases I et II (en 1997), Chesney et coll. ont établi que le taux de pénétration anale sans condom avait augmenté, de 9 % à 20 %, parmi les participants, et ce même s'ils avaient été avertis que le vaccin n'allait pas les empêcher de contracter ou de transmettre le VIH.¹⁹ Dans un essai de phase III sur le vaccin candidat VAX004, des données indiquaient que les HRSH qui croyaient avoir reçu le vaccin « ont régulièrement déclaré avoir eu plus de rapports sexuels anaux sans protection » [trad.]²⁰ que ceux qui ne croyaient pas avoir reçu le vaccin. Cependant, des recherches centrées sur les participants canadiens à ce même essai clinique ont démontré qu'il n'y avait « aucun changement significatif au chapitre de la pénétration anale à risque élevé sans condom, entre le moment de l'enrôlement »²¹ et les séances de consultation de suivi.

En dépit des résultats de l'étude sur l'acceptabilité du vaccin contre le VPH, qui indiquaient que le potentiel de compensation du risque était faible, et de l'étude canadienne ayant révélé l'absence de compensation du risque lors de l'essai VAX004, il demeurera important de mettre l'accent sur le maintien des pratiques sexuelles à risque réduit ainsi que de la réduction des méfaits, en particulier pour éviter une recrudescence d'autres infections transmissibles sexuellement (ITS) et de l'hépatite C. Les messages devraient à la fois mettre en relief les bienfaits de la vaccination et la nécessité de maintenir les pratiques de protection existantes, après la vaccination. En particulier dans le cas

¹⁷ Abby Lippman et coll., (2007), « Virus du papillome humain, vaccins et santé des femmes : questions et avertissements », *Journal de l'Association médicale canadienne* 177 (5) : 486.

¹⁸ Short et coll., (2010), « Adult Women's Attitudes », *op. cit.*, 1308.

¹⁹ M.A. Chesney et coll., (1997), « Risk behavior for HIV infection in participants in preventive HIV vaccine trials: A cautionary note », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 16 : 271.

²⁰ B. N. Bartholow et coll., (2005), « HIV Sexual Risk Behavior over 36 Months of Follow-Up in the World's First HIV Vaccine Efficacy Trial », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 39 (1) : 97.

²¹ T.M. Lampinen et coll., (2005), « Sexual risk behaviour of Canadian participants in the first efficacy trial of a preventive HIV-1 vaccine », *Journal de l'Association médicale canadienne* 172 (4) : 482.

d'un vaccin à efficacité seulement partielle, il sera impératif que les personnes vaccinées comprennent qu'elles sont encore vulnérables, dans une certaine mesure, à contracter le VIH et qu'elles devraient prendre autant de précautions que les circonstances le permettent, contre cette infection.

Une des principales menaces aux messages sur le maintien des mesures de prévention et à la réduction des effets d'une compensation du risque, après l'introduction d'un vaccin, sera le développement et la dissémination de mythes au sujet de la vaccination. Deux informateurs clés qui travaillent dans une clinique communautaire spécialisée en santé des hommes gais ont souligné l'importance des mythes, en lien avec les perceptions du risque et les stratégies de prévention, au sein de communautés auprès desquelles ils travaillent. Le fait que certains croient en la validité du sérotriage (n'avoir de rapports sexuels qu'avec des partenaires du même état sérologique que soi) ou du séropositionnement (placer le partenaire séronégatif dans le rôle sexuel pénétratif), parmi les hommes gais, démontre la présence de « pas mal de [soi-disant] « renseignements » qui sont véhiculés dans la rue [...] sans que les gens détiennent grande connaissance réelle à propos de la stratégie en cause. » Compte tenu de l'impression répandue qu'un vaccin confère l'immunité [complète] aux personnes vaccinées, il y a une probabilité que des mythes et croyances se propageraient à l'effet que les personnes vaccinées contre le VIH ne peuvent contracter ni transmettre ce virus. Or, en même temps qu'on assisterait possiblement à un assouplissement des comportements associés au sécurisexe et à la réduction du risque de VIH dans l'usage de drogue, une nouvelle forme de tri sexuel pourrait faire son apparition, ce qui augmenterait le risque d'infection à la fois pour les personnes vaccinées et celles qui ne le sont pas.

Il sera important de développer de nouvelles stratégies pour intégrer l'avènement d'un vaccin contre le VIH dans l'ensemble du dialogue sur la prévention. Les discussions devraient encourager les individus et les communautés « à reconnaître que [un vaccin] ne sera pas parfait et [...] qu'il s'accompagnera de son propre ensemble de défis » qui devront être résolus. Les travailleurs communautaires et les professionnels de la santé devraient être formés aux manières d'éduquer adéquatement leurs clients à propos d'un vaccin d'efficacité partielle et qui requerrait plus d'une dose. Ils devraient aussi être éduqués sur les conséquences sociocomportementales de ces deux enjeux, en ce qui a trait à la transmission parmi les personnes qui recourraient au vaccin comme stratégie de prévention. Ces thèmes ne peuvent pas être séparés l'un de l'autre, et les communautés qui seront particulièrement intéressées par la promotion et l'usage de la vaccination devront être impliquées dans le développement et la mise en œuvre de ces nouvelles stratégies afin qu'elles soient aussi efficaces que possible.

5

« Il faut du matériel qui a du punch » : rehausser la connaissance élémentaire des vaccins par la compétence culturelle

Vu le manque de matériel éducatif approprié, en lien avec les cinq interventions examinées, le développement de matériel d'éducation et de sensibilisation adéquat a été identifié comme un élément commun des plus importants, et en conséquence comme un enjeu clé du déploiement efficace d'un vaccin contre le VIH. Dans l'intérêt d'une approche holistique et inclusive, l'éducation a été définie largement comme incluant tout ce qui pourrait être pertinent à prévenir le VIH et à promouvoir la sensibilisation et l'usage d'un éventuel vaccin contre le VIH parmi les groupes les plus vulnérables à l'infection. Les deux moyens les plus souvent cités pour la préparation au déploiement d'un vaccin étaient de rehausser la connaissance élémentaire et d'utiliser pour ce faire la compétence culturelle.

5.1 « Sauvez l'humanité! Faites-vous vacciner! » : rehausser la connaissance élémentaire

Des campagnes communautaires qui rehaussent la sensibilisation et sont pertinentes sur le plan personnel, tout en évitant de stigmatiser un groupe en particulier, sont une stratégie clé pour rehausser la connaissance élémentaire de la valeur d'un vaccin contre le VIH. Une stratégie que des membres de la communauté ont mentionnée était l'implication des communautés dans le développement du matériel qui sera éventuellement disséminé par leurs organismes. Cela pourrait sembler évident mais on a constaté, dans des interventions antérieures de santé publique, que le matériel, les campagnes et les ressources de promotion de la santé n'étaient pas dirigées par la communauté. Une étude sur la perception du risque lié à la vaccination contre l'hépatite B parmi des communautés de HRSH en Amérique du Nord a révélé que « les participants n'avaient pas de connaissances suffisantes sur le virus de l'hépatite B (VHB) pour juger adéquatement de la gravité de l'infection et de leur vulnérabilité à celle-ci ».²² Cette réalité est présente malgré le risque évident auquel cette communauté est exposée et même si « des participants disaient recevoir de l'information sur le VHB sous la forme d'affiches et de dépliants distribués dans des bars ».²³ Cette même étude a révélé que, bien que plusieurs HRSH étaient bombardés d'information sur

²² S.D. Rhodes et K.C Hergenrather, (2002), « Exploring Hepatitis B Vaccination Acceptance among Young Men who Have Sex with Men: Facilitators and Barriers », *Preventive Medicine* 35 : 130.

²³ Idem., p. 132.

les risques de l'infection à VHB, lors d'événements publics et dans les bars, le matériel d'intervention « n'était pas conçu de manière à attirer leur attention et ne fournissait pas d'information pratique sur des ressources locales et des sites de vaccination ».²⁴ Les chercheurs ont conclu que, puisque le risque d'infection n'était pas présenté de manière personnalisée, la population n'était pas mieux informée sur les bienfaits du vaccin contre l'hépatite B.

Lors d'une discussion sur les manières de promouvoir le test et l'usage de la prophylaxie parmi les personnes ayant reçu un diagnostic de tuberculose (TB), des enjeux semblables ont émergé. Des informateurs communautaires ont réitéré les bienfaits de mobiliser des ressources communautaires pour rehausser la sensibilisation. La littérature sur le sujet propose des pistes pour y arriver. À l'issue d'un examen des facteurs socioculturels qui influencent la prévention de la TB, Gibson et coll. ont convenu que le fait d'utiliser « les ressources du milieu – personnes remises de la TB, membres de la famille de patients rétablis, [et] communicateurs du milieu, en matière de santé » –²⁵ pourrait faire changer les perspectives et rehausser la sensibilisation. De plus, San Sebastian et Bothamley ont signalé que « les sujets pourraient porter une plus grande attention aux explications revêtant une pertinence personnelle ».²⁶ Les éducateurs communautaires recommandés par Gibson et coll. pourraient fournir des informations adaptées à la culture, voire personnalisées, sur les manières de reconnaître et de traiter efficacement la TB, comme le suggèrent San Sebastian et Bothamley. Ces types de stratégies pourraient rehausser la participation à des programmes bénéfiques de santé publique, comme le déploiement d'un vaccin contre le VIH.

Il est important de personnaliser les messages sans toutefois cibler un groupe en particulier. Interrogé sur la manière de rehausser la sensibilisation à un éventuel vaccin contre le VIH, un informateur clé qui travaille auprès de la communauté africaine, caraïbe et noire (ACN) de Toronto a insisté sur la nécessité que le message central de toute campagne soit inclusif et que « [s]i [un vaccin] est utilisé, il le soit par tout le monde ». Cette perspective semble refléter ce que la communauté ACN en général identifie comme un message adéquat sur le vaccin contre le VIH. La racialisation de l'épidémie et l'emphase sur les efforts pour freiner sa propagation dans les pays de l'Afrique subsaharienne – d'où ont émigré plusieurs de nos informateurs – dénotent la tendance des médias à brosser un portrait généralisé de l'épidémie.

Le fait d'enrayer la stigmatisation et la discrimination associées au VIH, à l'homosexualité, à l'usage de drogue et à l'incarcération favoriserait le désir de se faire vacciner, pour ces groupes, et de s'informer afin de prendre des décisions éclairées en matière de santé.

²⁴ S.D. Rhodes et K.C. Hergenrather, (2002), « Exploring Hepatitis B Vaccination Acceptance », *op. cit.*, 130.

²⁵ Nancy Gibson et coll., (2005), « Socio-Cultural Factors Influencing Prevention and Treatment of Tuberculosis in Immigrant and Aboriginal Communities in Canada », *Social Science and Medicine* 61 : 940.

²⁶ M. San Sebastian et G.H. Bothamley, (2000), « Tuberculosis Preventive Therapy: Perspective from a Multi-Ethnic Community », *Respiratory Medicine* 94 : 652.

La caractérisation du VIH comme un problème africain nuit encore plus à une discussion franche sur la prévention du VIH dans un contexte canadien général. Un participant à la consultation communautaire a affirmé maintes fois que le stigmata doit être abordé en considérant le VIH comme un enjeu de santé publique qui est la responsabilité de tous. Certains participants à la consultation communautaire et plusieurs informateurs clés ont exhorté à la normalisation des discussions sur le VIH et les options de prévention futures, y compris le vaccin, parmi les communautés et les familles, et entre patients et médecins, afin d'universaliser la question. Un informateur d'une province de l'Atlantique, qui a été intervenant dans des écoles, a constaté que les jeunes n'étaient pas réceptifs aux messages de prévention en raison de la perception répandue que le sida n'est pas un problème local, malgré la présence de PVVIH/sida dans leur communauté. L'informateur a signalé qu'en plus d'accroître le risque de transmission du VIH parmi les jeunes, cette perception erronée stigmatise encore plus les personnes vivant avec le VIH, en niant leur existence.

Il est clair que les campagnes de sensibilisation sur un éventuel vaccin contre le VIH devront être planifiées avec soin, pour permettre à chaque individu de déterminer si cet outil l'aiderait à éviter l'infection. L'intervention par des pairs sera certainement une manière de passer le mot. Un informateur clé a affirmé que dès qu'un vaccin sera prêt, nous devons « [v]raiment réfléchir à la planification des interventions en tant qu'élément essentiel, et conjointement à la planification des campagnes », pour optimiser l'intervention communautaire. Les campagnes de sensibilisation du public doivent s'adresser à leurs auditoires d'une manière qui les interpelle et qui fournit l'information nécessaire. Comme un participant l'a indiqué, si on applique cette leçon au vaccin contre le VIH, « l'introduction d'un vaccin nécessite des campagnes d'éducation bonnes et efficaces ». Un autre a affirmé : « [i]l faut du matériel qui a du punch et qui est créatif ».

5.2 « Tenir compte des particularités de chaque groupe » : nécessité de la compétence culturelle

Pour qu'une campagne de sensibilisation soit efficace, elle doit être assortie d'un engagement à la compétence culturelle. Cela inclut d'assurer l'implication de membres de la communauté et de leaders d'opinion et englobe la diversité linguistique, spirituelle et culturelle. Nombre d'informateurs communautaires ont indiqué que la dissémination d'information sur les vaccins dans la presse écrite, à la radio, sur Internet ou à la télévision doit être « sensible aux barrières linguistiques ». Cela inclut d'assurer l'accès à du matériel en anglais et en français dans tous les territoires et provinces du Canada, de même que dans des langues de minorités et dans les communautés ethnoculturelles et les communautés autochtones, métisses et des Premières Nations. Comme l'a noté un informateur clé, le matériel d'éducation et de sensibilisation doit être fourni « dans les langues que nous utilisons ».

Des recherches ont révélé que les messages inefficaces en santé publique échouent souvent à reconnaître le rôle crucial de la langue dans l'intégration de l'information. Dans une étude menée auprès des principales communautés

Il est clair que les campagnes de sensibilisation sur un éventuel vaccin contre le VIH devront être planifiées avec soin, pour permettre à chaque individu de déterminer si cet outil l'aiderait à éviter l'infection.

immigrantes du Royaume-Uni, Marlow, Forster et Waller ont constaté que les femmes immigrantes qui connaissaient le moins le VPH étaient celles qui ne parlaient pas l'anglais à la maison.²⁷ Une observation similaire a émergé d'une étude de Wagner auprès des populations hispanophones des États-Unis : l'incapacité de parler anglais est « citée le plus souvent comme étant le plus important obstacle à des soins de santé adéquats »²⁸ parmi les populations auprès desquelles l'auteure travaille.

« [s]i [un vaccin] est utilisé, il le soit par tout le monde »

La forte corrélation entre la compréhension élémentaire et la langue met en relief la nécessité que tout message sur un vaccin contre le VIH soit accessible à tous les Canadiens, du point de vue linguistique. Cela impliquerait non seulement de fournir de l'information dans des langues autres que l'anglais et le français, mais aussi d'adopter le langage populaire des communautés. La sensibilisation doit être rehaussée et le matériel à cet effet doit être formulé en langage simple et employer des expressions propres à chaque communauté pour faire en sorte que même les individus dont la seule langue est l'anglais ou le français aient accès à une information qui les rejoigne. Plusieurs communautés qui seront ciblées par un éventuel vaccin contre le VIH sont caractérisées par un faible degré de scolarisation et la pauvreté. Nous devons faire en sorte que ces facteurs ne deviennent pas des obstacles à l'accès à une information qui les aidera à décider de se faire vacciner ou non contre le VIH.

Par ailleurs, le déploiement d'un vaccin et son matériel explicatif doivent être appuyés par les leaders spirituels de la communauté. Dans une étude du discours relatif à la prévention du VIH parmi les femmes noires du Canada, Newman et ses collègues de Women's Health in Women's Hands ont constaté que « si ça ne vient pas de guides spirituels, ça ne se marchera pas ».²⁹ Un informateur du symposium sur les pratiques exemplaires a corroboré cette remarque, soulignant qu'« [u]n vaccin contre le VIH doit absolument tenir compte de l'implication de la communauté de même que de ses traditions religieuses, spirituelles et culturelles ». Toutefois, la sensibilité aux traditions spirituelles n'est pas un droit exclusif aux populations ethnoculturelles du Canada. Le tout premier article des lignes directrices des Instituts de la recherche en santé du Canada (IRCS), qui explique comment la recherche devrait être menée parmi les Autochtones du Canada, stipule que les chercheurs doivent « comprendre et respecter la vision du monde des Autochtones, ainsi que les responsabilités à l'égard des peuples et des cultures qui découlent de l'accès privilégié à des savoirs traditionnels ou sacrés ».³⁰ Lors du déploiement d'un vaccin contre le VIH, le renforcement des pratiques exemplaires applicables aux études et à la provision de soins de santé contribuera à aborder la méfiance de longue date de plusieurs populations ciblées par cette recherche.

La culture inclut les mœurs, les valeurs et l'histoire des communautés, en plus de leur langue et de leurs traditions spirituelles. Comme l'a mentionné un participant au symposium, « [l]a sensibilisation culturelle et ethnique est un facteur clé de la planification du déploiement d'un programme de vaccination ». Dans les communautés

²⁷ Laura A.V Marlow, J.Wardle, A.S Forster et J. Waller, (2009), « Ethnic Differences in Human Papillomavirus Awareness and Vaccine Acceptability », *Journal of Epidemiological Community Health*, 63 : 1010-1015.

²⁸ Janette Wagner, (2009), « Barriers for Hispanic Women in Receiving the Human Papillomavirus Vaccine: A Nursing Challenge », *Clinical Journal of Oncology Nursing* 13 (6) : 672.

²⁹ Peter A. Newman et coll., (2008), « HIV Prevention for Black Women: Structural Barriers and Opportunities », *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 19 : 837.

³⁰ Instituts de recherche en santé du Canada, (2007), *Lignes directrices des IRSC pour la recherche en santé chez les peuples autochtones*, (lignes directrices complètes, consultées le 9 août 2010, www.cihr-irsc.gc.ca/f/29134.html).

ethnoculturelles canadiennes, cela signifie non seulement d’impliquer des leaders d’opinion et de les former à livrer des messages de santé publique dans leurs quartiers et leurs lieux de culte et de rassemblement, mais surtout, de canaliser leur connaissance de leur propre culture pour assurer la pertinence des messages. De plus, cela doit être réalisé d’une manière qui promeut la santé et la vie saine, comme l’indiquent Bronheim et Sockalingam dans un guide sur le développement d’une promotion de la santé culturellement compétente :

Un important défi de la promotion de la santé auprès de populations diversifiées est de respecter les traditions et croyances du public cible, tout en reconnaissant que certaines de ces croyances et pratiques pourraient ne pas être compatibles avec les données émergentes concernant les facteurs propices à des résultats sains. Une promotion de la santé culturellement compétente appuie et respecte les pratiques et croyances qui sont protectrices ou inoffensives, et aide à identifier et à modifier respectueusement celles qui ont un impact néfaste sur la santé.[trad.]³¹


Il est important de reconnaître que, bien que les cliniciens, chercheurs, militants et intervenants communautaires doivent faire changer des politiques et pratiques, ils ne doivent pas le faire en jugeant autrui et ils doivent fournir de l’aide seulement lorsqu’elle est demandée.

Parmi la population des HRSH au Canada, la compétence culturelle inclut la reconnaissance que cette identité même n’est pas uniforme. Cela est vrai de tous les groupes impliqués dans la présente recherche; plusieurs informateurs clés l’ont signalé, en particulier lors des discussions sur les HRSH et l’identité. Pour aider les HRSH à assimiler les messages visés, une des considérations uniques à cette population est de comprendre que des sous-communautés de HRSH – y compris des HRSH qui ne s’auto-identifient pas comme gais – dans la communauté générale pourraient avoir besoin de campagnes de sensibilisation spécifiques. Cela a été illustré par une étude sur la prévention du VIH parmi les HRSH ACN de Toronto, parmi lesquels plusieurs hommes noirs qui ont des rapports sexuels avec des hommes ne s’identifient pas comme gais et pourraient considérer que des campagnes destinées aux hommes gais noirs ne les concernent pas. La compréhension de cette subtilité dans l’auto-identification et de son impact sur la dissémination de messages concernant un vaccin contre le VIH ne peut venir que d’une compréhension de la culture d’où émergent ces tendances.

La compétence culturelle dans une discussion élargie sur le déploiement d’un vaccin contre le VIH doit aussi s’appliquer aux personnes qui font usage de drogue. Selon Steffanie Strathdee, ces personnes ont « un système de croyances complexe » et manifestent une « méfiance considérable à l’égard du gouvernement et des autorités ».³² L’implication de personnes qui font ou ont déjà fait usage de drogue est essentielle à la dissémination de messages sur la vaccination contre le VIH parmi cette communauté. Comme l’a noté un informateur clé qui coordonne des pairs intervenants dans une grande ville canadienne, « [n]ous dépendons du développement de relations » pour fournir des services, et « [l]es pairs intervenants y contribuent en grande partie ». Cette position a trouvé écho lors

³¹ Bronheim & Sockalingam, (2003), *A Guide to...Choosing and Adapting Culturally and Linguistically Competent Health Promotion Materials*, op. cit., 3.

³² Steffanie A. Strathdee et coll., (2000), « Factors Associated with Willingness to Participate in HIV Vaccine Trials among HIV-negative Injection Drug Users and Young Gay and Bisexual Men », *AIDS and Behavior* 4 (3) : 276.



du symposium sur les pratiques exemplaires, lors duquel le recours à des pairs pour l'intervention et l'éducation a été cité comme l'un des éléments particuliers et nécessaires à la provision de services aux personnes qui font usage de drogue, au pays. Un informateur s'est dit fortement en faveur que toute intervention auprès de communautés de personnes qui font usage de drogue suive un modèle selon lequel des membres de ce groupe contribuent à résoudre des problèmes communautaires.

La compétence culturelle et la mise à profit de la disposition de la communauté à s'impliquer dans l'élaboration, la mise en œuvre et la dissémination du matériel de sensibilisation du public devraient constituer des pratiques exemplaires élémentaires. Un participant a exprimé l'avis que, dans la sensibilisation du public à propos d'un vaccin contre le VIH, nous devons « [r]econnaître que des populations culturelles distinctes et fortement vulnérables au VIH nécessitent des stratégies distinctes en matière d'intervention, de justice sociale, de prévention et d'éthique ». L'application de ce concept pourrait faire en sorte que la communauté appuie l'intervention et soit au premier plan de sa promotion.

6

Conclusion : des leçons apprises?

Selon l'IAVI et le Futures Institute, même un vaccin partiellement efficace, ayant une faible couverture, aurait le potentiel de réduire de 24 % le nombre de nouvelles infections par le VIH dans les pays à revenu faible et moyen.³³ Au Canada, un tel vaccin pourrait avoir un impact similaire. Pour qu'un vaccin atteigne ce potentiel, il est essentiel que son déploiement soit aussi efficace que possible. Pour ce faire, la sensibilisation à un vaccin contre le VIH et la préparation des communautés à son déploiement sont cruciales. La consultation communautaire et internationale, de même que les entrevues ciblées auprès d'informateurs clés, comme des organismes communautaires, des responsables de la santé publique et des cliniques communautaires, donnent à penser qu'une campagne efficace entourant un vaccin est possible en tirant des leçons des expériences antérieures et en appliquant les pratiques exemplaires identifiées lors des consultations. Le processus consultatif de la SCS a donné lieu à diverses recommandations.

- Les communautés et les cliniciens doivent développer des relations plus solides, permettant une compréhension et un respect mutuels et assurant l'appropriation communautaire à l'égard de toute stratégie de déploiement de vaccin. Ce type de partenariat devrait favoriser une vaste compréhension de la science vaccinale, y compris de la manière dont un vaccin protégerait ou non contre la transmission du VIH.
- Les obstacles à l'accès à un éventuel vaccin contre le VIH, y compris les obstacles géographiques et financiers, doivent être réduits autant que possible. Des lignes directrices pour permettre aux mineurs de consentir à la vaccination sans devoir en informer leurs parents doivent aussi être développées. De plus, la disponibilité d'une vaccination confidentielle et, si possible, anonyme, doit être assurée afin d'offrir à toute personne qui le désire un moyen abordable, anonyme et acceptable de se faire vacciner.
- Les efforts pour réduire et éliminer le stigmatisme et la discrimination liés au VIH, à l'homosexualité, à l'usage de drogue et à l'incarcération doivent être intensifiés et élargis. Le stigmatisme est l'un des facteurs les plus persistants qui font obstacle à la réduction de la transmission du VIH. La réduction du stigmatisme sera essentielle à des discussions et à la sensibilisation concernant l'impact potentiel d'un vaccin contre le VIH sur la capacité de chaque personne de se protéger contre l'infection.

³³ Initiative internationale pour un vaccin contre le sida, (2009), *Estimating the Impact of an AIDS Vaccine in Developing Countries*, Policy Brief 20, (consulté le 9 août 2010 à http://www.iavi.org/Lists/IAVIPublications/attachments/5ebd3b8f-532f-44fa-8bbc-d2d3e14fb2e6/IAVI_Estimating_Impact_of_AIDS_Vaccine_in_Developing_World_2009_ENG.pdf).

- Les normes actuelles de prévention doivent être maintenues, et il est impératif d'intégrer efficacement un éventuel vaccin dans l'arsenal des mesures existantes de prévention du VIH. Le vaccin n'inversera pas l'augmentation des nouvelles infections si le sécurisexe et la réduction des méfaits ne sont pas maintenus à leurs niveaux actuels.
- Des campagnes de sensibilisation du public à un éventuel vaccin contre le VIH doivent être planifiées avec soin et inclure des stratégies d'intervention. Elles doivent être appropriées aux particularités de la culture – ce qui inclut des programmes respectueux, intégrés et conformes aux normes actuelles, en lien avec les sous-populations des HRSH et des hommes gais, des communautés ethnoculturelles et des personnes qui font usage de drogue, au Canada. Fait important, ces programmes doivent réduire le stigmatisme et normaliser les discussions sur le VIH, afin que chaque personne intériorise la nécessité de s'informer à savoir si le vaccin est une stratégie de prévention qui lui convient ou non.

La question centrale de cette recherche consistait à déterminer comment utiliser les connaissances et les expériences existantes pour rehausser la sensibilisation et promouvoir l'acceptabilité d'éventuels vaccins. Nous pouvons le faire en appliquant ces recommandations, et en particulier en consultant les communautés à toutes les étapes du processus. Cela fera en sorte qu'elles s'investissent dans le développement et le déploiement réussis d'un vaccin contre le VIH, et créera des conditions optimales à la mise en œuvre. Pour comprendre les conséquences d'un non-respect des présentes recommandations, il suffit d'évoquer l'échec du Canada à fournir des vaccins contre le VPH et la grippe H1N1 à toutes les personnes qui auraient pu en bénéficier.

Références

Agence de la santé publique du Canada, (2009), *Le VIH et le sida au Canada : rapport de surveillance en date du 31 décembre 2009*, (consulté le 3 décembre 2010 à <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2009/dec/pdf/2009-Report-Rapport.pdf>).

AVAC, (2010), *About Vaccines*. (Consulté le 9 juillet 2010, à <http://www.avac.org/ht/d/sp/i/179/pid/179>).

Bartholow, B. N. et coll., (2005), « HIV Sexual Risk Behavior over 36 Months of Follow-Up in the World's First HIV Vaccine Efficacy Trial », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 39 (1) : 90-101.

Blower, S.M. et coll., (1994), « Prophylactic vaccines, risk behavior change, and the probability of eradicating HIV in San Francisco », *Science* 265 : 1451-1454.

Broadhead, Robert, (2010), « Rejuvenating Harm Reduction Efforts in Ukraine for IDUs: The Impact of Implementing Peer-Driven Interventions Nationwide ». Document présenté lors du congrès SIDA 2010, Vienne, Autriche, 18-23 juillet 2010.

Bronheim Susan et Suganya Sockalingam, (2003), *A Guide to...Choosing and Adapting Culturally and Linguistically Competent Health Promotion Materials*, Washington : Georgetown Center for Child and Human Development et University Center for Excellence in Developmental Disabilities, p. 3.

Cahill, Sean et coll., (2010), *Gay Men and HIV: An Urgent Priority*, New York : GMHC, 2.

Chesney, M.A. et coll., (1997), « Risk behavior for HIV infection in participants in preventive HIV vaccine trials: A cautionary note », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 16 : 266-271.

Ellen, Jonathan M. et coll., (2010), « Community Engagement and Investment in Biomedical HIV Prevention Research for Youth: Rationale, Challenges and Approaches. Baltimore: Division of General Pediatrics and Adolescent Medicine », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (54) S1 : S8.

Friedman, Allison L. et Hilda Sheppard, (2007), « Exploring Knowledge, Attitudes, Beliefs and Communication Preferences of the General Public Regarding HPV: Findings from CDC Focus Group Research and Implications for Practice », *Health Education & Behavior* 34 (3) : 482-83.

Gibson, Nancy et coll., (2005), « Socio-Cultural Factors Influencing Prevention and Treatment of Tuberculosis in Immigrant and Aboriginal Communities in Canada », *Social Science and Medicine* 61 : 931-942.

Graham, Barney et John R. Mascola, (2005), « Lessons Learned from Failure: Preparing for Future HIV-1 Vaccine Efficacy Trials », *Journal of Infectious Diseases* 191 : 647-649.

Haley Nancy et coll., (1998), « A Hepatitis B Vaccination Outreach Project for Street Youth in Montreal », *Canadian Journal of Human Sexuality* 7 (4) :.

Husbands, Winston et coll., (non daté), *MaBwana; Health, Community and Vulnerability to HIV among African, Caribbean and Black Gay and Bisexual Men in Toronto*. Toronto : Conseil africain et caribéen sur le VIH/sida en Ontario et AIDS Committee of Toronto.

Initiative internationale pour un vaccin contre le sida, (2009), *Estimating the Impact of an AIDS Vaccine in Developing Countries*, Policy Brief 20, (consulté le 9 août 2010 à http://www.iavi.org/Lists/IAVIPublications/attachments/5ebd3b8f-532f-44fa-8bbc-d2d3e14fb2e6/IAVI_Estimating_Impact_of_AIDS_Vaccine_in_Developing_World_2009_ENG.pdf).

Instituts de recherche en santé du Canada, (2007), *Lignes directrices des IRSC pour la recherche en santé chez les peuples autochtones*, (lignes directrices complètes, consultées le 9 août 2010, www.cihr-irsc.gc.ca/f/29134.html).

Johnston-Roberts Kathleen et coll., (2005), « HIV Vaccine Knowledge and Beliefs among Communities at Elevated Risk: Conspiracies, Questions and Confusion », *Journal of the National Medical Association* 97 (12) : 1662-1671.

Lampinen, T.M. et coll., (2005), « Sexual risk behaviour of Canadian participants in the first efficacy trial of a preventive HIV-1 vaccine », *Journal de l'Association médicale canadienne* 172 (4) : 482.

Lippman, Abby et coll., (2007), « Virus du papillome humain, vaccins et santé des femmes : questions et avertissements », *Journal de l'Association médicale canadienne* 177 (5) : 484-487.

Marlow, Laura A.V et coll., (2009), « Ethnic Differences in Human Papillomavirus Awareness and Vaccine Acceptability », *Journal of Epidemiological Community Health*, 63 : 1010-1015.

Newman, Peter A. et coll., (2008), « HIV Prevention for Black Women: Structural Barriers and Opportunities », *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 19 : 829-41.

Newman Peter A. et coll., (2003), « HIV risk and prevention in a post-vaccine context », *Vaccine* 22 : 1954-1963.

Newman, Peter A., (2010), « HIV Vaccine Social Research », exposé lors du Symposium de la SCS sur les pratiques exemplaires en préparation à des vaccins, Toronto, ON, 29-30 avril 2010.

Rhodes, S.D. et K.C Hergenrather, (2002), « Exploring Hepatitis B Vaccination Acceptance among Young Men who Have Sex with Men: Facilitators and Barriers », *Preventive Medicine* 35 : 128-134.

Rudy, Ellen T. et coll., (2005), « HIV Vaccine Acceptability among Women at Risk: Perceived Barriers and Facilitators to Future Vaccine Uptake », *AIDS Education and Prevention* 17 (3) : 253-267.

San Sebastian, M. & G.H Bothamley, (2000), « Tuberculosis Preventive Therapy: Perspective from a Multi-Ethnic Community », *Respiratory Medicine* 94 : 648-653.

Short Mary B. et coll., (2010), « Adult Women's Attitudes Toward the HPV Vaccine », *Journal of Women's Health* 19 (7) : 1305-11.

Small, Dan et coll., (2010), « The Washington needle depot: fitting healthcare to injection drug users rather than injection drug users to healthcare: moving from a syringe exchange to syringe distribution model », *Harm Reduction Journal* 7 (1) : 1-12.

Strathdee, Steffanie A. et coll., (2000), « Factors Associated with Willingness to Participate in HIV Vaccine Trials among HIV-negative Injection Drug Users and Young Gay and Bisexual Men », *AIDS and Behavior* 4 (3) : 271-78.

Taylor, Catherine G, (2008), « Counterproductive Effects of Parental Consent in Research Involving LGBTTIQ Youth: International Research Ethics and a Study of a Transgender and Two-Spirit Community in Canada », *Journal of LGBT Youth* 5 (3) : 34-56.

Wagner, Janette, (2009), « Barriers for Hispanic Women in Receiving the Human Papillomavirus Vaccine: A Nursing Challenge », *Clinical Journal of Oncology Nursing* 13 (6) : 671-75.

