

LE FARDEAU ÉCONOMIQUE DU VIH/SIDA AU CANADA

Résumé des constatations et incidences sur les politiques

de

Terry Albert et Gregory Williams

avec la collaboration de
Barbara Legowski et du D^r Robert Remis



Au cours des sept dernières années, le Canada a perdu du terrain dans sa lutte contre l'épidémie du VIH/SIDA. L'infection est en voie de se propager dans des segments plus marginalisés de la population qui sont plus difficiles à atteindre au moyen de programmes de prévention. Le fardeau économique du VIH/SIDA pour la société canadienne est élevé et il continue de s'alourdir.

Il existe un stimulant économique élevé à investir dans la prévention du VIH. L'investissement du Canada à ce titre se chiffre à environ 2 044 \$ par personne atteinte du VIH/SIDA, comparativement à 3 900 \$ en Grande Bretagne. Les Britanniques ont mieux réussi à contrôler l'épidémie, puisqu'environ 48 personnes par tranche de 100 000 habitants sont atteintes du VIH/SIDA. Au Canada, on compte 129 personnes infectées par le VIH/SIDA par tranche de 100 000 habitants. Au cours des cinq prochaines années, un montant de 4 milliards de dollars pourrait être épargné si le Canada parvenait à contrôler plus efficacement l'épidémie.

Afin de mieux maîtriser l'épidémie, le Canada devra améliorer ses activités de surveillance et d'analyse en créant un réseau national stratégique de sentinelles d'observation et il devra investir davantage dans des programmes de prévention et d'action communautaire pour atteindre les personnes qui sont les plus vulnérables à l'infection.

Il est devenu manifeste que la marginalisation économique et sociale contribue à alimenter cette épidémie. Cette situation rend urgente la mise au point d'un cadre de politiques qui englobera les ministères à vocation économique et sociale et qui mettra l'accent sur des interventions « à l'échelle de la communauté ».

Points saillants

- On compte environ 40 000 personnes infectées par le VIH au Canada.
- Le nombre de nouveaux cas d'infection (incidence) par année a grimpé de 33 p. 100 au cours des cinq dernières années, passant de 2 700 à 4 000 cas.
- L'épidémie s'est déplacée pour atteindre des segments marginalisés de la population : des utilisateurs de drogues injectables, de jeunes homosexuels, des autochtones et des femmes vulnérables.
- Le coût de l'épidémie à ce jour se chiffre à environ 36,4 milliards de dollars.
- Les coûts de traitement sur la durée de vie d'une personne infectée par le VIH s'établissent à 153 000 \$.
- Le Canada a dépensé une somme évaluée à 83 millions de dollars provenant de sources publiques et privées en 1996 pour prévenir la propagation de l'infection par le VIH.
- Un contrôle efficace de l'épidémie et une réduction du nombre de nouvelles infections à 1 700 cas par année au Canada en 2001 permettraient

Introduction

En 1990, la fiche de l'épidémie du VIH/SIDA faisait état de progrès impressionnants. Les investissements dans la prévention réalisés dans les années 80 avaient porté fruit et la propagation du fléau accusait un ralentissement. L'incidence de l'infection au VIH chez les homosexuels était tombée de moitié par rapport au sommet atteint en 1985 et elle était demeurée stable entre 1987 et 1990.

Depuis 1990, la maladie a gagné du terrain surtout par suite de l'émergence d'une nouvelle tendance qui a touché des segments plus jeunes et plus marginalisés de la population, parmi lesquels on compte des utilisateurs de drogues injectables (UDI), des autochtones, des femmes et de jeunes homosexuels. La propagation de l'infection dans le groupe à risque des UDI était théoriquement prévisible, puisque les auteurs d'un document de recherche publié dans le périodique *Public Health Reports* en 1988 faisaient état de « la possibilité méconnue d'une augmentation rapide des cas d'infection » et qu'ils soulignaient qu'une « explosion silencieuse parmi les utilisateurs de drogue intraveineuse pourrait survenir bien avant qu'une hausse du nombre de cas d'infection par le virus du SIDA associée à la consommation de drogues injectables ne devienne perceptible » (Dondero et coll., 1988). L'augmentation de l'incidence parmi les jeunes homosexuels en a pris plusieurs au dépourvu. Les deux groupes ont deux choses en commun – la marginalisation et un risque élevé de contracter le VIH. Les deux groupes représentent aussi des voies de propagation de l'infection par le VIH dans d'autres segments de la population. On a probablement trop tardé à répondre aux besoins en prévention de ces deux groupes, comme en témoignent les niveaux d'incidence plus élevés mentionnés dans notre étude.

Il faut tirer des enseignements de cette perte de terrain dans la lutte contre l'épidémie du VIH/SIDA, car les répercussions de l'inaction ou de l'adoption de mesures non indiquées pourraient être très sérieuses. La conception d'un troisième volet de la Stratégie nationale sur le SIDA offre la possibilité d'éviter les erreurs du passé et de s'orienter vers une stratégie véritablement intégrée fondée sur les principes de l'application des meilleures pratiques et du déploiement d'efforts en amont. Il sera cru-

cial d'améliorer la surveillance afin de lancer des attaques préventives au tout début de l'épidémie. Le message essentiel qui se dégage de ces constatations est donc le suivant : les efforts de surveillance et de prévention doivent être aussi dynamiques que la maladie elle-même.

Principales constatations

Les nouvelles techniques de recherche utilisées dans le cadre de l'Initiative nationale de recherche économique sur le VIH/SIDA (voir la page couverture arrière) qui est coordonnée par les RCRPP ont permis de constituer une base solide de données pour appuyer les décisions à prendre dans la prochaine étape de la Stratégie nationale sur le SIDA. Plusieurs autres éléments pourront être ajoutés lorsque les conclusions de tous les projets commandés par Santé Canada dans le contexte de cette initiative deviendront disponibles au printemps de 1998. Pour l'instant, les principales constatations sont les suivantes :

1. Nouvelles tendances de l'épidémie

L'épidémie a pris de l'ampleur : l'incidence de l'infection par le VIH est de nouveau à la hausse et l'infection se propage parmi des segments plus jeunes et plus marginalisés de la population. L'âge médian de l'infection est maintenant de 23 ans et plusieurs jeunes Canadiens deviennent infectés par le virus dès leur adolescence (Laboratoire de lutte contre la maladie [LLCM], 1996). La prévalence du VIH a atteint un sommet sans précédent – près de 40 000 personnes sont atteintes du VIH/SIDA (tableau 1) et le nombre annuel de nouvelles victimes (incidence) a grimpé de 33 p. 100 au cours des cinq dernières années, passant de 2 700 à 4 000 cas par année (Remis, 1997). La majeure partie de cette augmentation (86 p. 100) est attribuable aux utilisateurs de drogues injectables et aux jeunes homosexuels. On observe aussi des indices d'une augmentation de l'incidence chez les autochtones et les femmes.

2. Nouveaux segments de la population touchés

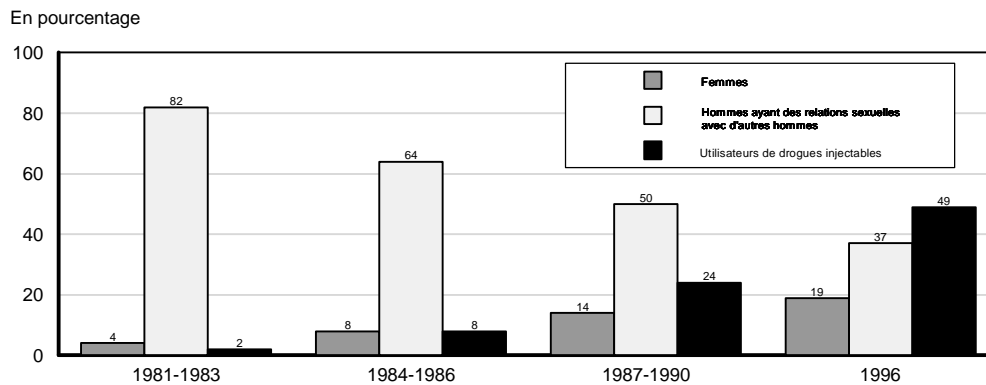
L'épidémie se propage à de nouveaux segments de la population – des consommateurs de drogues, des autochtones, de jeunes homosexuels et des femmes vulnérables – constitués de personnes qui vivent à la marge de la société (graphique 1). Ils sont difficiles à atteindre et ils



Tableau 1**Estimation de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 1996**

	Utilisateurs de drogues injectables	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes	Hétérosexuels	Autres	Total
Prévalence (nombre de personnes atteintes du VIH/SIDA)	6 100	25 100	7 300	300	38 900 (35 700-41 900)
En proportion du total	16	65	19	<1	
Incidence (nombre de personnes nouvellement infectées)	1 950	1 470	500	20	3 940 (2 950-4 900)
En proportion du total	49	37	13	<1	

Source : D^r Chris Archibald, Laboratoire de lutte contre la maladie, en collaboration avec les RCRPP.

Graphique 1**Incidence du VIH au Canada suivant trois groupes à risque**

Nota : Comparaisons fondées sur des rétrocalculs.

Source : D'après des données présentées par le D^r Chris Archibald, du LLCM, lors de la réunion de 1997 de l'Association canadienne de recherche sur le VIH.

échappent à la portée des techniques actuelles de surveillance et de prévention de la propagation de l'épidémie. En somme, l'épidémie est devenue plus complexe.

3. Fardeau économique élevé

Le fardeau économique s'alourdit considérablement parce que le nombre de cas est à la hausse, les personnes atteintes du virus vivent plus longtemps et les nouveaux traitements sont plus onéreux. La facture totale à ce jour se chiffre à environ 36 milliards de dollars, soit

Tableau 2			
Coûts à ce jour de l'épidémie du VIH/SIDA au Canada			
	Décès attribuables au SIDA ^a	Population atteinte	Total
		(en milliards de \$)	
Coûts directs	0,97	5,4 ^b	6,4
Coûts indirects	6,60	23,3	29,9
Total	7,60	28,7	36,3

a Fondés sur 11 000 décès à ce jour au Canada.
b Comprend une combinaison des coûts pré-TARFI et TARFI (traitements antiretrovirus à forte intensité).

Tableau 3				
L'ancien et le nouvel épisode du VIH/SIDA				
	Durée	Coûts (directs) des soins de santé	Coûts indirects ^a (perte de productivité)	Total des coûts
	(années)		(en dollars)	
Ancien épisode (pré-TARFI) ^b	11	67 000	600 000	667 000
Nouvel épisode (TARFI)	17	153 000	600 000 ^c	753 000
Variation (en pourcentage)	+54	+127	--	

a Fondés sur l'estimation canadienne mise au point par Hanvelt et coll. (1994) au Centre d'excellence de la Colombie-Britannique sur le VIH/SIDA.
b Ces estimations sont fondées sur des données obtenues de John Gill et Bill Davidson, de la Southern Alberta Clinic, qui relève de l'autorité sanitaire régionale de Calgary.
c L'estimation des coûts indirects n'a pas été corrigée pour tenir compte du nouvel épisode.

près de 1 200 \$ par personne au Canada (tableau 2). Le nouvel épisode d'infection par le VIH qui sévit actuellement a une durée plus longue et les coûts directs en soins et en traitements sont dans l'ensemble beaucoup plus élevés maintenant qu'ils ne l'étaient auparavant (tableau 3). Des économies financières de l'ordre de 4 milliards de dollars pourraient être réalisées entre 1997 et 2001 si le scénario du statu quo était remplacé par un contrôle épidémique plus efficace. Ce qui importe davantage, on a évalué les augmentations de coût à quelque 7,5 milliards de dollars au cours de cette période de cinq ans si l'épidémie devait

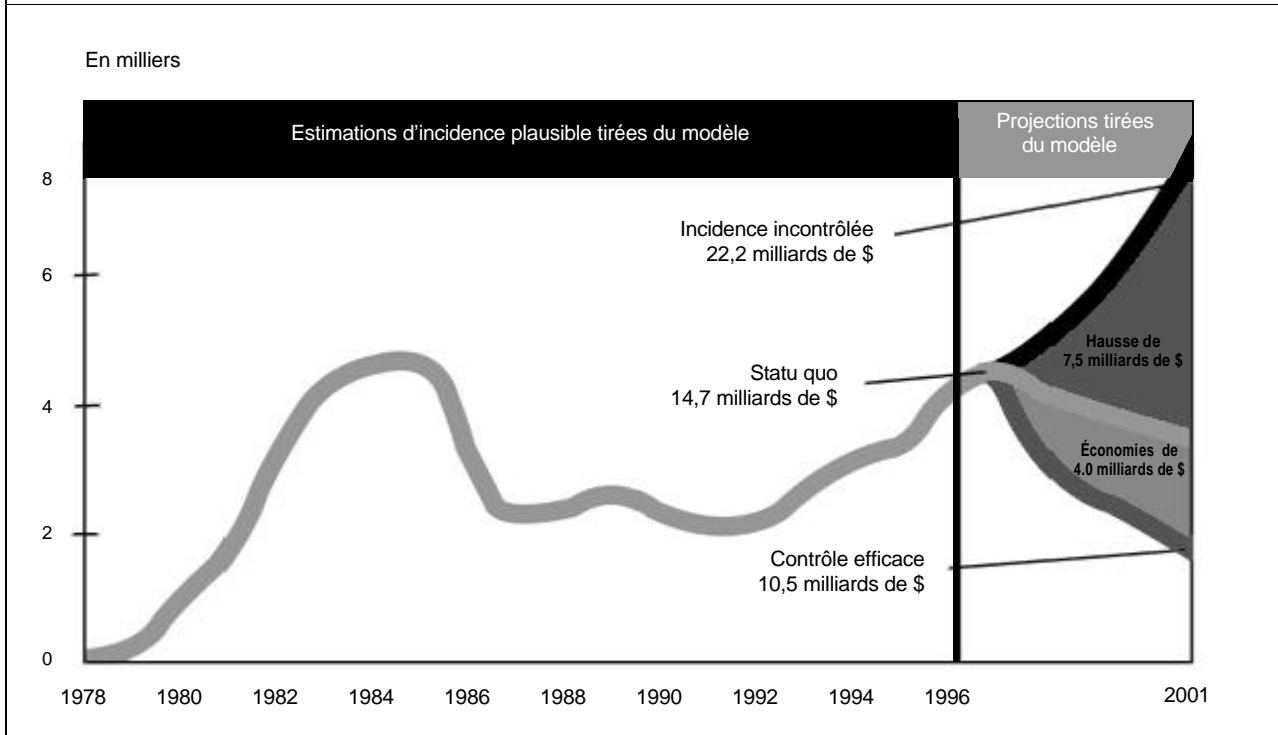
passer du statu quo à une situation incontrôlée (graphique 2).

4. Pertes de productivité et nouveaux traitements

Dans la mesure où les nouveaux traitements antirétrovirus à forte intensité (TARFI) permettent aux personnes infectées par le VIH de revenir à des modes de vie normaux, le fardeau économique – en termes de perte de productivité et de participation à la vie de la société – se trouve réduit. Si les techniques de TARFI permettent d'allonger la période de vie productive des personnes atteintes du VIH/SIDA de

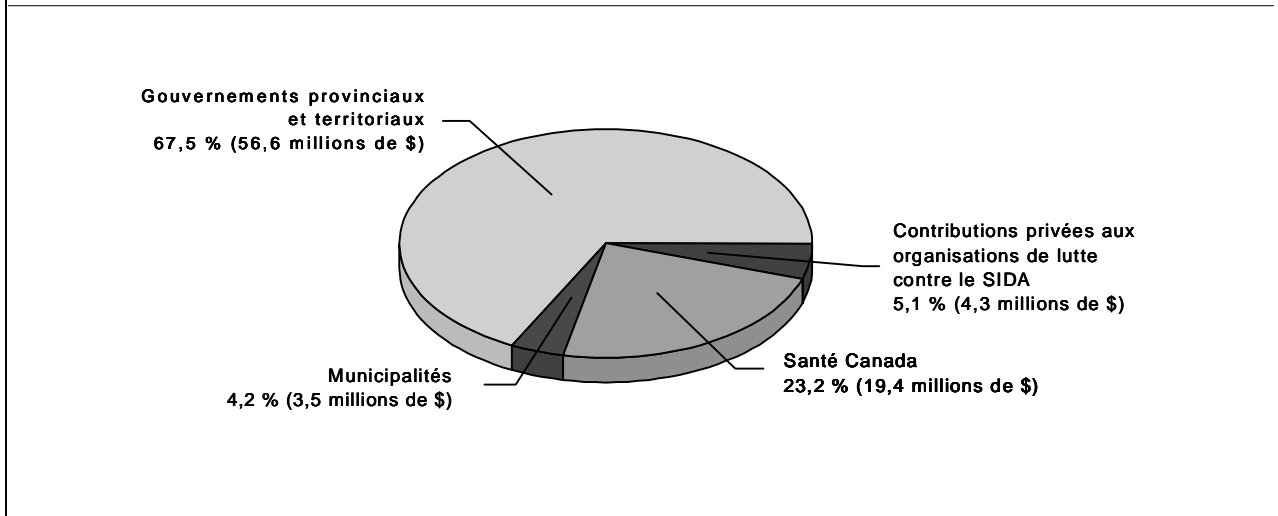
Graphique 2

Incidence historique du VIH au Canada et trois scénarios plausibles d'infection d'ici l'an 2001



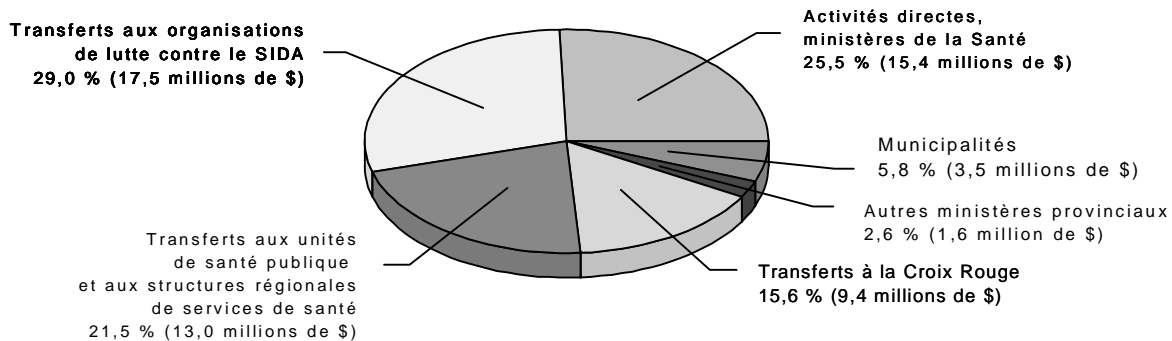
Graphique 3

Total estimatif des dépenses canadiennes consacrées aux programmes de prévention et d'action communautaire axés sur le VIH/SIDA, 1996-1997



Graphique 4

Dépenses estimatives des gouvernements provinciaux, territoriaux et municipaux consacrées aux programmes de prévention et d'action communautaire, 1996-1997



15 p. 100, les économies réalisées en matière de coûts indirects permettront d'éponger la hausse des coûts de traitement¹. Ces coûts indirects du VIH/SIDA dépassent largement les coûts des soins, des traitements et de la prévention.

5. Fardeau économique et mesures de prévention

Il existe un fort stimulant économique à investir dans les programmes de prévention et d'action communautaire axés sur le VIH. Le Canada a investi plus de 80 millions de dollars dans ces programmes en 1996 (graphique 3). Des 60 millions de dollars investis par les provinces, les territoires et les municipalités, une proportion d'environ 29 p. 100 fut versée à des organismes communautaires de lutte contre le SIDA (graphique 4). Au niveau fédéral, Santé Canada a investi à l'échelle communautaire près de 52 p. 100 de son budget total consacré à la prévention et à l'action communautaire (graphique 5). Le Canada a investi environ 2 044 \$ par personne victime du VIH, comparativement à 3 897 \$ en Grande-Bretagne et à 1 300 \$ aux États-Unis (tableau 4).

6. Le Canada dans une optique internationale

Le contrôle d'une épidémie d'infection par le VIH n'est pas qu'un rêve chimérique. Ainsi, la

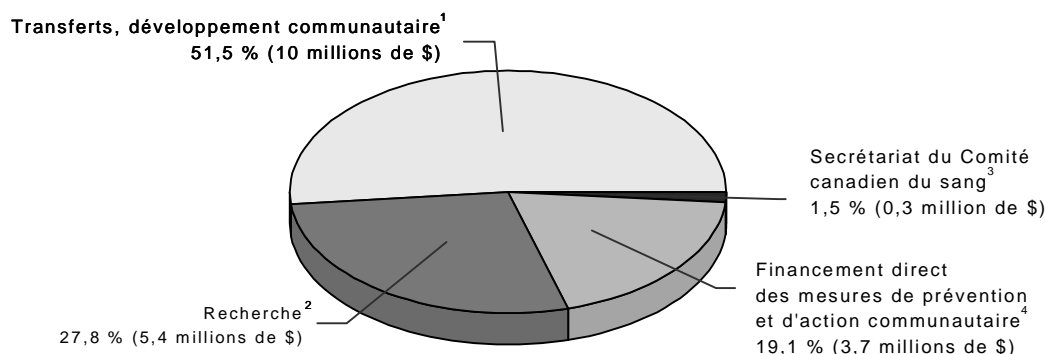
Grande-Bretagne s'est engagée de façon soutenue et déterminée dans des activités de prévention au fil du temps. Les sommes consacrées à la prévention par personne atteinte de la maladie sont beaucoup plus élevées dans ce pays qu'elles ne le sont au Canada, mais les résultats semblent indiquer que l'épidémie a atteint des proportions beaucoup moindres en Grande-Bretagne – 48 personnes atteintes du VIH/SIDA par tranche de 100 000 habitants, comparativement à 129 personnes par tranche de 100 000 habitants au Canada (tableau 4). Les succès remportés en matière de prévention des infections ont pour effet de réduire l'investissement total à faire dans les soins et les traitements donnés aux victimes de la maladie, tout en diminuant les souffrances et les pertes de productivité engendrées par le décès de personnes encore relativement jeunes.

L'exemple fourni par les États-Unis se situe à l'autre extrême. Les investissements des Américains dans les programmes de prévention et d'action communautaire par personne atteinte de la maladie sont beaucoup moindres que ceux effectués au Canada, et l'épidémie dans ce pays a une taille deux fois plus élevée que celle du Canada, atteignant le niveau de 270 personnes par tranche de 100 000 habitants (tableau 4). Donc, le Canada ne devrait pas



Graphique 5

Dépenses de Santé Canada consacrées aux programmes de prévention et d'action communautaire axés sur le VIH/SIDA, 1996-1997



- 1 Comprend les fonds versés aux infrastructures des ONG, les transferts aux programmes d'action communautaire axés sur le SIDA (dont certaines activités de soutien et de soins), et des initiatives mettant en cause le Service correctionnel Canada, la Société canadienne du SIDA et la Société canadienne de l'hémophilie.
- 2 Comprend 25 p. 100 des subventions totales du Programme national de recherche et développement en matière de santé, les budgets consacrés à l'épidémiologie et à la surveillance, et les programmes de sécurité du sang.
- 3 On suppose que la moitié du budget total du Comité canadien du sang a été consacré au VIH jusqu'en 1991-1992, lorsque le VIH était en voie de devenir une nouvelle préoccupation en tant qu'agents pathogènes dans le sang; à compter de 1993-1994, comprend les dépenses totales du secrétariat du Comité canadien du sang.
- 4 Comprend le programme du « VIH en milieu de travail » et le financement des programmes destinés aux premières nations et aux Inuits.

utiliser les États-Unis comme point de référence pour des activités de prévention efficaces.

L'investissement dans des programmes de prévention bien ciblés et étroitement reliés à un réseau de surveillance bien structuré pourrait contribuer à réaliser un contrôle efficace de l'épidémie et des économies de l'ordre d'environ 4 milliards de dollars au cours des cinq prochaines années. Des investissements de départ dans la prévention de l'infection au VIH sont nécessaires pour permettre la réalisation de ces retombées positives éventuelles.

Ces constatations débouchent sur deux ensembles de conclusions qui sont fortement pertinentes pour le volet de la Stratégie nationale sur le SIDA qui débutera en 1998-1999. Cette stratégie devra comprendre des initiatives concernant la recherche clinique et les soins et les traitements donnés couramment aux personnes infectées par le VIH, afin d'édifier la base de connaissances nécessaires pour trouver des remèdes et améliorer les soins.

Mais, si le Canada doit reprendre le contrôle de l'épidémie d'infection par le VIH, il devra progresser sur deux fronts :

- Premièrement, la Stratégie nationale devra permettre d'améliorer considérablement les techniques de surveillance d'une épidémie qui est largement soustraite aux regards des observateurs.
 - Deuxièmement, la Stratégie nationale devra accorder une priorité beaucoup plus élevée (sous forme de financement et d'esprit d'initiative) aux investissements fondés sur les besoins véritables en matière de prévention et d'action communautaire, en ciblant les segments marginalisés de la population qui sont tellement vulnérables à l'heure actuelle à l'infection par le VIH.
- Dans les deux cas, les gouvernements, les collectivités et la société sont confrontés au défi complexe de s'adresser à des personnes qui vivent en marge de la société. Il s'agit en bonne partie de personnes qui ne sont pas à l'écoute ou ne prennent pas connaissance des messages émis par les

Tableau 4

Profil comparatif des dépenses consacrées aux programmes de prévention et d'action communautaire axés sur le VIH/SIDA

	Population totale ^a (en millions de personnes)	Dépenses du secteur public : programmes de prévention et d'action communautaire (en millions de \$ CAN)	Estimations des dépenses par habitant (en \$ CAN)	Prévalence du VIH (1996)	Prévalence du VIH par tranche de 100 000 habitants	Dépenses par personne atteinte (en \$ CAN)
Canada	29,9	79,5	2,65	38 900 ^b	129	2 044
Australie	17,8	47,3 ^c	2,64	19 661 ^d	109	2 407
États-Unis	268,5	975,0 ^e	3,64	750 000 ^f	270	1 300
Grande-Bretagne	58,9	110,8 ^g	1,88	28 477 ^h	48	3 897

- a Les données de population pour la Grande-Bretagne et l'Australie sont fondées sur les chiffres de 1993-1994, sur lesquels les taux de croissance de 1993-1994 furent appliqués (composés). Source : Organisation de coopération et de développement économiques, *Statistiques de la population active, 1974-1994*, OCDE, Paris, 1996.
- b D' Chris Archibald, Laboratoire de lutte contre la maladie, en collaboration avec les RCRPP.
- c Source : Public Health Education Unit, Commonwealth Department of Health and Family Services. Les estimations comprennent le financement provenant du gouvernement du Commonwealth, auquel s'ajoutent les contributions des États et des territoires. Les dollars australiens furent multipliés par 1,08.
- d Infections par le VIH. Source : Public Health Education Unit, Commonwealth Department of Health and Family Services.
- e Comprend des dépenses de 500 millions de dollars US par le Centre for Disease Control, auxquelles s'ajoute une estimation très conservatrice de dépenses de 250 millions de dollars US par les États. Le total ne comprend pas l'investissement privé ni celui des National Institutes of Health. Les dollars américains furent multipliés par 1,3.
- f L'estimation de la prévalence est tirée de S. D. Holmberg (1996), « The Estimated Prevalence and Incidence of HIV in 96 Large US Metropolitan Areas », *American Journal of Public Health*, vol. 86.
- g Source : *AIDS Newsletter*, 1996, vol. 12, n° 1, section 32, p. 7. Les livres sterling furent multipliés par 2,12.
- h Infections par le VIH. Source : P. Aggleton (1997), « Success in HIV Prevention », *AVERT*, West Sussex, Angleterre.

voies traditionnelles de la société et, lorsqu'elles le font, elles rejettent ces messages en raison d'un sentiment de méfiance ou de désespoir.

Le contexte des politiques

Parfois, j'ai l'impression que les choses se passent ainsi. Je me vois debout sur la rive d'une rivière au courant rapide et j'entends les cris d'un homme en voie de se noyer. Je me jette alors à la rivière, je passe mes bras autour de lui, je le ramène au rivage et je pratique la respiration artificielle. Juste au moment où il commence à respirer, j'entends un autre appel à l'aide. Je plonge donc encore une fois dans la rivière, je saisis la victime, je la ramène sur la rive, je lui donne la respiration artificielle et puis, juste au moment où la personne recommence à respirer,

j'entends un autre appel au secours. Je me retrouve donc de nouveau dans la rivière, j'attrape la victime, je la ramène et, après l'avoir réanimée, j'entends un autre cri. Et le scénario se répète ainsi sans arrêt. Comme vous pouvez le constater, je suis tellement occupé à répéter sans cesse les mêmes étapes de l'opération de sauvetage que je n'ai pas le temps d'aller voir en amont quel est l'idiot qui précipite toutes ces personnes à la rivière (McKinlay, 1990).

La société canadienne a subi des transformations socio-économiques profondes au cours des cinq à sept dernières années. La combinaison de technologies nouvelles et d'une concurrence mondiale a contribué à polariser le marché du travail en fonction de bons et de mauvais emplois, et des coupures dans le filet de sécurité sociale ont eu pour effet de refouler un plus grand nombre de personnes à la marge de la société (Betcherman et



Lowe, 1997; Maxwell, 1996). En général, les amortisseurs de chocs sociaux sont moins nombreux et, pour plusieurs, les voies d'accès à une vie meilleure sont inexistantes.

Les Canadiens sont préoccupés par cette polarisation – obligeant ainsi les gouvernements, entre autres, à accorder une priorité plus élevée à la solution des problèmes de pauvreté chez les enfants et de chômage parmi les jeunes. Les défis actuels que soulève le contrôle de l'épidémie du VIH/SIDA sont très étroitement liés à la pauvreté et à l'absence d'espoir parmi les groupes marginalisés de la société – notamment, les femmes vulnérables et les jeunes gens. Le danger d'être infecté par le VIH n'est que l'un des multiples risques – dont la toxicomanie, le chômage, le fait d'être sans abri, la violence, le crime, et ainsi de suite – qui menacent le « bien-être » de ce segment défavorisé de la population.

Les liens entre les conditions socio-économiques et l'état de santé des personnes s'étendent bien au-delà d'une simple question d'idéologie et de conjecture. Des recherches effectuées au Manitoba ont permis de démontrer que les régions où l'état de santé des résidents était le plus précaire étaient aussi celles où les scores des résidents étaient les plus faibles sur le plan des indicateurs de risque socio-économique (Cohen, 1995). De mauvaises conditions de logement, des personnes en chômage dans tous les groupes d'âge, des gens de tous âges qui n'ont pas terminé leurs études secondaires et des familles monoparentales dirigées par une femme sont autant de caractéristiques qui ont pour effet d'augmenter les risques d'un mauvais état de santé. Les résidents de ces régions ont un bon accès aux services de soins de santé. Une bonne partie des écarts sur le plan de l'état de santé peuvent s'expliquer par la présence d'un nombre limité d'éléments socio-économiques (Mustard et Frohlich, 1995).

Des indicateurs socio-économiques peuvent aussi servir à prévoir les risques de maladies infectieuses, y compris l'infection par le VIH. Une analyse du comportement d'homosexuels non-porteurs du VIH a permis de déterminer que les preneurs de risques compris dans l'étude étaient à la fois plus jeunes et à revenu moins élevé que ceux qui ne prenaient pas de risques (Hogg et coll., 1993). Au Québec, les mères infectées par le VIH habitent dans des régions où les indices de revenu sont inférieurs à la médiane provinciale du Québec

(Hankins et coll., 1990). À l'intérieur de la collectivité des personnes infectées par le VIH, les conditions socio-économiques avant de contracter l'infection représentent une variable prédictive du rythme de progression de la maladie et du taux de survie (Schechter et coll., 1994; Hogg et coll., 1994). Par exemple, on a pu observer que la perte de poids rapide (en tant que signe avant-coureur possible du SIDA) subie par des homosexuels porteurs du VIH dont le revenu était inférieur à 10 000 \$ par année avait été beaucoup plus accentuée que celle de leurs homologues plus fortunés (Voight, 1994). En bref, de faibles scores associés à des indicateurs de risques socio-économiques révèlent non seulement que certains sous-groupes de la population sont exposés à des dangers plus élevés d'infection par le VIH mais aussi que le rythme auquel ces personnes tomberont malades et mourront après avoir été infectées par le virus a tendance à s'accélérer.

Pour réussir à contrôler la vague actuelle de l'épidémie, il faudra mettre l'accent sur tous les éléments socio-économiques qui ont une influence sur l'état de santé de ces sous-groupes de la population. Le cadre de référence idéal en matière de politiques devra être fondé sur une approche intégrée mettant en cause un grand nombre d'organismes gouvernementaux (des organismes et des instances législatives) et d'organisations communautaires. Une meilleure coordination permettrait de réduire le nombre de cas où des ministères gouvernementaux élaborent des politiques qui compromettent les efforts déployés par d'autres. Un excellent exemple est celui de la tension qui existe entre le système de justice criminelle et les ministères de la santé en ce qui concerne la consommation de drogues par injection. Les programmes d'échange de seringues visent à réduire le risque de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues. Puisque l'utilisation de ces seringues pour l'injection de drogues illicites est une infraction criminelle, les agents chargés de l'application de la loi traquent parfois les clients des programmes d'échange de seringues, les décourageant ainsi de faire appel à un service qui permet de réduire les risques d'infection².

Dans un premier temps menant à l'élaboration d'une nouvelle stratégie sur le VIH/SIDA, il faudra mieux comprendre les obstacles organisationnels qui entravent l'application d'une politique de santé de la population. Comme Greg Stoddart (1996) l'a souligné, « il faudra élaborer de nouvelles

alliances et de nouveaux partenariats dans le domaine des politiques ». Il poursuit en indiquant que les ministères appliquent les connaissances acquises au sujet des éléments déterminants de la santé d'une façon « verticale » dans leur propre secteur de politiques et qu'ils négligent donc de tenir compte des liens horizontaux qui sont indispensables pour appliquer des politiques efficaces.

La structure du Comité fédéral-provincial-territorial (FPT) qui fonctionne dans le cadre de la Conférence des ministres de la Santé a servi de mécanisme de coordination pour les questions de santé, qui relèvent de la compétence des ministères de la santé (dont certains sont responsables aussi des services sociaux et communautaires). Toutefois, le problème découle du fait que des questions de santé de la population comme le VIH/SIDA ne sont pas et ne peuvent pas être du seul ressort des ministères de la santé. Le Comité consultatif FPT devrait donc comprendre parmi ses membres au moins des représentants des ministères de la justice, de l'habitation, de l'éducation et de l'emploi.

Le rôle des gouvernements consiste à établir des cadres de politiques, à surveiller les progrès accomplis et à assurer le financement et la prestation de services de traitement et de prévention. Mais les interventions sur place dépendent de façon cruciale des organismes communautaires. Les interventions au niveau communautaire se sont révélées très efficaces comme moyen d'atteindre les personnes à haut risque d'être infectées par le VIH. La plupart de ces organisations ont vu le jour lorsque la communauté homosexuelle s'est mobilisée pour faire face à la première et à la seconde vague de l'épidémie dans les années 80. Elles ont été remarquablement efficaces dans leur mission de s'occuper des leurs, mais si elles doivent demeurer à la fine pointe du mouvement, elles devront trouver des moyens d'aider les utilisateurs de drogues injectables, les jeunes, les femmes démunies et les autochtones qui sont aux prises avec la troisième vague de l'épidémie. Les gouvernements doivent surveiller l'action des organismes communautaires actuels de lutte contre le SIDA et déterminer s'ils doivent promouvoir l'établissement de nouvelles infrastructures en milieu communautaire – et, le cas échéant, à quel endroit – afin d'atteindre les groupes les plus vulnérables de la population.

Nécessité d'établir de nouveaux réseaux de surveillance

Manifestement, il importe au plus haut point de se maintenir dans la mesure du possible à la fine pointe de cette épidémie insaisissable. Quelles sont les meilleures pratiques que nous pourrions définir et rendre fonctionnelles pour appuyer ces efforts ? L'une des avenues possibles est celle de l'élaboration d'un système national, structuré et stratégique de surveillance au moyen de sentinelles. Par définition, une sentinelle est « une personne qui fait le guet » afin de prévenir les attaques surprises (dictionnaire Larousse, 1991).

La surveillance est actuellement assurée à l'échelle nationale, provinciale et régionale par l'intermédiaire de plusieurs mécanismes et techniques³. Une bonne partie des données et des renseignements recueillis font l'objet d'échanges entre les intervenants, mais ces échanges ne se font pas d'une façon intégrée et systématique. Dondero et coll. (1988) ont signalé que :

Pour surveiller les niveaux et les tendances d'une situation comme celle de l'infection par le VIH, qui n'est pas évaluée d'une façon régulière ou complète, il est préférable de pouvoir compter sur des renseignements de qualité recueillis à partir de conditions normalisées dans un nombre limité d'endroits au lieu de s'en remettre à des données recueillies un peu partout et sans coordination.

Parmi des exemples de sentinelles d'observation qui seraient pertinentes dans le contexte de l'épidémie actuelle au Canada figureraient les suivantes : des hôpitaux choisis, les cliniques de soins de santé pour les femmes, les centres de traitement de la toxicomanie, les maisons d'hébergement pour sans abri, les banques alimentaires et les centres de distribution de repas gratuits, les programmes d'échange de seringues, les pratiques de médecins spécialisés dans le traitement du SIDA, les réserves autochtones, les prisons et les centres de détection du VIH. De plus, l'analyse des résultats d'autres études portant sur le VIH contribuerait aussi à maintenir le cap sur la fine pointe de l'évolution de l'épidémie. Par exemple, deux études en cours de réalisation dans le cadre de l'Initiative nationale de recherche sur le VIH/SIDA ont permis de mettre en relief un aperçu saisissant



du niveau de l'épidémie au sein de la communauté autochtone⁴. Des études dans lesquelles on suivrait l'évolution de cohortes de groupes à risque pourraient aussi servir de sentinelles d'observation cruciales.

Plusieurs des sites de surveillance nécessaires existent déjà à l'heure actuelle, mais ils ne sont pas formellement intégrés à un cadre national et une stratégie de surveillance. En bout de ligne, cet ensemble structuré de sites servant de sentinelles d'observation formerait un réseau de surveillance très efficace pour éclairer les décisions concernant des politiques, des programmes et des mesures de prévention opportunes et bien ciblées. La création de ce réseau devrait être l'un des objectifs principaux de la prochaine étape de la Stratégie nationale sur le SIDA.

Prévention du VIH : l'importance d'utiliser les meilleures pratiques

Greg Stoddart (1996) a fait observer que :

Des politiques précises n'émanent toutefois pas de cadres de référence mais de constatations au sujet des types d'interventions qui fonctionnent bien dans le contexte de différentes cibles et de divers groupes de personnes. À ce niveau de détail, nos connaissances des interventions efficaces semblent tirer de l'arrière par rapport à nos connaissances des éléments déterminants.

Nos connaissances au sujet de l'efficacité des interventions en matière de prévention du VIH sont très limitées. L'épidémie du VIH/SIDA a contribué à repousser les limites de la capacité existante à réagir et, à l'occasion, il est nécessaire d'agir rapidement en se fondant sur des données et des constatations très fragmentaires. Donc, les mesures de prévention ont progressé à un rythme beaucoup plus rapide que celui des recherches en matière d'évaluation qui ont entouré ces pratiques. Les gouvernements ont la responsabilité d'investir dans les deux volets que sont les programmes de prévention et la recherche; les travaux de recherche permettront d'isoler les programmes qui fonctionnent bien par rapport à ceux qui ne fonctionnent pas, et de déterminer les raisons pour lesquelles il en est ainsi dans les deux cas.

Le principal objectif visé est maintenant de déterminer les caractéristiques majeures des meilleures pratiques afin de s'assurer que les ressources disponibles pour la prévention du VIH seront utilisées pour maximiser le nombre de cas d'infection évités.

Les meilleures pratiques devraient s'inscrire dans un cycle de surveillance, d'intervention et d'évaluation qui permettrait de réagir à la dynamique de l'épidémie. Des renseignements obtenus par l'intermédiaire des mécanismes de surveillance pourront servir à éclairer le choix des mesures de prévention et permettre la conception et l'utilisation de mesures d'intervention opportunes avant qu'il ne soit trop tard. Cette surveillance permettra de localiser et de contenir les « braises » de l'épidémie, et d'éviter que celles-ci ne s'embrasent pour dégénérer en un violent feu de forêt incontrôlable. Le modèle des meilleures pratiques indique que, pour les groupes à haut risque, le nombre de cas d'infection prévenus est maximisé lorsque les mesures de prévention sont déployées dès le début ou à un moment où la prévalence du VIH est faible dans le groupe en question (Kahn, 1996).

Il est des plus urgent de déterminer les meilleures pratiques au moment de cibler les programmes de prévention sur les groupes difficiles à atteindre qui sont les plus vulnérables à ce genre d'épidémie. Les gouvernements et les organisations communautaires doivent connaître les méthodes, les conceptions et les structures optimales qui permettront d'assurer la prestation et le maintien de services efficaces de prévention du VIH. Il y a beaucoup à apprendre des succès remportés par les programmes de prévention qui ont contribué à persuader les homosexuels de modifier leur comportement pendant les années 80, des riches expériences menées par les organisations communautaires de lutte contre le SIDA qui ont vu le jour dans toutes les collectivités importantes du pays pendant les années 80 et des réussites observées à l'échelle internationale. Dans plusieurs cas, il se peut fort bien que ces mêmes organisations soient bien placées pour atteindre un ou plusieurs de ces groupes : les jeunes homosexuels, les consommateurs de drogue, les marginaux des rues, les autochtones et les femmes vulnérables. Dans d'autres cas, toutefois, il sera peut-être nécessaire de promouvoir l'établissement de nouveaux types d'organisations communautaires pour atteindre ces groupes.

Par ailleurs, les enseignements tirés des études portant sur la santé de la population donnent à penser que plusieurs des interventions les plus réussies seront celles qui seront menées à l'échelon communautaire :

Une intervention communautaire est une action visant à modifier l'ensemble de la collectivité par l'intermédiaire d'une activation et d'une organisation à l'échelle de la communauté, par opposition à des interventions qui se font simplement en milieu communautaire dans le but de tenter peut-être de modifier des comportements individuels (Patrick et Wickizer, 1995, cité dans Lomas, 1997).

La distinction entre « à l'échelle communautaire » et « en milieu communautaire » est importante. Il est manifeste que les amortisseurs de premier ordre contre l'infection par le VIH comprennent un foyer stable, un emploi et une bonne scolarité. Lorsque de jeunes gens ne disposent de ces amortisseurs, ils se retrouvent dans la rue et commencent à adopter des comportements risqués. Les amortisseurs de deuxième ordre seront alors probablement les services d'aide aux jeunes qui permettent de leur offrir un logement sûr, un encadrement, des programmes de lutte contre la toxicomanie, une chance de participer à un programme de formation, de retourner à l'école et/ou de décrocher un emploi. Des organismes individuels en milieu communautaire sont en mesure d'offrir et offrent un ou plusieurs de ces types d'amortisseurs à leur clientèle, mais une présence à l'échelle communautaire sera indispensable pour faire en sorte que les jeunes qui errent dans les rues soient conscients de l'existence de telles options et qu'ils soient incités à les utiliser.

Les amortisseurs de troisième ordre comprennent les programmes destinés aux personnes qui se sont déjà engagées dans des comportements risqués en terme de consommation de drogues et d'activité sexuelle. Ces programmes visent à contenir les dommages, mais ils ne contribuent en aucune façon à modifier les tendances à prendre des risques au départ : ils permettent d'offrir des seringues aux consommateurs de drogue et des condoms à ceux qui se livrent à des activités sexuelles risquées.

Santé Canada a demandé aux RCRPP d'entreprendre plusieurs projets de recherche

économique sur des mesures de prévention; ces travaux deviendront disponibles au printemps de 1998. Ils permettront d'élargir la base de connaissances actuellement limitées, mais ils ne représentent que la première étape d'un effort intensif visant à réfléchir sur les meilleurs façons de cibler les groupes vulnérables et de commencer à établir les meilleures pratiques à utiliser.

À ce stade initial, les principales étapes que comprendra le volet sur la prévention de la Stratégie nationale sur le SIDA sont les suivantes :

- 1 Un engagement à préparer une évaluation sérieuse de tous les programmes de prévention, de façon à déterminer et à retenir ceux qui fonctionnent bien et à éliminer ceux qui ne fonctionnent pas. De plus, les éléments cruciaux qui expliquent les programmes à succès devraient être mis en relief et diffusés publiquement, de sorte qu'ils pourront servir à influencer la conception des programmes de prévention dans toutes les instances législatives et dans tous les types d'organismes gouvernementaux.
- 2 Un engagement à amorcer un dialogue avec tous les organismes de santé et de services sociaux qui comprennent les besoins des groupes vulnérables, qui sont en contact avec ces groupes ou qui pourraient l'être, dans le but de déterminer la meilleure manière de mobiliser leurs ressources pour prévenir la propagation de l'infection par le VIH.
- 3 Un engagement à examiner avec les organismes communautaires actuels de lutte contre le SIDA – dont plusieurs entretiennent des liens historiques avec la communauté homosexuelle – la mesure dans laquelle il est possible d'utiliser leur infrastructure existante pour répondre aux besoins des nouveaux groupes cibles.
- 4 Un engagement à travailler de concert avec les organismes de services aux jeunes dans tous les ministères gouvernementaux et à tous les paliers de gouvernement afin d'examiner les types de stratégies communautaires qui pourraient offrir aux jeunes errant dans les rues des solutions de rechange à une vie à la marge de la société. Un espoir ou une chance d'échapper à la marginalisation représente ce que plusieurs d'entre eux ont le plus besoin.



Conclusions

L'analyse économique présentée dans notre rapport indique que le Canada n'a pas réussi encore une fois à maîtriser efficacement l'épidémie du VIH/SIDA, que les coûts directs en soins de santé (non compris les coûts indirects) de l'épidémie sont déjà de l'ordre de 570 millions de dollars par année et que la crête de l'épidémie demeure encore largement invisible à l'oeil nu. Néanmoins, il y a de bonnes raisons d'espérer que l'épidémie pourra être contrôlée. Trois éléments seront essentiels pour reprendre la situation en main : 1) s'engager résolument à assurer une meilleure surveillance par l'intermédiaire d'un réseau structuré de points d'observation; 2) accorder une priorité beaucoup plus élevée aux programmes de formation et d'action communautaire axés sur les meilleures pratiques; et 3) assurer un lien étroit entre la surveillance et les mesures de prévention.

L'infection par le VIH est un événement bouleversant, où qu'elle frappe. Dans son assaut le plus récent, la maladie s'attaque en bonne

partie à des jeunes gens qui se sentent déjà démoralisés et marginalisés. Dans la mesure où l'épidémie se répand parmi ces personnes marginalisées, il y a danger qu'elle se transmette à d'autres qui font aussi partie des groupes marginaux et, par leur entremise, à des gens dans le grand public. Il n'existe pas encore de remède et l'épidémie demeure une menace actuelle et à long terme au bien-être de la société canadienne et à la viabilité de son système de soins de santé. Mais cette maladie peut être prévenue – elle est évitable à 100 p. 100.

Notes

- 1 Les médecins qui ont participé à la session Delphi sur les aspects cliniques organisée par les RCRPP aux fins de la présente étude ont indiqué qu'en se basant sur leur expérience initiale avec les TARFI, environ 20 p. 100 de l'ensemble des patients devraient finir par se sentir assez bien pour retourner au travail.
- 2 De plus, les gouvernements sont réticents à adopter des stratégies de prévention innovatrices, comme la création de centres d'injections contrôlées (désignés parfois sous l'appellation de « galeries de shooting ») qui permettraient de promouvoir des pratiques d'injection plus sécuritaires. Il s'agit de décisions difficiles à prendre qui équivalent souvent à choisir entre le moindre de deux maux.
- 3 Par exemple, les centres de détection du VIH fournissent des données à des fins de surveillance. Le rétrocalcul est une technique qui utilise les données sur le SIDA afin de fournir une rétrospective de l'évolution de l'épidémie.
- 4 Le D^r Hanvelt et son équipe de recherche au Centre d'excellence de la Colombie-Britannique sur le VIH/SIDA ont pu recruter une importante cohorte d'autochtones pour le projet de ressources en santé communautaire à Vancouver. Par ailleurs, le D^r Jacobs et ses collaborateurs (dans le cadre du Sreetworks Program à Edmonton) ont mené des entrevues à l'arrière d'une fourgonnette utilisée pour un programme d'échange de seringues à Edmonton et ils ont pu constater que les deux tiers des personnes interrogées étaient des autochtones.

Références

- Betcherman, Gordon et Graham S. Lowe (1997), *L'avenir du monde du travail au Canada – Un rapport de synthèse*, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa.
- Cohen, Marsha M. et Leonard MacWilliam (1995), « Measuring the Health of the Population », *Medical Care*, vol. 33, n^o 12, Supplément, décembre, p. DS21-DS42.
- Dondero, Timothy J. et coll. (1988), « Monitoring the Levels and Trends of HIV Infection: The Public Health Service's HIV Surveillance Program », *Public Health Reports*, vol. 103, n^o 3, p. 213-220.
- Hankins, Catherine et Margaret Handley (1992), *Towards an HIV/AIDS Research Agenda for the 1990s: A Background Discussion Paper*, préparé pour l'Association canadienne de recherche sur le VIH par l'intermédiaire d'une subvention accordée par le Programme national de recherche et de développement en matière de santé, Santé Canada.
- Hankins, Catherine et coll. (1990), « HIV Infection Among Quebec Women Giving Birth to Live Infants », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 143, n^o 9.
- Hanson, K. (1992), « AIDS: What Does Economics Have to Offer? », *Health Policy and Planning*, vol. 7, n^o 4, p. 315-328.
- Hanvelt, Robin A. et coll. (1994), « Indirect Costs of HIV/AIDS Mortality in Canada », *AIDS*, vol. 8, n^o 10.
- Hogg, R. et coll. (1993), « Sociodemographic Correlates for Risk-Taking Behaviour Among HIV Seronegative Men », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 84, n^o 6.
- (1994), *Lower Socioeconomic Status and Shorter Survival Following HIV Infection*, Centre d'excellence de la Colombie-Britannique sur le VIH/SIDA, Vancouver.
- Kahn, James G. (1996), « The Cost-Effectiveness of HIV Prevention Targeting: How Much More Bang for the Buck? », *American Journal of Public Health*, vol. 86, n^o 12, p. 1709-1712.
- Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) (1996), *Actualités en épidémiologie sur le VIH/SIDA*, Bureau du VIH/SIDA et des MTS, Direction générale de la protection de la santé, Santé Canada, Ottawa.
- Maxwell, Judith (1996), *Social Dimensions of Economic Growth*, The Eric Hanson Memorial Lecture Series, volume VIII, Département d'économique, Université de l'Alberta, Edmonton.
- McKinlay, John B. (1990), « A Case for Refocussing Upstream: The Political Economy of Illness », dans *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives*, publié sous la direction de P. Conrad et R. Kern, 3^e édition, St. Martins Press, New York.
- Mustard, Cameron A. et Norman Frohlich (1995), « Socioeconomic Status and the Health of the Population », *Medical Care*, vol. 33, n^o 12, Supplément, décembre, p. DS43-DS54.



Patrick, D. L. et T. M. Wickizer (1995), « Community and Health », dans *Society and Health*, publié sous la direction de B. C. Amick et coll., Oxford University Press, New York, cité dans Jonathon Lomas (1997), *Social Capital and Health: Implications for Public Health and Epidemiology*, Working Paper 97-6, Centre for Health Economics and Policy Analysis, Université McMaster, Hamilton.

Remis, Robert (1997), « Modelled Estimates of the Plausible Limits of HIV Incidence and Prevalence: 1978-1996 », des estimations mises au point en collaboration avec les RCRPP pour être intégrées à l'étude portant sur le fardeau économique du VIH/SIDA (non publié).

Schechter, Martin T. et coll. (1994), « Higher Socioeconomic Status Is Associated with Slower Progression of HIV Infection Independent of Access to Health Care », *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 47, p. 59-67.

Stoddart, Greg L. (1996), *The Challenge of Producing Health in Modern Economics*, Working Paper n° 46, Programme sur la santé de la population de l'ICRA, Institut canadien des recherches avancées, Toronto.

Voight, Robert (1994), *Socioeconomic Characteristics Are Associated with Rate of Weight Loss in Homosexual Men*, Centre d'excellence de la Colombie-Britannique sur le VIH/SIDA, Vancouver.

Remerciements

Il aurait été impossible de réaliser la présente étude sans la coopération et la collaboration de nombreuses personnes et de plusieurs groupes partout au pays. Il faut d'abord reconnaître la perspicacité et la clairvoyance de Santé Canada qui a pris la décision d'investir dans l'Initiative de recherche économique sur le VIH/SIDA et, en particulier, dans l'actuel projet de recherche. En offrant leur collaboration et nous donnant accès à leurs données, les divers ministères provinciaux de la santé ont fait un apport inestimable à cette première tentative canadienne visant à mesurer les investissements dans la prévention de l'infection par le VIH.

Nous sommes aussi redevables au D^r John Gill, de la Southern Alberta Clinic qui est rattachée à l'autorité sanitaire régionale de Calgary, et à son associé de recherche, Bill Davidson, pour nous avoir transmis des données cruciales. L'investissement fait par le D^r Gill dans la construction d'une base de données longitudinales continuera d'être d'une grande valeur pour diverses voies de recherche dans ce domaine. Nous voulons aussi souligner l'apport du D^r Chris Archibald, du Laboratoire de lutte contre la maladie de Santé Canada, et sa collaboration fructueuse avec les RCRPP pour la mise au point d'estimations épidémiologiques. Par ailleurs, nous avons beaucoup apprécié d'avoir eu la possibilité d'utiliser des données du Centre d'excellence de la Colombie-Britannique sur le VIH/SIDA, la base de données ontarienne d'observations sur le VIH (HOOD), et d'autres données obtenues de plusieurs organismes communautaires de lutte contre le SIDA à la grandeur du pays.

Deux rencontres Delphi furent organisées par les RCRPP, auxquelles ont participé des spécialistes de tous les coins du pays. Les renseignements tirés de ces sessions furent des éléments qui nous ont permis de

déboucher sur les conclusions contenues dans notre étude. Nous désirons remercier les participants à ces rencontres ainsi que les D^{rs} Catherine Hankins et Mark Wainberg qui ont présidé ces ateliers. Une liste des participants figure à la fin de cette publication.

Nous tenons à remercier spécialement nos collègues et les personnes qui ont collaboré à nos recherches. Barbara Legowski a participé à l'acquisition et à l'analyse des données sur les dépenses consacrées à la prévention de l'infection par le VIH, qui furent recueillies au Canada et à l'étranger. Notre projet a aussi bénéficié grandement de l'apport intellectuel crucial du D^r Robert Remis, de son leadership et de ses connaissances spécialisées dans le domaine de l'analyse épidémiologique et de la modélisation. Nous sommes aussi redevables à Eden Cloutier pour ses conseils et son apport à l'analyse statistique.

Notre étude a été revue par plusieurs personnes dont les commentaires ont permis d'améliorer le produit final. Nous voulons remercier tout spécialement Doug Angus, Russell Armstrong, Janet Dunbrack, Robin Hanvelt, Philip Jacobs, Barbara Jones, Heidi Liepold, Julia Martin, Nancy Meagher, Bob Shearer et David Schneider.

Enfin, nous sommes vivement reconnaissants à Judith Maxwell pour sa contribution, ses conseils et ses réflexions profondes tout au long du projet. Son appui incessant, ses commentaires critiques et son apport analytique ont représenté une valeur inestimable pour ce projet, permettant ainsi aux RCRPP de continuer à remplir leur mission de créer des connaissances et d'orienter le débat public sur des questions économiques et sociales qui ont une importance déterminante pour le bien-être des Canadiens.

Liste des participants

Atelier de travail Delphi sur les aspects cliniques

D^r Mark Wainberg (président)
Association canadienne de recherche sur le VIH
Montréal

M. Terry Albert
RCRPP
Ottawa

D^r Brian Conway
Médecin
Centre d'excellence de la Colombie-Britannique
sur le VIH/SIDA
Vancouver

D^r John Goodhew
Médecin
Toronto

D^r Colin Kovacs
Médecin
Toronto

M. Craig McLure
Réseau communautaire d'info-traitement SIDA
Toronto

D^r Anne Phillips
Médecin, Hôpital Wellesley
Toronto

D^r Gary Rubin
Médecin
Toronto

D^r Chris Tsoukas
Médecin, Hôpital Général de Montréal
Montréal

M. Gregory Williams
RCRPP
Ottawa

Atelier de travail Delphi sur les aspects épidémiologiques

D^r Catherine Hankins (présidente)
Université McGill
Hôpital Général de Montréal
Montréal

M. Terry Albert
RCRPP
Ottawa

D^r Chris Archibald
Laboratoire de lutte contre la maladie
Santé Canada
Ottawa

D^r Marie-Claude Boily
Université Laval
Québec

M^{me} Janet Dunbrack
Santé Canada
Ottawa

D^r John Farley
Laboratoire de lutte contre la maladie
Santé Canada
Ottawa

D^r Robert Remis
Université de Toronto
Toronto

D^r Martin Schechter
Centre d'excellence de la Colombie-Britannique
sur le VIH/SIDA
Vancouver

M. Gregory Williams
RCRPP
Ottawa

D^r Ping Yan
Laboratoire de lutte contre la maladie
Santé Canada
Ottawa

Publications des RCRPP

Certaines publications des RCRPP sont disponibles par l'entremise de Renouf Publishing Company Limited. Vous pouvez aussi commander directement de Renouf en cliquant sur l'icône « Publications » qui apparaît à la page d'accueil des RCRPP – <http://www.cprn.com> – ou vous pouvez communiquer directement avec Renouf :

Renouf Publishing Company Limited
5369, chemin Canotek
Ottawa (Ontario) K1J 9J3

Téléphone : 613-745-2665
Télécopieur : 613-745-7660
<http://www.renoufbooks.com>

Publications du Réseau de la main-d'oeuvre

Developing Skills in the Canadian Workplace – The Results of the Ekos Workplace Training Survey, de Gordon Betcherman, Norm Leckie et Kathryn McMullen (1997)
L'avenir du monde du travail au Canada – Un rapport de synthèse, de Gordon Betcherman et Graham S. Lowe (1997)
Youth Employment and Education Trends in the 1980s and 1990s, de Gordon Betcherman et Norm Leckie (1997)
Skill and Employment Effects of Computer-Based Technology – The Results of the Working with Technology Survey III, de Kathryn McMullen (1997)
Employment Growth and Change in the Canadian Urban System, 1971-94, de William J. Coffey (1996)
Youth and Work in Troubled Times: A Report on Canada in the 1990s, de Richard Marquardt (1996)

Publications du Réseau de la famille

Building Blocks for Canada's New Social Union, de Margaret Biggs (1996)
Examining the Concept of Transactions as the Basis for Studying the Social and Economic Dynamics of Families, de Suzanne Peters, avec la collaboration de Mary Bunch et Michele Fisher (1996)
À la recherche des valeurs canadiennes – Un rapport de synthèse, de Suzanne Peters (1995)
Exploring Canadian Values – Foundations for Well-Being, de Suzanne Peters (1995)

Secteur à but non lucratif

The Emerging Sector: In Search of a Framework, de Ronald Hirshhorn (1997)
Organizational and Supervisory Law in the Nonprofit Sector, de Ronald Hirshhorn et David Stevens (1997)
The Canadian Nonprofit Sector, de Kathleen Day et Rose Anne Devlin (1997)
Tax Incentives for Charities in Canada, de Kimberley Scharf, Ben Cherniavsky et Roy Hogg (1997)

Publications en préparation

Réseau de la santé

Le fardeau économique du VIH/SIDA au Canada, de Terry Albert et Gregory Williams, en collaboration avec Barbara Legowski et D^r Robert Remis (fin de 1997)
Population Health in Canada: A Systematic Overview, de Michael Hayes (début de 1998)

Réseau de la main-d'oeuvre

Le capital humain dans la nouvelle économie, de Gordon Betcherman et Kathryn McMullen (hiver 1998)

Réseau de la famille

Charities Doing Commercial Ventures: Societal and Organizational Implications, de Brenda Zimmerman et Ray Dart (automne 1997)
Achieving Better Outcomes: Creating Better Outcomes for Children, de Suzanne Peters et Pauline O'Connor (fin de 1997)
Families and Resilience in a Changing Economy, de M-J Wason (hiver 1998)
Les familles et leur bien-être, trois études réalisées par David Cheal, Frances Woolley et Meg Luxton (hiver 1998)
Canadians Cope with Change: Public Dialogue as a Tool for Social Cohesion, Marit Stiles (hiver 1998)

L'union sociale

Renforcer l'union sociale : prochaines étapes, de Kathy O'Hara (début de 1998)

RCRPP | Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques

Les Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques ont pour mission de créer des connaissances et d'orienter le débat public sur des questions économiques et sociales qui ont une importance déterminante pour le bien-être des Canadiens, afin de contribuer à faire du Canada une société plus humanitaire, plus juste et plus prospère. Les programmes des RCRPP reposent sur une collaboration interprovinciale et des recherches interdisciplinaires. Organisme de recherche à but non lucratif dont les travaux sont coordonnés à partir d'un bureau situé à Ottawa, les RCRPP assurent le fonctionnement de trois Réseaux constitués de chercheurs et de responsables de l'élaboration des politiques. Le Réseau de la santé est dirigé de Toronto par Sholom Glouberman. Gordon Betcherman assure la direction du Réseau de la main-d'oeuvre à partir d'Ottawa. Et le Réseau de la famille est dirigé de Toronto par Suzanne Peters. Pour de plus amples renseignements sur les Réseaux, s'adresser à Gisèle Lacelle par télécopieur au 613-567-7640, par courrier électronique à l'adresse suivante : glacelle.CPRN@IDRC.ca, ou consulter notre page d'accueil au site suivant : <http://www.cprn.com>.

Réseau de la santé des RCRPP

Le Réseau de la santé concentre son attention sur les services de soins de santé et la santé de la population. Selon son hypothèse de départ, la majorité des provinces et des territoires font face à des problèmes semblables en matière de politiques de santé; de plus, des enseignements utiles peuvent être tirés des divers efforts déployés pour restructurer les services de santé. Le Réseau reconnaît aussi que la recherche sur les politiques en matière de santé de la population doit englober un champ beaucoup plus vaste que les seuls services de santé.



Contexte

La présente *REFLEXION* donne un aperçu des constatations à ce jour tirées d'un programme de recherche économique majeur sur le VIH/SIDA parrainé par Santé Canada. Peu après l'apparition du fléau du SIDA en 1981, on s'est préoccupé de l'ampleur et de l'incidence du VIH/SIDA sur le système de soins de santé et sur la société en général. Les économistes forment la troisième vague de chercheurs à se pencher sur les conséquences du VIH/SIDA, après la participation initiale des épidémiologistes et des cliniciens, suivie de celle des chercheurs en comportement humain et social (Hanson, 1992). Dans l'optique d'une personne atteinte du VIH/SIDA, la mise au point d'un remède représente le résultat ultime de l'effort de recherche. Toutefois, il est largement reconnu que l'épidémie du VIH/SIDA ne fait que commencer (Hankins et Handley, 1992) et que la société devra faire face à des nombres croissants de nouvelles victimes chaque année et aux incidences économiques connexes de ce fléau. Donc, pendant que la recherche d'un remède se poursuit, nous devons aussi mieux comprendre les dimensions économiques de l'épidémie afin de rassembler des données qui nous permettront de formuler des politiques et de parvenir à une affectation optimale des ressources.

L'apport de Santé Canada à ce chapitre s'est manifesté sous la forme de la mise sur pied de l'Initiative nationale de recherche économique sur le VIH/SIDA. L'objectif principal consistait à assurer un bon départ et à édifier un fondement solide aux recherches futures. L'Initiative se divise en deux volets principaux, qui comprennent chacun plusieurs projets importants à divers endroits au pays : 1) les soins et les traitements aux victimes du VIH/SIDA; et 2) les programmes de prévention et d'action communautaire axés sur le VIH. Les RCRPP ont reçu le mandat de coordonner l'Initiative et d'entreprendre aussi un projet de recherche sur « Le fardeau économique du VIH/SIDA au Canada ».

Deux ateliers de travail furent organisés à ce jour dans le cadre de l'Initiative afin de permettre un partage des résultats provisoires et d'examiner les liens entre les projets de recherche. Un dernier atelier national se tiendra en février 1998. Les RCRPP prépareront un rapport final en 1998, qui comprendra un sommaire des résultats de la recherche engendrés par l'Initiative et l'ébauche d'un programme de recherche à plus long terme dans ce domaine.

Cet exposé sur le fardeau économique du VIH/SIDA au Canada avait pour objectif principal de tirer avantage des nouvelles constatations issues des projets de recherche entrepris dans le cadre de l'Initiative, de relier ces résultats à ceux des autres recherches et de faire en sorte que ces résultats préliminaires aient une incidence sur des questions urgentes en matière de politiques. Une approche fondée sur le coût de la maladie ou sur son fardeau économique fut retenue comme étant le cadre de référence le mieux indiqué. L'objectif primordial consistait à chiffrer et à rendre explicites plusieurs aspects économiques fondamentaux de l'épidémie du VIH/SIDA au Canada.