

Table des matières

| | |
|--------------------|---|
| Introduction | 1 |
|--------------------|---|

Section 1 : Diffusion des résultats

| | |
|--|---|
| Évaluation du changement dans les connaissances et les attitudes chez les personnes participant à une réalisation participative de film et à un atelier d'éducation sur le VIH et le sida pour jeunes indigènes..... | 3 |
| <i>Rachel Landy</i> | |

| | |
|--|----|
| Interruption de traitement antirétroviral chez les peuples indigènes vivant avec le VIH au Canada – une étude Building Bridges dirigée collectivement | 24 |
| <i>Denise Jaworsky, Flo Ranville, Valerie Nicholson, Roberta Price, Carol Kellman, Elizabeth Benson, JanaRae Tom, Erin Ding, Janet Raboud, Hasina Samji, Renée Masching, Mona Loutfy, Anita C. Benoit, Robert S. Hogg, Evanna Brennan, Susan Giles, Anita Rachlis, Curtis Cooper, Nimâ Machouf, Chris Tsoukas, Mark Hull, on behalf of the Building Bridges Team and the Canadian Observational Cohort (CANOC) collaboration</i> | |

| | |
|------------------------------|----|
| La sagesse du Tonnerre | 42 |
| <i>Randy Jackson</i> | |

| | |
|--|----|
| « Elle me sécurise » : comprendre les effets de la thérapie à recours animalier dans une clinique de désintoxication à la méthadone..... | 62 |
| <i>Anna-Belle the Therapy Dog, Georgette Sharilyn Sewap, Colleen Anne Dell, Brenda McAllister, Jill Bachiu</i> | |

Section 2 : Commentaires

| | |
|--|----|
| « Je suis ici et je ferai ce que je ferai » : Qu'est-ce que la séropositivité de longue date? | 72 |
| <i>Andrea F.P. Mellor, Natasha K. Webb, Sherri Pooyak, Val Nicolson, Chad Dickie, Sandy Lambert, Renee Monchalin, Stephanie Nixon, Marni Amirault, Renee Masching, Tracey Prentice, Canadian Aboriginal AIDS Network</i> | |

Interruption de traitement antirétroviral chez les peuples indigènes vivant avec le VIH au Canada – une étude Building Bridges dirigée collectivement

Denise Jaworsky^{1,2}, Flo Ranville¹, Valerie Nicholson^{1,3,4,5}, Roberta Price¹, Carol Kellman^{1,6,7}, Elizabeth Benson^{1,8}, JanaRae Tom¹, Erin Ding⁹, Janet Raboud^{1,10,11}, Hasina Samji^{1,12}, Renée Masching^{1,13}, Mona Loutfy^{1,14,15,16}, Anita C. Benoit^{1,11,14}, Robert S. Hogg^{1,9,12}, Evanna Brennan^{1,17}, Susan Giles^{1,17}, Anita Rachlis¹⁸, Curtis Cooper¹⁹, Nimâ Machouf²⁰, Chris Tsoukas^{21,22}, Mark Hull^{1,2,9}, au nom de l'équipe Building Bridges et du centre de recherche collaborative CANOC.

¹ Équipe Building Bridges à Toronto (Ontario) et à Vancouver (Colombie-Britannique)

² Département de médecine, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique)

³ Réseau Red Road HIV AIDS, Vancouver (Colombie-Britannique)

⁴ Positive Living Society of BC, Vancouver (Colombie-Britannique)

⁵ AIDS Vancouver, Vancouver (Colombie-Britannique)

⁶ Nation des Cris

⁷ Providence Healthcare, Vancouver (Colombie-Britannique)

⁸ Nation Gitksan, Gitanyow (Colombie-Britannique)

⁹ Centre d'excellence de la Colombie-Britannique sur le VIH/sida, Vancouver (Colombie-Britannique)

¹⁰ Institut de recherche de l'Hôpital général de Toronto, Réseau universitaire de santé, Toronto (Ontario)

¹¹ École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario)

¹² Faculté des sciences de la santé, Université Simon Fraser, Vancouver (Colombie-Britannique)

¹³ Réseau canadien autochtone du sida, Dartmouth (Nouvelle-Écosse)

¹⁴ Institut de recherche du Women's College, Women's College Hospital, Toronto (Ontario)

¹⁵ Maple Leaf Medical Clinic, Toronto (Ontario)

¹⁶ Département de médecine, Université de Toronto, Toronto (Ontario)

¹⁷ Consultantes en soins infirmiers fondés sur l'action

¹⁸ Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto (Ontario)

¹⁹ Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa, Ottawa (Ontario)

²⁰ Clinique médicale l'Actuel, Montréal (Québec)

²¹ Département de médecine, Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill, Montréal (Québec)

²² Faculté de médecine du Centre universitaire de santé McGill, Montréal (Québec)

Denise Jaworsky (MD, FRCPC) est spécialiste en médecine interne générale dans la localité de Terrace, situé dans le nord-ouest de la Colombie-Britannique sur le territoire des Tsimshians. Elle fait également un doctorat en recherche dans le domaine de l'épidémiologie clinique et des soins de santé à l'Université de Toronto.

Adresse : 500-4634 Park Ave., Terrace (Colombie-Britannique) V8G 1V7

Courriel : denise.jaworsky@utoronto.ca

Téléphone : 250 615-5088

Télécopieur : 250 615-5085

REMERCIEMENTS

Nous remercions l'intendance des territoires de Musqueam, Squamish et T'sleil-Waututh, Premières Nations qui ont accordé avec bonne grâce l'autorisation de tenir sur leurs terres nos réunions pour la subvention catalyseur des Instituts de recherche en santé du Canada. Nous souhaitons également exprimer notre reconnaissance à nos ancêtres et souligner les relations entretenues avec les animaux, l'eau, l'air et les plantes de cette terre. Par ailleurs, nous remercions les aînées Roberta Price et Doris Paul-Xele'milh pour leur rôle de premier plan et l'orientation spirituelle qu'elles ont apportée tout au long du processus de recherche. Nous remercions en outre l'aînée bispirituelle Carol Kellman (infirmière autorisée) ainsi que le St. Paul's Hospital pour nous avoir accordé leur soutien et permis d'utiliser l'espace sacré All Nations. Nous remercions toutes les personnes qui ont participé à Building Bridges d'avoir partagé leur sagesse et leurs expériences. Sans elles, ce travail n'aurait pas été possible. Nous aimerions aussi remercier Tian Li pour le soutien statistique.

Par ailleurs, nous ne pouvons passer sous silence la contribution des prestataires de services de première ligne contre la pandémie du VIH qui s'emploient assidûment à répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH en matière de services sociaux et de soins de santé. Merci à toute la collectivité, aux chercheuses et chercheurs, aux cliniciennes et cliniciens et aux spécialistes dans le domaine qui sont des acteurs importants dans la santé des indigènes et ont joué un rôle crucial dans l'orientation de la discussion. De plus, nous exprimons notre gratitude à ces hommes et ces femmes vivant avec le VIH dont l'information figure dans la base de données du centre de recherche collaborative CANOC, ce qui nous permettra de poser des questions de recherche pour approfondir nos connaissances sur le VIH afin d'améliorer les vies de celles et ceux vivant avec le VIH.

Enfin, nous souhaitons remercier l'ensemble des personnes ayant collaboré à CANOC. L'équipe du centre de recherche collaborative CANOC est constituée d'un chercheur principal : Robert Hogg (Centre d'excellence de la Colombie-Britannique sur le VIH/sida, Université Simon Fraser); et de chercheuses principales et chercheurs principaux sur place : Ann N. Burchell (Ontario HIV Treatment Network, Université de Toronto, étude de cohorte de l'Ontario HIV Treatment Network [ÉCO]); Curtis Cooper (Université d'Ottawa, ÉCO); Deborah Kelly (Université Memorial de Terre-Neuve-et-Labrador); Marina Klein (cohorte du service d'immunodéficience de l'Institut thoracique de Montréal, Université McGill); Mona Loutfy (Université de Toronto, Maple Leaf Medical Clinic, ÉCO); Nima Machouf (Clinique médicale l'Actuel, Université de Montréal); Julio Montaner (Centre d'excellence de la Colombie-Britannique sur le VIH/sida, Université de la Colombie-Britannique); Janet Raboud (Réseau universitaire de santé de l'Université de Toronto, ÉCO); Chris Tsoukas (Université McGill); Stephen Sanche (Université de la Saskatchewan); Alexander Wong (Université de la Saskatchewan). Ses cochercheurs principaux sont : Tony Antoniou (St. Michael's Hospital, Université de Toronto, Institut de recherche en services de santé); Ahmed Bayoumi (St. Michael's Hospital, Université de Toronto); Mark Hull (Centre d'excellence de la Colombie-Britannique sur le VIH/sida); Bohdan Nosyk (Centre d'excellence de la Colombie-Britannique sur le VIH/sida, Université Simon Fraser). Les cochercheuses et cochercheurs de CANOC sont :

Angela Cescon (École de médecine du Nord de l'Ontario); Michelle Cotterchio (Action Cancer Ontario, Université de Toronto); Charlie Goldsmith (Université Simon Fraser); Silvia Guillemi (Centre d'excellence de la Colombie-Britannique sur le VIH/sida, Université de la Colombie-Britannique); P. Richard Harrigan (Centre d'excellence de la Colombie-Britannique sur le VIH/sida, Université de la Colombie-Britannique); Marianne Harris (St. Paul's Hospital); Sean Hosein (CATIE); Sharon Johnston (Institut de recherche Bruyère, Université d'Ottawa); Claire Kendall (Institut de recherche Bruyère, Université d'Ottawa); Clare Liddy (Institut de recherche Bruyère, Université d'Ottawa); Viviane Lima (Centre d'excellence de la Colombie-Britannique sur le VIH/sida, Université de la Colombie-Britannique); David Marsh (École de médecine du Nord de l'Ontario); David Moore (Centre d'excellence de la Colombie-Britannique sur le VIH/sida, Université de la Colombie-Britannique); Alexis Palmer (Centre d'excellence de la Colombie-Britannique sur le VIH/sida, Université Simon Fraser); Sophie Patterson (Centre d'excellence de la Colombie-Britannique sur le VIH/sida, Université Simon Fraser); Peter Phillips (Centre d'excellence de la Colombie-Britannique sur le VIH/sida, Université de la Colombie-Britannique); Anita Rachlis (Université de Toronto, ÉCO); Sean B. Rourke (Université de Toronto, ÉCO); Hasina Samji (Centre d'excellence de la Colombie-Britannique sur le VIH/sida); Marek Smieja (Université McMaster); Benoit Trottier (Clinique médicale l'Actuel, Université de Montréal); Mark Wainberg (Université McGill, Institut Lady Davis de recherches médicales); Sharon Walmsley (Réseau universitaire de santé de l'Université de Toronto). CANOC compte comme collaboratrices et collaborateurs : Chris Archibald (Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections de l'Agence de la santé publique du Canada); Ken Clement (Réseau canadien autochtone du sida); Fred Crouzat (Maple Leaf Medical Clinic); Monique Doolittle-Romas (Société canadienne du sida); Laurie Edmiston (Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements); Sandra Gardner (Ontario HIV Treatment Network, Université de Toronto, ÉCO); Brian Huskins (Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements); Jerry Lawless (Université de Waterloo); Douglas Lee (Réseau universitaire de santé de l'Université de Toronto, Institut de recherche en services de santé); Renee Masching (Réseau canadien autochtone du sida); Stephen Tattle (Groupe de travail canadien sur le VIH et la réinsertion sociale); Alireza Zahirieh (Sunnybrook Health Sciences Centre). Les analystes et le personnel de CANOC sont : Claire Allen (Hôpital général de Regina); Stryker Calvez (Saskatoon HIV/AIDS Research Endeavour); Guillaume Colley (Centre d'excellence de la Colombie-Britannique sur le VIH/sida); Jason Chia (Centre d'excellence de la Colombie-Britannique sur le VIH/sida); Daniel Corsi (Clinique d'immunodéficience de l'hôpital d'Ottawa, Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa); Louise Gilbert (Centre de traitement de l'immunodéficience); Nada Gataric (Centre d'excellence de la Colombie-Britannique sur le VIH/sida); Alia Leslie (Centre d'excellence de la Colombie-Britannique sur le VIH/sida); Lucia Light (Ontario HIV Treatment Network); David Mackie (Hôpital d'Ottawa); Costas Pexos (Université McGill); Susan Shurgold (Centre d'excellence de la Colombie-Britannique sur le VIH/sida); Leah Szadkowski (Réseau universitaire de santé); Chrissi Galanakis (Clinique médicale l'Actuel); Ina Sandler (Maple Leaf Medical Clinic); Benita Yip (Centre d'excellence de la Colombie-Britannique sur le VIH/sida); Jaime Younger (Réseau universitaire de santé); et Julia Zhu (Centre d'excellence de la Colombie-Britannique sur le VIH/sida).

Certaines des conclusions de ce manuscrit ont été présentées lors des Pratiques sages V et des rencontres dans le cadre de la 25^e Conférence canadienne annuelle de recherche sur le VIH/sida.

Financement : L'étude Building Bridges a été financée par une subvention catalyseur des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) pour le volet autochtone du programme de recherche communautaire sur le VIH et le sida [N° IRSC 299241]. CANOC est financé par une subvention de centre des IRSC (Centres de recherche sur la santé des populations et les services de santé en matière de VIH/sida [N° IRSC 02684]); deux subventions d'opération (une annonce de priorités – VIH/sida [N° IRSC 134047]; une subvention pour la santé publique et des populations [N° IRSC 136882]); une subvention du programme Fondation (« Expansion of Antiretroviral Therapy and its Impact on Vulnerable Populations in Canada and Global Settings » [N° IRSC 143342]); et par une collaboration avec le Réseau canadien pour les essais VIH des IRSC [N° 242].

Autre soutien financier reçu par les personnes partageant la paternité de l'œuvre : DJ reçoit du soutien du programme pour les chercheuses cliniciennes et chercheurs cliniciens de l'Université de la Colombie-Britannique. JR reçoit du soutien de la chaire de recherche en biostatistique de l'Ontario HIV Treatment Network (OHTN). ACB était titulaire d'une bourse en recherche des IRSC lorsque se déroulait ce projet. RSH est boursier du programme Fondation des Instituts de recherche en santé du Canada, et titulaire d'une bourse professorale à l'Université Simon Fraser. ANB est titulaire d'une bourse de nouvelle chercheuse des IRSC. CC est titulaire d'une chaire de recherche appliquée sur le VIH de l'Ontario HIV Treatment Network. MK est titulaire d'une bourse de chercheuse nationale du Fonds de recherche Québec-Santé.

Déclaration de conflit d'intérêts : JR est cochercheuse dans quatre projets, outre l'œuvre soumise, et reçoit des contributions en nature ou du soutien financier de Merck et de Gilead Sciences. ML a participé à des conseils consultatifs et donné des conférences lors de formations médicales continues pour ViiV Healthcare, AbbVie, Merck Canada Inc. et Gilead Sciences. RSH déclare des frais personnels de Gilead Sciences. AR a participé à des conseils consultatifs médicaux pour ViiV Healthcare, Merck et Gilead Sciences. CC a participé à des conseils consultatifs pour AbbVie et Gilead Sciences. NM a donné des conférences pour Bristol-Meyers Squibb, Merck et ViiV Healthcare. JSGM reçoit des bourses versées à son établissement par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et par les National Institutes of Health des États-Unis (R01DA036307). Il a également reçu un montant limité de financement sans restriction, versé à son institution, par AbbVie, Bristol-Myers Squibb, Gilead Sciences, Janssen, Merck et ViiV Healthcare. MH a reçu, pour sa participation à des conseils consultatifs et pour des conférences, des honoraires lesquels ont été versés à son établissement par Bristol-Myers Squibb, Gilead, Merck et ViiV Healthcare. Les autres auteures et auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts. RM a reçu des honoraires comme conférencière de ViiV Healthcare, et son organisme (Réseau canadien autochtone du sida) a reçu du financement de ViiV Healthcare et de Gilead.

RÉSUMÉ

Introduction : Le projet collaboratif Building Bridges comportait des acteurs indigènes et alliés et le centre de recherche collaborative CANOC. La communauté et l'équipe de chercheuses et chercheurs de CANOC ont déterminé que l'étude de l'interruption du traitement pour le VIH

était un facteur dans la mobilisation concernant les soins de santé. En conséquence, cette valeur de référence a été comparée entre les indigènes et non indigènes ayant participé à CANOC.

Méthodes : La cohorte de participants à CANOC était constituée de gens n'avaient jamais reçu de traitement antirétroviral et ayant amorcé une thérapie antirétrovirale par association médicamenteuse (cART) le ou après le 1^{er} janvier 2000. Les modèles à risques proportionnels standards de Cox, un outil de révision mathématique d'information, ont été utilisés pour estimer l'effet qu'avait l'ethnicité sur la durée de la cART avant son interruption. L'interruption de thérapie a été définie comme étant l'interruption de toute médication antirétrovirale pendant au moins 90 jours consécutifs. L'imputation multiple est la technique statistique qui a été utilisée pour pallier les données manquantes quant à l'ethnicité. Les facteurs d'ajustement étaient l'âge, le sexe, l'utilisation de drogues injectables, l'année civile où la thérapie antirétrovirale par association médicamenteuse a été commencée, et la province.

Résultats : La présente analyse incluait 7 080 participantes et participants, dont 443 étaient indigènes. Cinq ans après le début de la thérapie antirétrovirale par association médicamenteuse, il y avait eu au moins une interruption de traitement ($p < 0.001$) chez 52 % des participantes et participants indigènes; 24 % des participantes et participants caucasiens; 23 % des participantes et participants africains, caribéens ou noirs; 19 % des participantes et participants d'une ethnicité autre et 26 % des participantes et participants dont l'ethnicité était inconnue. Les variables indépendantes de l'accroissement du risque d'interruption du traitement demeuraient l'ethnicité indigène, le fait de résider en Colombie-Britannique, l'utilisation de drogues injectables, le fait d'être une femme et le commencement d'une thérapie avec un schéma comportant des inhibiteurs de protéase (IP) sans action renforcée. L'interruption du traitement était moins probable au cours des années civiles subséquentes¹.

Discussion : Les expériences vécues par les femmes indigènes vivant avec le VIH en Colombie-Britannique offrent un contexte élargi pour formuler les résultats. Il est important de considérer le contexte de vie des personnes indigènes lors de l'étude des résultats des analyses statistiques tant pour interpréter les conclusions que pour reconnaître les réponses significatives. Le modèle axé sur le renforcement de la présente étude facilitait la reconnaissance d'un nouveau mécanisme pour examiner les mauvaises conditions de santé révélées dans des études antérieures.

Conclusion : Parmi les participantes et participants de CANOC commençant une thérapie antirétrovirale par association médicamenteuse, il a été démontré que les participantes et

¹ Les variables indépendantes de l'accroissement du risque d'interruption du traitement demeuraient l'ethnicité indigène (rapport des risques instantanés=1,46; 95 % IC : 1,25-1,71), l'ethnicité africaine, caribéenne ou noire (rapport des risques instantanés=1,34; 95 % IC : 1,11-1,62) le fait de résider en Colombie-Britannique (rapport des risques instantanés=1,85; 95 % IC : 1,62-2,12), l'utilisation de drogues injectables (rapport des risques instantanés=2,46; 95 % IC : 2,18-2,78), le fait d'être une femme (rapport des risques instantanés=1,37; 95 % IC : 1,21-1,54) et le commencement d'une thérapie avec un schéma ne comportant aucune action renforcée par les inhibiteurs de protéase (rapport des risques instantanés=1,41; 95 % IC : 1,19-1,67). L'interruption du traitement était moins probable au cours des années civiles subséquentes (rapport des risques instantanés=0,68; 95 % IC : 0,60-0,78 pour 2003-05, rapport des risques instantanés=0,50; 95 % IC : 0,43-0,57 pour la période 2006-2008, rapport des risques instantanés=0,31; 95 % IC : 0,26-0,36 pour la période 2009-2012 comparativement à la période 2000-2002).

participants indigènes étaient ceux chez qui la période d'interruption de traitement était la plus courte. Les initiatives pour offrir des soins respectueux de la culture et faciliter la continuité des soins pourraient contribuer à réduire l'interruption de traitement chez les personnes indigènes vivant avec le VIH.

INTRODUCTION

La présente recherche a été menée dans le territoire conservé des peuples du Salish du littoral, soit les Premières Nations de Musqueam, Squamish et T'sleil-Waututh. Nous partagerons nos connaissances en commençant par l'histoire d'une participante à l'étude également membre de notre équipe de recherche.

Cette histoire est celle de Flo, Métisse et fière maman de sept enfants. « J'ai commencé les antirétroviraux environ un an après avoir reçu mon diagnostic pour éviter la transmission périnatale du VIH. Après la naissance de ma fille, j'ai arrêté de prendre ma médication. Puis j'ai passé six ans à éviter mon spécialiste sur le VIH, mais au cours de cette période, j'ai récupéré mes sept enfants qui étaient placés. Après un épisode potentiellement mortel de pneumonie et d'innombrables expériences de stigmatisation et de discrimination de prestataires de soins de santé, je suis retombée dans la dépendance. Au fil du temps, après des infections récurrentes et un résultat de 60 lymphocytes CD4 par mm³, j'étais de nouveau sur les antirétroviraux. Pendant plusieurs années, j'ai combattu ma dépendance et je prenais ma médication de façon irrégulière. Quand j'étais à jeun, je prenais mes pilules, et quand je consommais, le traitement était interrompu. Je cachais mes pilules parce que ça me gênait et que je ne voulais pas que ma famille ou les gens qui s'occupaient des enfants les voient. Quand elles étaient cachées, je les oubliais. Quand j'étais déprimée, ma dépendance reprenait et s'ensuivait une interruption du traitement. Quand j'avais des effets secondaires, j'arrêtais le traitement. Il y a quatre ans, j'ai abouti dans un refuge. Pendant que j'y ai logé, je me faisais livrer ma médication et le personnel me la donnait et ne sortait pas de la pièce tant que je ne l'avais pas avalée. Une fois passée l'étape des effets secondaires du début, je me suis rétablie, j'ai trouvé des piluliers pour m'aider à gérer ma médication, j'ai [atteint une charge virale] indétectable, et je n'ai aucun regret. »

Au Canada, les peuples indigènes sont disproportionnellement affectés par le VIH et 21,2 % des nouveaux cas de VIH rapportés entre 1998 et 2016 touchaient les peuples indigènes (Bourgeois, 2017). En outre, il s'avère que le taux de mortalité chez les personnes indigènes vivant avec le VIH au Canada est supérieur à celui des personnes non indigènes vivant avec le VIH (Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration, 2013; Martin, 2011; Lima 2006). Des études canadiennes ont également révélé qu'il y a un lien entre le patrimoine de l'indigénéité, l'incidence, la prévalence et les facteurs de risques en ce qui concerne la transmission du VIH (Duncan, 2011).

Comme l'illustre l'histoire de Flo, de nombreux facteurs sociaux, politiques et économiques complexes affectent l'accès et l'assiduité quant aux soins pour le VIH chez les peuples indigènes du Canada. Les expériences de colonisation, de traumatisme, de violence, d'abus sexuel et d'utilisation de drogues et d'alcool peuvent affecter la vulnérabilité au VIH et les soins se rattachant au VIH chez les peuples indigènes (McCall, 2014). En effet, il existe une relation entre

les expériences de traumatisme, la méfiance à l'égard des professionnelles et professionnels de la santé et le faible taux d'observance d'une thérapie antirétrovirale par association médicamenteuse (cART) (Mugavero, 2006; Meade, 2009).

Dans des études antérieures, il a été établi que le patrimoine de l'indigénéité était un facteur de risque pour l'interruption non planifiée de traitement (Samji, 2014), l'échec à atteindre une charge virale durablement supprimée (c.-à-d. où le virus n'est pas détectable par des tests normaux) après avoir commencé une cART et l'échec virologique après une suppression virologique (Martin, 2010). Une analyse parallèle dans la cohorte de la présente étude a permis de reconnaître des taux inférieurs de suppression virologique, mais des taux similaires de rebond virologique (phénomène où le virus redevient détectable après avoir été indétectable pendant une certaine période) chez les personnes indigènes vivant avec le VIH après ajustement en fonction des autres facteurs aggravants (Benoit, 2017). Les interruptions de traitement non structurées sont importantes, car elles ont été associées à un échec subséquent de traitement (Jiamsakul, 2016). Le but de la présente étude était de comparer la durée de l'interruption de traitement entre les personnes indigènes et non indigènes vivant avec le VIH amorçant une cART au Canada. La présente recherche a été menée de façon collaborative par une équipe constituée de personnes indigènes vivant avec le VIH, d'aînées et d'aînés indigènes, de chercheuses et chercheurs tant indigènes qu'alliés.

MÉTHODES

Methodologie de l'étude

Building Bridges est un projet de recherche communautaire impliquant la collaboration d'acteurs indigènes et alliés et le centre de recherche collaborative CANOC. À l'aide de méthodologies indigènes et de principes de recherche communautaire, on a mené une recherche en santé épidémiologique sur des questions de recherche pertinentes pour la collectivité. De l'étude Building Bridges a émergé un modèle indigène d'épidémiologie sanitaire ensuite utilisé pour orienter la présente recherche. La description de ce modèle indigène d'épidémiologie sanitaire est publiée dans un autre document (Benoit, 2015).

Dans ce modèle indigène d'épidémiologie sanitaire, les perspectives indigènes et épidémiologiques étaient complémentaires et l'étude était guidée par un comité consultatif communautaire qui comportait des personnes indigènes vivant avec le VIH (Benoit, 2015). Le comité consultatif et l'équipe de recherche incluait des personnes indigènes vivant avec le VIH, des aînées et aînés, des cliniciennes et cliniciens, des épidémiologues et des prestataires de services qui offraient collectivement une expertise en connaissances indigènes, en expériences vécues, en recherche sur le VIH et en épidémiologie clinique et sociale. La méthodologie indigène était concentrée sur les connaissances et perspectives indigènes du monde et la question de recherche y était étudiée de façon holistique, en tenant compte du chevauchement des sphères physique, mentale, émotionnelle et spirituelle en matière de santé et de bien-être de l'être. Les questions de recherche ont été établies par une collaboration de peuples indigènes affectés par le VIH et de chercheuses et chercheurs alliés de façon à refléter les priorités des acteurs indigènes.

Ces perspectives épidémiologiques étaient reflétées par l'utilisation de l'analyse de données statistiques.

Modèle et population de l'étude

La présente étude était une analyse rétrospective de données (réexamen de données préalablement recueillies) d'une collaboration avec CANOC. Un profil de la cohorte CANOC est publié dans un autre document (Palmer, 2011). En bref, CANOC est un projet collaboratif de huit groupes de personnes vivant avec le VIH recevant une cART dans trois provinces canadiennes. La majorité de la cohorte (62 %) consiste en Britanno-Colombiennes et Britanno-Colombiens et comporte une cohorte basée sur la population avec toutes les personnes qui ont commencé une thérapie antirétrovirale par association médicamenteuse par le biais du programme de traitement pharmaceutique géré par la province. CANOC compte trois sites cliniques et une étude de cohorte multicentrique de la province de l'Ontario (29 % de la cohorte) ainsi que trois sites cliniques de la province de Québec (9 % de la cohorte). Les indigènes vivant avec le VIH constituent environ 6 % de la cohorte.

L'information et les données cliniques que soumettaient les sites participants au site de coordination des données de CANOC, situé en Colombie-Britannique, ne comportaient aucun détail personnel et aucun nom. Pour faire partie de la cohorte CANOC, il fallait avoir 18 ans ou plus, n'avoir jamais reçu de traitement pour le VIH auparavant, avoir commencé une cART le ou après le 1^{er} janvier 2000, avoir commencé un schéma de cART comportant au moins trois antirétroviraux et avoir eu au moins une mesure de la charge virale plasmatique et de la numération lymphocytaire CD4 dans l'année précédant l'entreprise d'une cART ou dans les 15 jours suivant le début d'une cART. Les données d'une clinique ontarienne et d'une clinique québécoise ont été exclues de l'analyse parce que l'information concernant l'ethnicité n'y avait pas été recueillie.

Les données démographiques comportaient l'âge, le sexe, l'origine ethnique telle que rapportée dans CANOC, la province de résidence et les facteurs de risque se rapportant au VIH, y compris l'historique d'utilisation de drogues injectables, le fait d'être un homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et le statut d'hétérosexualité. Les variables cliniques incluaient la date et l'année du début de la cART, la charge virale plasmatique et la numération lymphocytaire CD4 au départ, la maladie définissant le sida au départ, le statut au regard de l'hépatite B et de l'hépatite C et la classe de médication antirétrovirale.

Était classée comme indigène quiconque déclarait appartenir à une Première Nation ou être Métis ou Inuit. Celles et ceux dont l'ethnicité était inconnue selon les données de CANOC étaient classifiés comme étant non-indigènes. L'élément principal était l'interruption de traitement, laquelle était définie comme étant l'interruption de toute médication antirétrovirale pendant au moins 90 jours consécutifs.

Le protocole de l'étude Building Bridges a été examiné et approuvé par le comité d'éthique de la recherche du Providence Health Care, affilié à l'Université de la Colombie-Britannique.

L'approbation éthique pour CANOC a été obtenue de tous les sites qui y ont contribué. Le protocole d'analyse de données a été révisé et approuvé par le comité directeur de CANOC.

Analyse statistique

L'analyse statistique est guidée par des approches mathématiques, ou « tests », qui permettent de comparer deux ou plusieurs variables — des pièces d'information — et de rechercher des rapports entre elles. Dans la description d'analyse qui suit, chaque approche est déterminée par le nom qu'elle porte en statistiques. La section traitant de la discussion ci-dessous expose les apprentissages tirés de ces tests par l'équipe de recherche et les détails que ses membres ont unanimement jugés importants quant aux rapports établis par les tests mathématiques.

Les caractéristiques démographiques et cliniques des membres participants indigènes et non indigènes ont été résumées selon le taux de répétition (nombre d'occurrences d'une caractéristique dans les données) et les proportions (fractions) pour les variables catégoriques, et selon la médiane (valeur médiane) et l'écart interquartile (EIQ) pour les variables continues. Ces caractéristiques ont fait l'objet de comparaisons entre les participantes et participants indigènes et non-indigènes en utilisant respectivement le test de khi-carré de Pearson et le test de Kruskal-Wallis pour les variables catégoriques et continues.

Afin de travailler avec des dossiers où il manquait de l'information sur l'ethnicité, le statut d'homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et l'utilisation de drogues injectables, une technique statistique complexe a été utilisée (version du modèle de spécification conditionnelle entière compatible avec le modèle substantif) (Bartlett, 2016). L'imputation quant à l'ethnicité a été effectuée à l'aide d'une fonction discriminante. L'imputation quant au statut d'homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et à l'utilisation de drogues injectables a été effectuée à l'aide de modèles logistiques de régression. Le modèle d'imputation comportait des spécifications quant à la distribution du critère de probabilité de survie selon les durées d'interruption de traitement en plus de toutes les variables incluses dans le modèle substantif.

Les périodes d'interruption de traitement ont été comparées à l'aide des courbes de Kaplan-Meier. Le lien entre l'ethnicité indigène et l'interruption de traitement a été estimé à l'aide de modèles à hasards proportionnels de Cox après ajustement pour confondre les variables confusionnelles, dont l'âge, le sexe, l'utilisation de drogues injectables, la province de résidence et l'année du début de la cART. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel statistique SAS^{MD}, version 9.4, mis au point par SAS Institute Inc., Cary (Caroline du Nord, États-Unis) et R 3.3.1 (R Development Core Team, Vienne, Autriche).

RÉSULTATS

Un total de 7 080 participantes et participants, dont 443 indigènes, ont été inclus dans l'analyse. Il y avait eu au moins une interruption de traitement chez 1 611 (22,8 %) d'eux pendant leur recrutement dans la cohorte. Le nombre de personnes s'identifiant de genre masculin était de 5 566 (78,6 %), tandis que 1 476 (20,8 %) s'identifiaient de genre féminin et 38 (0,5 %) se

déclaraient transgenres. La majorité résidait en Colombie-Britannique (4 395, ou 62,1 %). Il existait un historique d'utilisation de drogues injectables chez 1 896 (26,8 %) membres de la cohorte. Il était hautement probable que les personnes indigènes recrutées soient de genre féminin, résident en Colombie-Britannique, aient un historique d'utilisation de drogues injectables et comptent au moins une interruption de traitement (tableau 1). La probabilité cumulée (probabilité globale) d'interruption de traitement augmentait significativement chez les peuples indigènes 1 an, 3 ans et 5 ans après le début de la thérapie antirétrovirale (tableau 2).

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques et cliniques des personnes participantes par ethnicité

| | Caucasien (N=2 471) | | Noir (N=787) | | Indigène (N=443) | | Autre (N=683) | | Ne sait pas (N=2 696) | | Valeur de p |
|---|------------------------|-----------|-----------------|-----------|---------------------|-----------|------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | |
| Sexe | | | | | | | | | | | |
| Homme | 2 154 | 87,2 | - | - | 255 | 57,6 | 591 | 86,5 | 2 199 | 81,6 | <0,0 01 |
| Femme | 310 | 12,5 | - | - | 179 | 40,4 | 86 | 12,6 | 482 | 17,9 | |
| Personne transgenre* | 7 | 0,3 | - | - | 9 | 2,0 | 6 | 0,9 | 15 | 0,6 | |
| Province | | | | | | | | | | | |
| Colombie-Britannique | 1 160 | 46,9 | 85 | 10,8 | 359 | 81,0 | 306 | 44,8 | 2 485 | 92,2 | <0,0 01 |
| Ontario | 1 113 | 45,0 | 460 | 58,4 | 66 | 14,9 | 303 | 44,4 | 93 | 3,4 | |
| Québec | 198 | 8,0 | 242 | 30,7 | 18 | 4,1 | 74 | 10,8 | 118 | 4,4 | |
| UDI à risque pour le VIH | | | | | | | | | | | |
| Non | 1 653 | 66,9 | 714 | 90,7 | 99 | 22,3 | 557 | 81,6 | 1 093 | 40,5 | <0,0 01 |
| Oui | 724 | 29,3 | 26 | 3,3 | 314 | 70,9 | 107 | 15,7 | 725 | 26,9 | |
| Ne sait pas | 94 | 3,8 | 47 | 6,0 | 30 | 6,8 | 19 | 2,8 | 878 | 32,6 | |
| Premier régime cART | | | | | | | | | | | |
| Basé sur les INNTI | 1 110 | 44,9 | 373 | 47,4 | 203 | 45,8 | 331 | 48,5 | 1 243 | 46,1 | <0,0 01 |
| IP sans action renforcée | 177 | 7,2 | 90 | 11,4 | 30 | 6,8 | 44 | 6,4 | 98 | 3,6 | |
| IP avec action renforcée | 1 050 | 42,5 | 281 | 35,7 | 193 | 43,6 | 275 | 40,3 | 1 244 | 46,1 | |
| Autre | 134 | 5,4 | 43 | 5,5 | 17 | 3,8 | 33 | 4,8 | 111 | 4,1 | |
| Début de cART | | | | | | | | | | | |
| 2000-2002 | 570 | 23,1 | 152 | 19,3 | 120 | 27,1 | 144 | 21,1 | 346 | 12,8 | <0,0 01 |
| 2003-2005 | 582 | 23,6 | 201 | 25,5 | 90 | 20,3 | 156 | 22,8 | 448 | 16,6 | |
| 2006-2008 | 677 | 27,4 | 223 | 28,3 | 121 | 27,3 | 177 | 25,9 | 684 | 25,4 | |
| 2009-2012 | 642 | 26,0 | 211 | 26,8 | 112 | 25,3 | 206 | 30,2 | 1 218 | 45,2 | |
| Âge médian (ans) au début des premiers ARV (EIQ) | 41 | (34-48) | 37 | (32-43) | 39 | (32-44) | 38 | (32-44) | 41 | (34-48) | <0,0 01 |
| Nb médian de CD4/mm³ au début (EIQ) | 210 | (105-313) | 189 | (102-277) | 160 | (74-270) | 201 | (90-290) | 230 | (120-350) | <0,0 01 |
| Charge virale médiane, en Log₁₀, au début (EIQ) | 5,0 | (4,5-5,2) | 4,5 | (4,0-5,0) | 4,9 | (4,4-5,0) | 4,9 | (4,3-5,2) | 4,9 | (4,4-5,0) | <0,0 01 |

VIH : virus de l'immunodéficience humaine; UDI : utilisatrice ou utilisateur de drogues injectables; cART : thérapie antirétrovirale par association médicamenteuse; INNTI : inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse; IP : inhibiteur de protéase; EIQ : écart interquartile; ARV : antirétroviraux

*Certaines données sont absentes du rapport par souci de préservation de l'anonymat (petite taille de cellules).

Tableau 2 : Probabilité cumulative d'interruption de traitement pendant l'An 1, 2 et 5 après un début de thérapie antirétrovirale par ethnicité

| | Caucasien (N=2 471) | Noir (N=787) | Indigène (N=443) | Autre (N=683) | Ne sait pas (N=2 696) | Valeur de p |
|---------------------------|--------------------------------|-------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------------------|------------------------|
| Probabilité d'IT à l'An 1 | 0,11 | 0,11 | 0,32 | 0,07 | 0,13 | <0,001 |
| Probabilité d'IT à l'An 2 | 0,16 | 0,14 | 0,40 | 0,11 | 0,18 | <0,001 |
| Probabilité d'IT à l'An 5 | 0,24 | 0,23 | 0,52 | 0,19 | 0,26 | <0,001 |

IT : Interruption de traitement

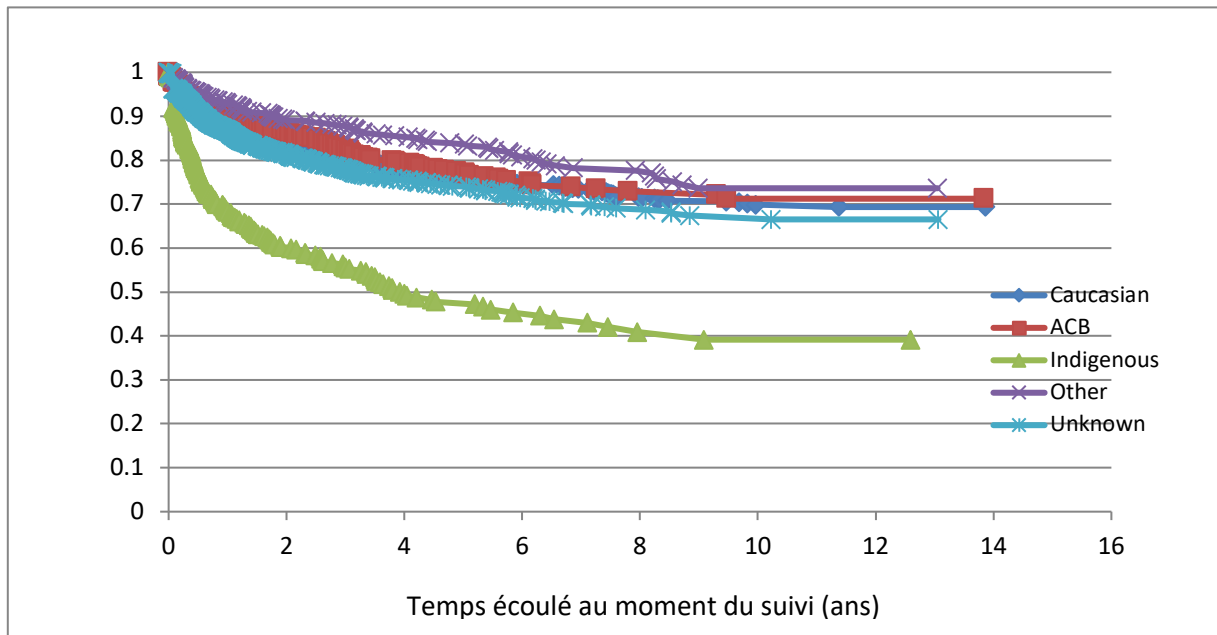
Dans un modèle à risques proportionnels standards de Cox pour la durée d'interruption de traitement, le patrimoine de l'indigénité demeurerait une variable indépendante importante de l'interruption de traitement (rapport de risque [RR]=1,43; 95 % intervalle de confiance [IC] 1,21; 1,70) après ajustement des covariables significatives (voir tableau 3 pour l'ensemble des variables incluses). Après l'imputation des valeurs manquantes quant à l'ethnicité, le lien demeurerait significatif (RR=1,46; 95 % IC 1,25; 1,71). L'ethnicité africaine, caribéenne ou noire, le fait d'être une femme, d'avoir la Colombie-Britannique comme province de résidence, l'historique d'utilisation de drogues injectables, le schéma initial d'antirétroviraux comportant des inhibiteurs de protéase sans action renforcée, et l'année du début de cART étaient aussi des facteurs ayant un rapport de risque élevé dans l'analyse multivariable après imputation des valeurs manquantes quant à l'ethnicité (tableau 3). Comparativement à la période de référence 2000-2002, l'interruption de traitement était moins probable au cours des années subséquentes. Une courbe Kaplan-Meier illustrant la durée de l'interruption de traitement selon l'ethnicité est présentée à la Figure 1. Cette figure montre les changements lors du prolongement de l'absence d'interruption de traitement (la poursuite de la cART) au fil du temps pour différentes ethnicités. Une courbe vers le bas pour un groupe donné de personnes signifie une diminution des probabilités du maintien de la cART pour celui-ci.

Tableau 3 : Modèles à risques proportionnels standards de Cox à une et à plusieurs variables pour la durée de l'interruption de traitement

| | Modèle non corrigé | | | | Modèle corrigé | | | |
|---|--------------------|----------|-----------------------------|----------|----------------------------|----------|-----------------------------|----------|
| | À une variable | | Données manquantes imputées | | Données manquantes exclues | | Données manquantes imputées | |
| | RR (95 % IC) | <i>p</i> | RR (95 % IC) | <i>p</i> | RR (95 % IC) | <i>p</i> | RR (95 % IC) | <i>p</i> |
| Âge au début du premier cART (ans) | 0,97 (0,97-0,98) | <0,001 | 0,97 (0,97-0,98) | <0,001 | 0,97 (0,97-0,98) | <0,001 | 0,97 (0,97-0,98) | <0,001 |
| Sexe | | | | | | | | |
| Homme/personne transgenre | Réf. | <0,001 | Réf. | <0,001 | Réf. | <0,001 | Réf. | <0,001 |
| Femme | 1,98 (1,78-2,20) | | 1,98 (1,78-2,20) | | 1,41 (1,25-1,58) | | 1,37 (1,21-1,54) | |
| Province | | | | | | | | |
| Ontario/Québec | Réf. | <0,001 | Réf. | <0,001 | Réf. | <0,001 | Réf. | <0,001 |
| Colombie-Britannique | 2,12 (1,89-2,37) | | 2,12 (1,89-2,37) | | 1,90 (1,65-2,18) | | 1,85 (1,62-2,12) | |
| Ethnicité | | | | | | | | |
| Caucasien | Réf. | <0,001 | Réf. | <0,001 | Réf. | <0,001 | Réf. | <0,001 |
| ACN | 0,94 (0,79-1,12) | | 0,99 (0,83-1,17) | | 1,25 (1,03-1,53) | | 1,34 (1,11-1,62) | |
| Indigène | 2,82 (2,40-3,31) | | 2,61 (2,26-3,01) | | 1,43 (1,21-1,70) | | 1,46 (1,25-1,71) | |
| Autre | 0,72 (0,59-0,89) | | 0,74 (0,63-0,87) | | 0,78 (0,64-0,96) | | 0,80 (0,68-0,95) | |
| Ne sait pas | 1,16 (1,03-1,31) | | | | 1,09 (0,96-1,24) | | | |
| UDI à risque pour le VIH | | | | | | | | |
| Non/ne sait pas | Réf. | <0,001 | Réf. | <0,001 | Réf. | <0,001 | Réf. | <0,001 |
| Oui | 3,23 (2,91-3,60) | | 3,23 (2,91-3,60) | | 2,50 (2,24-2,80) | | 2,46 (2,18-2,78) | |
| Premier régime cART | | | | | | | | |
| Basé sur les INNTI | Réf. | <0,001 | Réf. | <0,001 | Réf. | <0,001 | Réf. | <0,001 |
| IP sans action renforcée | 1,79 (1,52-2,11) | | 1,79 (1,52-2,11) | | 1,40 (1,18-1,66) | | 1,41 (1,19-1,67) | |
| IP avec action renforcée | 0,93 (0,84-1,04) | | 0,93 (0,84-1,04) | | 1,01 (0,90-1,12) | | 1,01 (0,90-1,13) | |
| Autre | 1,13 (0,90-1,42) | | 1,13 (0,90-1,42) | | 1,12 (0,89-1,41) | | 1,12 (0,88-1,41) | |
| Début de cART | | | | | | | | |
| Réf. | Réf. | <0,001 | Réf. | <0,001 | Réf. | <0,001 | Réf. | <0,001 |
| 2003-2005 | 0,65 (0,58-0,74) | | 0,65 (0,58-0,74) | | 0,68 (0,60-0,78) | | 0,68 (0,60-0,78) | |
| 2006-2008 | 0,47 (0,41-0,54) | | 0,47 (0,41-0,54) | | 0,49 (0,43-0,57) | | 0,50 (0,43-0,57) | |
| 2009-2012 | 0,32 (0,28-0,38) | | 0,32 (0,28-0,38) | | 0,32 (0,27-0,37) | | 0,31 (0,26-0,36) | |
| Charge virale médiane, en Log10, au début | | | | | | | | |
| Nb médian de CD4 (par 100 cellules/mm ³) au début | 0,92 (0,90-0,95) | <0,001 | 0,92 (0,90-0,95) | <0,001 | 0,94 (0,91-0,97) | <0,001 | 0,95 (0,91-0,98) | <0,001 |
| | 1,02 (0,99-1,05) | 0,176 | 1,02 (0,99-1,05) | 0,176 | 1,07 (1,03-1,10) | <0,001 | 1,07 (1,04-1,11) | <0,001 |

RR : ratio de risque; IC : intervalle de confiance; Réf. : référence; cART : thérapie antirétrovirale par association médicamenteuse; ACN : Africain, Caribéen ou Noir; VIH : virus de l'immunodéficience humaine; UDI : utilisatrice ou utilisateur de drogues injectables; INNTI : inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse ; IP : inhibiteur de protéase

Figure 1. Probabilité de prolongation de l'absence d'interruption de traitement par ethnicité



La figure 1 illustre les courbes de probabilité de Kaplan-Meier quant à la prolongation de l'absence d'interruption de traitement par ethnicité.

DISCUSSION

Dans la présente étude, nous avons trouvé que le risque d'interruption de traitement était accru chez les participantes et participants indigènes. Probablement que cette conclusion s'explique par nombre de facteurs. La fréquence de changements de domicile découlant de la dépossession de terres historiques peut impacter le comportement en matière de santé (Jongbloed, 2015) et il a été bien documenté que l'accès aux soins et l'itinérance ont un impact sur l'utilisation des soins de base (Qualité des services de santé Ontario, 2016). Les transitions entre les localités indigènes et les centres urbains peuvent entraîner une fragmentation des soins. De plus, les peuples indigènes sont surreprésentés dans l'appareil de justice pénale canadien et les emprisonnements répétés peuvent aussi entraîner une fragmentation des soins et l'interruption de traitement (McNeil, 2016). Également, il a été bien documenté que les peuples indigènes vivent des expériences de racisme dans les établissements de soins de santé au Canada (Czyzewski, 2011; Lawrence, 2016; Loppie, 2014) et ceci peut impacter les soins quant au VIH et l'utilisation des antirétroviraux. Par ailleurs, il est démontré que chez les peuples indigènes du Canada, la probabilité de recevoir une thérapie optimale pour le VIH est faible et la probabilité de recevoir le traitement d'un médecin possédant peu d'expérience en gestion du VIH est élevée (Miller, 2006).

Malgré beaucoup d'obstacles sociaux complexes que de nombreux peuples indigènes ont rencontrés en rapport avec le VIH, il leur est possible de réussir à maintenir une thérapie antirétrovirale par association médicamenteuse (cART) avec des programmes de soins et de

soutien centrés sur la clientèle, comme en fait foi le témoignage de Valérie. « Mon histoire a commencé avec le déni. La personne partageant ma vie avait reçu un diagnostic de VIH, mais il m'a fallu deux ans et un combat contre l'utilisation de substances — mon moyen pour y faire face — avant de trouver la force de passer au dépistage. J'ai fini par recevoir un diagnostic de VIH avec une numération lymphocytaire CD4 de 90/mm³. Il m'a fallu encore deux ans pour commencer le traitement, mais quand je l'ai commencé, j'avais une charge virale supprimée en moins d'un mois et je me maintiens depuis maintenant sept ans. Après avoir reçu un diagnostic de VIH, on m'a mise en contact avec un médecin de famille qui m'a aidée à m'instruire sur le VIH et j'ai réalisé que ce n'était pas une condamnation à mort. Par moments, j'étais itinérante, mais mon équipe de personnel infirmier communautaire et de médecins me traquait, me livrait ma médication et s'assurait que je reste sur thérapie antirétrovirale. Je savais que si on faisait tout ça pour moi, je devais prendre ma médication chaque jour. »

L'histoire de Valérie démontre le rôle que les professionnelles et professionnels de la santé peuvent jouer pour soutenir les personnes vivant avec le VIH. Dans une étude en milieu rural au Kenya, il était démontré que les professionnelles et professionnels de la santé peuvent faciliter la continuité des soins en fournissant la documentation appropriée aux patientes et patients qui changent de clinique (Hickey, 2016). Cette conclusion fait ressortir le besoin que les médecins et le personnel infirmier veillent de façon proactive à la continuité des soins pour les peuples indigènes avec le VIH en milieu rural, suburbain ou urbain lorsqu'ils changent de milieu. La communication entre les cliniques et les recommandations faites en temps opportun peuvent faciliter ce processus. Ces mesures peuvent s'avérer particulièrement importantes pour quelqu'un ne possédant pas nécessairement d'expérience de navigation dans le système de soins de santé canadien à l'extérieur de localités indigènes. Dans la présente étude, il a été établi qu'il existait un lien entre l'interruption de traitement, le fait d'être une femme et l'utilisation de drogues à injection, ce qui corrobore les données démontrant un faible engagement dans le continuum de soins pour le VIH pour ces populations (Lourenço, 2014). Ceci fait ressortir le besoin d'une programmation de soutien pour ces populations.

La présente étude a plusieurs forces. Premièrement, elle intègre la recherche communautaire et une question de recherche qui a été déterminée par des membres de collectivités est abordée. Deuxièmement, elle comporte un grand nombre de participantes et participants indigènes de régions géographiques diversifiées du Canada. Toutefois, la cohorte de CANOC recrute des particuliers par des cliniques ou un programme provincial de cART, ce qui entraîne un biais dans le recrutement en faveur des particuliers ayant un lien avec le personnel de soins et maintenus dans ces soins. Des personnes indigènes vivant avec le VIH à risque élevé d'interruption de traitement pourraient ne pas faire partie de cette cohorte, d'où une possible sous-estimation du rapport de risque. En outre, la présente étude n'incluant pas les données sur les gens n'ayant pas encore commencé une cART, un groupe où les peuples indigènes seraient potentiellement surreprésentés. Enfin, il y a un risque de biais de classification erronée étant donné que les expériences de racisme en milieu de soins de santé peuvent mener des participantes et participants indigènes à s'abstenir de déclarer leur indigénéité. Les collaborations et le recrutement locaux pourraient permettre d'aborder ces limitations ultérieurement.

En conclusion, la présente étude a démontré que le risque d'interruption de traitement était plus élevé chez les peuples indigènes vivant avec le VIH que chez les personnes d'autres ethnicités vivant au Canada. Dans des études antérieures, il a été établi qu'il existait des écarts dans l'état de santé quant au VIH chez les peuples indigènes au Canada, mais la présente étude dévoile l'un des nombreux facteurs augmentant le risque d'une mauvaise santé chez les personnes indigènes. L'interruption de traitement peut être reliée à des facteurs individuels ou systémiques et une amélioration du soutien aux personnes indigènes vivant avec le VIH doit être jumelée avec des changements structureaux pour aborder les déterminants de santé sous-jacents.

RÉFÉRENCES

- Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration. (2013). « Influence of geographical origin and ethnicity on mortality in patients on antiretroviral therapy in Canada, Europe, and the United States ». *Clinical Infectious Diseases*, 56(12), 1800-1809.
- Bartlett, J.W., & Taylor, J.M. (2016). « Missing covariates in competing risks analysis ». *Biostatistics*, 17(4), 751-763.
- Benoit A.C., Jaworsky D., Hull M., Masching R., Raboud J., Hogg R., ... et Loutfy M., au nom de l'équipe Building Bridges. (2015). « Building Bridges: A model for community engagement in epidemiology research ». *24^e Conférence canadienne annuelle de recherche sur le VIH et le sida*, Toronto, Ontario.
- Benoit A.C., Younger J., Beaver K., Jackson R., Loutfy M., Masching R., ... & Raboud J., au nom de l'équipe Building Bridges et de la cohorte du centre de recherche collaborative CANOC. (2017). « A comparison of virological suppression and rebound between Indigenous and non-Indigenous persons initiating combination antiretroviral therapy in a multisite cohort of individuals living with HIV in Canada ». *Antiviral Therapy*, 22(4), 325-335.
- Bourgeois, A.C., Edmunds, M., Awan, A., Jonah, L., Varsaneux, O., Siu, W. (2017). *Le VIH au Canada – Rapport de surveillance de 2016*. Ottawa, Ontario : Agence de la santé publique du Canada.
- Czyzewski K. (2011). « Colonialism as a broader social determinant of health ». *The International Indigenous Policy Journal*, 2(1), 1-14.
- Duncan, K. C., Reading, C., Borwein, A. M., Murray, M. C. M., Palmer, A., Michelow, W., ... & Hogg, R. S. (2011). « HIV incidence and prevalence among Aboriginal peoples in Canada ». *AIDS and Behavior*, 15, 214–227.
- Hickey, M. D., Omollo, D., Salmen, C. R., Mattah, B., Blat, C., Ouma, G. B., ... et Geng EH. (2016). « Movement between facilities for HIV care among a mobile population in Kenya: transfer, loss to follow-up, and reengagement ». *AIDS Care*, 4 :1-8.
- Jiamsakul, A., Kerr, S. J., Ng, O. T., Lee, M.P., Chaiwarith, R., Yunihastuti, E., ... et Kumarasamy, N., TREAT Asia HIV Observational Database (TAHOD). (2016). « Effects of unplanned treatment interruptions on HIV treatment failure - results from TAHOD ». *Tropical Medicine & International Health*, 21(5), 662-74.
- Jongbloed, K., Thomas, V., Pearce, M. E., Christian, K. W., Zhang, H., Oviedo-Joekes, E., ... & Spittal, P. M.; Cedar Project Partnership. (2015). « The Cedar Project: Residential transience and HIV vulnerability among young Aboriginal people who use drugs ». *Health Place*, 33. 125-31.

- Lawrence, H. P., Cidro, J., Isaac-Mann, S., Peressini, S., Maar, M., Schroth, R. J., ... & Jamieson, L. (2016). « Racism and oral health outcomes among pregnant Canadian Aboriginal women ». *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 27(1 Suppl), 178-206.
- Lima, V. D., Kretz, P., Palepu, A., Bonner, S., Kerr, T., Moore, D., ... & Hogg, R. S. (2006). « Aboriginal status is a prognostic factor for mortality among antiretroviral naive HIV-positive individuals first initiating HAART ». *AIDS Research and Therapy*, 3, 14.
- Loppie, S., Reading, C., & de Leeuw, S.. (2014) *L'effet du racisme sur les Autochtones et ses conséquences*. Prince George, Colombie-Britannique : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.
- Lourenço L., Colley G., Nosyk B., Shopin D., Montaner J.S., Lima V.D. STOP HIV/AIDS Study Group. (2014). « High levels of heterogeneity in the HIV cascade of care across different population subgroups in British Columbia, Canada ». *PLoS One*, 9(12): e115777.
- Martin, L. J., Houston, S., Yasui, Y., Wild, T. C., & Saunders, L. D. (2010). « Rates of initial virological suppression and subsequent virological failure after initiating highly active antiretroviral therapy: the impact of aboriginal ethnicity and injection drug use ». *Current HIV Research* 8(8), 649-58.
- Martin, L. J., Houston, S., Yasui, Y., Wild, T. C., & Saunders, L. D. (2011). « All-cause and HIV-related mortality rates among HIV-infected patients after initiating highly active antiretroviral therapy: the impact of Aboriginal ethnicity and injection drug use ». *Canadian Journal of Public Health / Revue canadienne de santé publique*, 102(2), 90-96.
- McNeil, R., Kerr, T., Coleman, B., Maher, L., Milloy, M. J., & Small, W. (2017). « Antiretroviral therapy interruption among HIV positive people who use drugs in a setting with a community-wide HIV Treatment-as-Prevention Initiative ». *AIDS and Behavior*, 21(2), 402-409.
- Meade, C. S., Hansen, N. B., Kochman, A., & Sikkema, K.J. (2009). « Utilization of medical treatments and adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive adults with histories of childhood sexual abuse ». *AIDS Patient Care and STDs*, 23(4), 259-266.
- Miller, C. L., Spittal, P. M., Wood, E., Chan, K., Schechter, M.T., Montaner, J. S., & Hogg, R. S. (2006). « Inadequacies in antiretroviral therapy use among Aboriginal and other Canadian populations ». *AIDS Care*, 8(8), 968-76.
- Mugavero, M., Ostermann, J., Whetten, K., Leserman, J., Swartz, M., Stangl, D., & Thielman, N.. (2006). « Barriers to antiretroviral adherence: The importance of depression, abuse and other traumatic events ». *AIDS Patient Care & STDs*, 20(6), 418-428.
- Palmer, A. K., Klein, M. B., Raboud, J., Cooper, C., Hosein, S., Loutfy, M., ... & Hogg, R. S., collaboration de CANOC. (2011). « Cohort profile: the Canadian Observational Cohort Collaboration ». *International Journal of Epidemiology*, 40(1), 25-32.

Qualité des services de santé Ontario (2016). « Interventions visant à améliorer l'accès aux soins primaires pour les sans-abri : examen systématique ». *Série des évaluation des technologies de la santé de l'Ontario*, 16(9), 1-50.

Samji, H., Chen, Y., Salters, K., Montaner, J. S. G., & Hogg, R. S. « Correlates of unstructured antiretroviral treatment interruption in a cohort of HIV-positive individuals in British Columbia ». *AIDS and Behavior*. 18(11), 2240-2248.

Statistique Canada. (2011). *Enquête nationale auprès des ménages, 2011 : Les peuples autochtones au Canada : Premières Nations, Métis et Inuits*. Ottawa, Ontario : Statistique Canada