



L'ÉPIDÉ

Les
infections
transmissibles
sexuellement
et par le sang

MIE

Quatrième
rapport national sur
l'état de santé
de la population
du Québec

SILENCIEUX

SE

L'ÉPIDÉ

**Les
infections
transmissibles
sexuellement
et par le sang**

MIE

Quatrième
rapport national sur
l'état de santé
de la population
du Québec

SILENCIEUX

SE

**Santé
et Services sociaux**

Québec 

Le Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec a été élaboré conjointement par la Direction du développement des individus et de l'environnement social du ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Institut national de santé publique du Québec, sous la direction de :

ALAIN POIRIER, M.D.

Directeur national de santé publique

ANDRÉ DONTIGNY, M.D.

*Directeur, Direction du développement des individus
et de l'environnement social*

COORDINATION

Lise Guérard

RÉDACTION

Hervé Anctil
Consultant

CONTRIBUTION SPÉCIALE

Monique Imbleau
Institut national de santé publique du Québec

RÉVISION LINGUISTIQUE

Francine Bordeleau

**GRAPHISME
ET MISE EN PAGE**

Nestor Design

SECRETARIAT

Anne-Gracieuse Desrameaux

ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document a été publié en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : www.msss.gouv.qc.ca section Documentation, rubrique Publications.

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Bibliothèque et Archives Canada, 2010

ISBN : 978-2-550-58806-1 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-58807-8 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2010

COMITÉ D'ORIENTATION

Richard Cloutier

Ministère de la Santé et des Services sociaux

André Dontigny

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Lise Guérard

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Monique Imbleau

Institut national de santé publique du Québec

Lyne Jobin

Ministère de la Santé et des Services sociaux

RECHERCHE ET ANALYSES

Michel Alary

Institut national de santé publique du Québec

Pierre-Raymond Allard

Institut national de santé publique du Québec

Raphaël Bitera

Institut national de santé publique du Québec

Lise Dunnigan

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Marc Fiset

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Monique Imbleau

Institut national de santé publique du Québec

Gilles Lambert

Institut national de santé publique du Québec

André Lussier

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Sylfreed Minzunza

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Raymond Parent

Institut national de santé publique du Québec

Louise Ringuette

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Sylvie Savard

Institut national de santé publique du Québec

AUTRES CONTRIBUTIONS

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Évelyne Fleury

Nicole Marois

Josée Morisset

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Guillaume Beurivage

Patrick Berthiaume

Josée Bourdages

Michel Brosseau

Michelle Dubois

Marthe Hamel

Claude Laberge

Valérie Marchand

Julie Mathieu

Marie-Carole Toussaint

Irina Tsarevsky

Karine White

Mélanie White

COMITÉ DIRECTEUR SUR L'ÉVALUATION DE LA STRATÉGIE DE LUTTE CONTRE LES ITSS

COMITÉ SCIENTIFIQUE SUR LES ITSS

mot du ministre

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ont reçu moins d'attention ces dernières années que dans les décennies précédentes. On se rappellera qu'au cours des années 1980 et 1990, la lutte contre le VIH a donné lieu à une très forte mobilisation. L'avènement de médicaments puissants a permis d'améliorer l'espérance de vie et la qualité de vie des personnes atteintes. Ces progrès, tant souhaités et si bénéfiques, ont toutefois eu des effets insoupçonnés : aujourd'hui le VIH suscite moins de crainte dans la population, occupe moins de place à l'ordre du jour des décideurs et des gestionnaires et mobilise moins la communauté. Bref, tout le monde a baissé la garde, ce qui explique en partie la recrudescence actuelle des ITSS.

Il est aujourd'hui impératif de se mobiliser de nouveau, individuellement et collectivement pour lutter contre cette épidémie d'ITSS. Parce que les conséquences à long terme peuvent être graves : infertilité, grossesse ectopique chez les femmes de la jeune génération, risques accrus de maladies chroniques et de cancer, transmission chez les nouveau-nés, etc. Sans compter les coûts économiques et sociaux de ces infections.

Les jeunes de 15 à 24 ans constituent le segment de la population qui compte le plus grand nombre de personnes infectées. Ils doivent donc recevoir une attention particulière, autant au chapitre de la prévention que des services de dépistage et de traitement.

D'autres groupes sont aussi très exposés aux ITSS : les jeunes marginaux, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les utilisateurs de drogues par injection, les travailleurs et travailleuses du sexe, notamment. Ces groupes sont aussi les plus difficiles à atteindre par les campagnes de prévention et les programmes de dépistage usuels. Le réseau de la santé et ses partenaires doivent donc adapter et raffiner leurs méthodes pour les rejoindre dans leur milieu de vie.

La lutte contre les ITSS pose un double défi aux acteurs de santé publique et, plus largement, au système de santé et de services sociaux : mettre en place et adapter les services et les mesures nécessaires pour mieux prévenir, dépister et traiter ces infections ; mobiliser la collectivité. Celle-ci est en effet hautement concernée, parce que le combat qui s'engage n'est pas seulement l'affaire de la santé publique ou même du système de santé. Pour mieux prévenir les infections et briser la chaîne de transmission, il faut aussi agir sur les conditions sociales des groupes les plus touchés. Les services de santé ne disposent pas à eux seuls de tous les leviers permettant d'intervenir efficacement. La solution passe donc par l'engagement de tous les acteurs et milieux concernés : l'école, les centres jeunesse, les municipalités, la sécurité publique, les organismes communautaires, les établissements ayant une vocation de rencontres sexuelles et, au premier chef, les familles.

Que tous ceux et celles qui font déjà leur part dans la lutte contre les ITSS considèrent ce rapport comme une invitation à poursuivre et renforcer les efforts pour infléchir la tendance actuelle. De mon côté, je m'engage à faire de la lutte contre les ITSS une illustration claire de la capacité du réseau de la santé et des services sociaux à agir encore plus efficacement.

Yves Bolduc

Ministre de la Santé et des Services sociaux

avant- propos

En 2001, le gouvernement du Québec a adopté un nouveau cadre législatif en matière de santé publique : la Loi sur la santé publique. La protection de la santé de la population et la mise en place des conditions qui favorisent le maintien et l'amélioration de son état de santé en constituent l'objet principal. La loi établit différents moyens pour suivre l'évolution de l'état de santé de la population et de diffuser l'information qui en découle. La présentation de ce rapport consacré aux ITSS s'inscrit dans l'exercice de cette responsabilité que me confie le ministre.

Les ITSS sont en nette progression. La chlamydie et la gonorrhée font des ravages chez les jeunes. Même une infection que l'on croyait pratiquement disparue, la syphilis, a refait surface au cours des dix dernières années. Le virus de l'immunodéficience humaine continue de faire des victimes, tout particulièrement au sein de deux groupes, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et les personnes qui font usage de drogues par injection. En outre, chez ces dernières, le virus de l'hépatite C se propage de manière fulgurante.

Ce rapport décrit l'évolution de la situation ces dernières années en matière d'ITSS, identifie les gains réalisés en terme d'activités de prévention, de dépistage et de traitement. Il invite le réseau de la santé et des services sociaux et ses partenaires à presser le pas, à accentuer la cadence dans le déploiement et l'adaptation des moyens et vient surtout souligner l'importance de tout mettre en œuvre pour renverser la tendance actuelle.

Nous souhaitons que ce rapport suscitera la mobilisation souhaitée pour que la lutte contre les ITSS devienne une véritable responsabilité collective et individuelle. Ces efforts concertés peuvent infléchir la tendance en faveur de la santé et du bien-être de nos jeunes et des groupes vulnérables aux prises avec ces problèmes.

Alain Poirier
Directeur national de santé publique

Les maux que l'on tait 10

UN PROBLÈME MAJEUR DE SANTÉ PUBLIQUE 12

- 1.1 Un problème sous-estimé 15
 - Les infections bactériennes 15
 - Les infections virales 19
- 1.2 Des groupes plus touchés 23
 - Les jeunes 24
 - Les hommes ayant des relations
sexuelles avec des hommes 26
 - Les utilisateurs de drogues par
injection et par inhalation 27
 - Les communautés autochtones 27
 - Les personnes originaires d'un pays où
l'infection par le VIH est endémique . . . 28
 - Les personnes incarcérées 28
- 1.3 Le contexte de la lutte contre les ITSS 30

CE QUE NOUS SAVONS ET CE QUE NOUS FAISONS : LES GAINS 32

- 2.1 Prévenir 35
 - Les campagnes de communication . . . 35
 - L'éducation à la sexualité 35
 - La défense des droits 36
 - Le travail de proximité 37
 - Les vaccins 38
- 2.2 Dépister 40
 - Les bonnes pratiques en matière
de dépistage 40
 - L'organisation des services 41
- 2.3 Traiter 43
- 2.4 Un impératif : revoir des façons de faire . . . 46

table des matières

| | |
|---|-----------|
| CE QUE NOUS POUVONS FAIRE DE PLUS ET DE MIEUX: LES DÉFIS | 48 |
| 3.1 Une vision commune. | 51 |
| Les acteurs de santé publique. | 51 |
| Le réseau de la santé et des services sociaux et les partenaires externes . . . | 51 |
| La population | 52 |
| 3.2 Prévenir plus et mieux. | 53 |
| Des actions de communication ciblées | 53 |
| Un accès aux condoms facilité | 54 |
| Des activités et services adaptés aux caractéristiques des groupes vulnérables. | 54 |
| 3.3 Dépister plus et mieux. | 60 |
| 3.4 Traiter plus et mieux | 63 |
| | |
| Conclusion | 65 |
| | |
| Annexe | |
| Orientations et plans d'action ministériels en lien avec la problématique des ITSS | 66 |
| | |
| Bibliographie | 67 |
| | |
| Notes | 69 |

Figure 1
Infection génitale à *C. trachomatis*, taux brut d'incidence de cas déclarés, Québec, 1990 à 2009 15

Figure 2
Infection génitale à *C. trachomatis*, taux d'incidence de cas déclarés selon l'âge et le sexe, Québec, 2008. 16

Figure 3
Infection gonococcique, taux brut d'incidence de cas déclarés, Québec, 1990 à 2009 17

Figure 4
Infection gonococcique, taux d'incidence de cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2008. 17

Figure 5
Syphilis infectieuse, taux brut d'incidence de cas déclarés, Québec, 1990 à 2009 18

Figure 6
Évolution du nombre des nouveaux et des anciens diagnostics, Programme de surveillance du VIH au Québec, avril 2002 à décembre 2008. . . 19

Tableau 1
Les ITSS et leurs principales conséquences sur la santé 14

liste des figures

liste des tableaux

Les maux que l'on tait

Quelque 40 000¹ Québécois et Québécoises – surtout des jeunes – recevront cette année un diagnostic d'infection transmissible sexuellement ou par le sang (ITSS) : chlamydie, gonorrhée, syphilis, VIH, hépatite C, virus du papillome humain, herpès. La même chose s'est produite en 2009. Le chiffre impressionne, mais il n'inclut pas les personnes infectées qui l'ignorent. Et si rien n'est fait, l'histoire pourrait bien se répéter l'an prochain.

Plusieurs croient pourtant que les ITSS sont maintenant bien maîtrisées et donc peu fréquentes, qu'elles sont pour la plupart bénignes, qu'elles ont peu de conséquences sur la santé, qu'un simple médicament suffit pour les traiter et qu'en définitive, elles ne les concernent pas. D'autres encore ne veulent pas en entendre parler parce qu'ils se sentent mal à l'aise avec les questions de sexualité ou de consommation de drogues. Bref, l'information sur la question est soit absente, soit partielle, quand elle n'est pas carrément erronée.

Or, les ITSS peuvent avoir des conséquences aussi graves que l'infertilité, la cirrhose du foie, une déficience immunitaire chronique et même, divers types de cancer. Ce n'est certainement pas banal, même si on en meurt moins, comme au temps du sida. Les ITSS représentent aujourd'hui un problème majeur de santé publique qui a malheureusement pris de l'ampleur au cours des dernières années. Et qui, fait alarmant, touche tout particulièrement les jeunes de 15 à 24 ans.

MTS, ITS ou ITSS ?

Les MTS, maladies transmissibles sexuellement, ont changé de nom. On les appelle maintenant « infections transmissibles sexuellement » (ITS). En général, le terme « maladie » est associé à la présence de symptômes qui sont perçus par la personne atteinte; le terme « infection » comprend en revanche les deux réalités, soit le cas où la personne atteinte perçoit des symptômes et le cas où la personne atteinte n'en perçoit pas. On peut donc être infecté par une ITS et la transmettre, même si on ne se sent pas malade. Le vocable « infections transmissibles sexuellement et par le sang » (ITSS) est également utilisé pour désigner des infections comme le VIH, la syphilis et l'hépatite B, qui se transmettent par voie sexuelle et sanguine. L'hépatite C, elle, se transmet principalement par le sang.

Investir dans la prévention ou le traitement précoceⁱ coûte beaucoup moins cher que les dépenses en soins et en services curatifs. Un tel investissement a des résultats tangibles à court, moyen et long terme. Il faut en parler et agir. D'autant plus que ces infections - toutes ces infections - sont transmissibles et évitables.

i. Alors qu'il n'en coûte que quelques dollars pour utiliser des condoms, on estime par exemple à 110 millions d'Euros (~ 150 millions \$) les coûts directs de la chlamydie en Grande-Bretagne (Source: European Centre for Disease Prevention and Control (June 2009). Chlamydia Control in Europe.). Aussi, le Centre universitaire de Santé McGill a évalué que le traitement antiviral contre le virus de l'hépatite C réduisait à moyen terme les coûts associés au traitement des complications (Source: McGregor, M. (2002). *Should McGill University Health Centre initiate an antiviral treatment program for patients with chronic hepatitis C?*, Report no 2, The Technology Assessment Unit of the McGill University Health Centre, 24 p.)

Au cours des dernières décennies, des efforts importants ont été consacrés à la lutte contre les ITSS. Mais le contexte a changé, l'avènement des trithérapies a entraîné une banalisation du VIH et globalement, la prévention a perdu du terrain. La recrudescence des ITSS oblige aujourd'hui à renouveler le combat contre ce qu'il convient d'appeler une « épidémie silencieuse ».

Le présent rapport est divisé en trois sections. Dans la première sont présentés l'ampleur du problème, les groupes de la population les plus touchés et le contexte de la lutte contre les ITSS. La deuxième est consacrée aux gains réalisés ces dernières années en matière de connaissances et d'intervention. Enfin, la troisième section porte sur les défis qui se posent au réseau de la santé et des services sociaux et à ses partenaires pour une prévention plus efficace des ITSS.

un.

**Un problème majeur
de santé publique**





Les ITSS sont causées essentiellement par des bactéries et des virus qui se transmettent au cours de relations sexuelles non protégées, par voie sanguine ou de la mère à l'enfant.

Tableau 1

Les ITSS et leurs principales conséquences sur la santé

| TYPE DE MICROBE | ITSS | PRINCIPALES CONSÉQUENCES PHYSIQUES |
|-----------------|--|---|
| Les bactéries | Chlamydirose Gonorrhée | Infertilité, grossesse ectopique, douleurs pelviennes chroniques, épididymite |
| | Syphilis | Neurosyphilis, maladies cardiovasculaires |
| Les virus | Immunodéficience humaine (VIH) | Affaiblissement du système immunitaire, infections, cancer |
| | Virus de l'hépatite B Virus de l'hépatite C | Maladies chroniques du foie, cirrhose, cancer |
| | Herpès génital | Lésions génitales récurrentes très douloureuses |
| | Papillome humain | Cancer du col de l'utérus, condylomes |

1.1 Un problème sous-estiméⁱⁱ

Depuis dix ans, le nombre de cas déclarés d'ITSS est en augmentation. Ce phénomène est inquiétant, d'autant que les statistiques n'en fournissent qu'un portrait partiel.

D'abord, plusieurs ITSS peuvent être asymptomatiques (la personne porteuse ne présente aucun signe d'infection) ou latentes (les symptômes se manifesteront plus tard); elles ne sont donc ni diagnostiquées ni déclarées. C'est ainsi que parmi les personnes infectées par le VIH, 15 % des hommes² ayant des relations sexuelles avec des hommes et 24 % des utilisateurs de drogues par injection³ ignoreraient leur état. Ensuite, les groupes les plus susceptibles d'être infectés par les ITSS fréquentent peu les services de santé en général et, lorsqu'ils le font, c'est rarement pour des problèmes d'ITSS. Enfin, des ITSS comme l'herpès génital et le virus du papillome humain ne sont pas à déclaration obligatoire et leur prévalence peut donc être sous-estimée.

Les données qui suivent doivent donc être interprétées à la lumière de ces éléments.

«Depuis dix ans, le nombre de cas déclarés d'ITSS est en augmentation.»

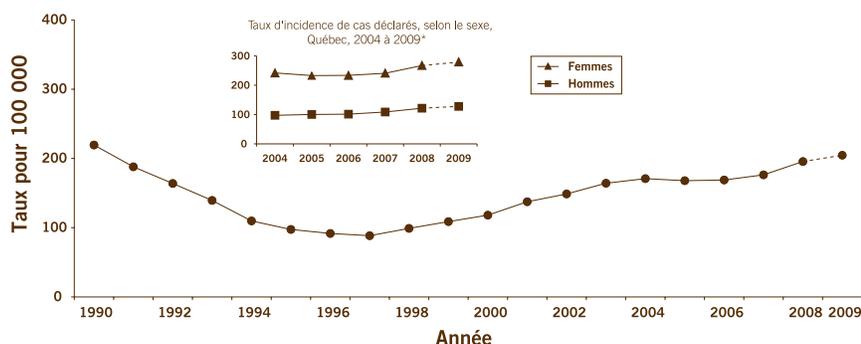
LES INFECTIONS BACTÉRIENNES

■ *La chlamydie*

L'infection connaît une importante augmentation depuis 1997. Durant la dernière décennie, plus de 100 000 cas ont été déclarés. En 2010, environ 15 000 nouveaux cas seront déclarés. Elle est très répandue dans tout le Québec, particulièrement chez les jeunes de 15 à 24 ans.

Figure 1

Infection génitale à *C. trachomatis*, taux brut d'incidence de cas déclarés, Québec, 1990 à 2009



Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2009). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec – Année 2008 (et projections 2009)*.

ii. Les données épidémiologiques de la présente section sont tirées de : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2009). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec – Année 2008 (et projections 2009)*, Québec, Gouvernement du Québec, 97 p.

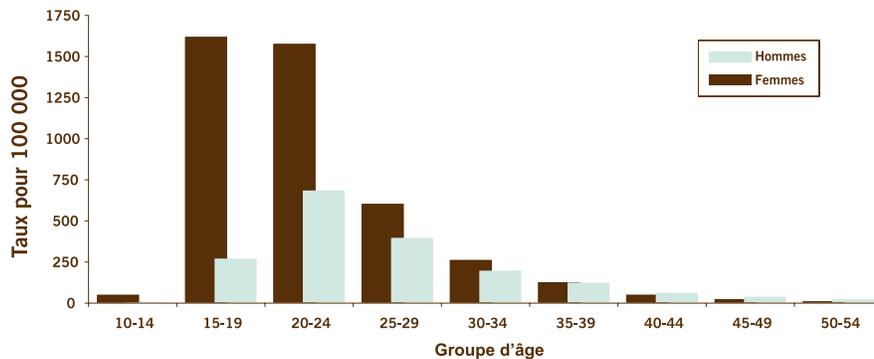
Les conséquences

On estime que 15 à 20 % des femmes ayant contracté une infection génitale à *Chlamydia trachomatis* et n'ayant pas été traitées, développeront une atteinte inflammatoire pelvienne. Celle-ci peut entraîner des douleurs pelviennes chroniques, de l'infertilité tubaire ou une grossesse ectopique⁴. Chez l'homme, les infections à *Chlamydia trachomatis* non traitées peuvent entraîner une inflammation de la prostate ou de l'épididyme.

Les séquelles associées à l'infertilité sont considérables pour les individus et les couples. Cette conséquence pourrait se traduire par une demande accrue de services de procréation assistée, avec les coûts financiers que cela comporte pour la collectivité.

Figure 2

Infection génitale à *C. trachomatis*, taux d'incidence de cas déclarés selon l'âge et le sexe, Québec, 2008



Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2009). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec – Année 2008 (et projections 2009)*.

La gonorrhée

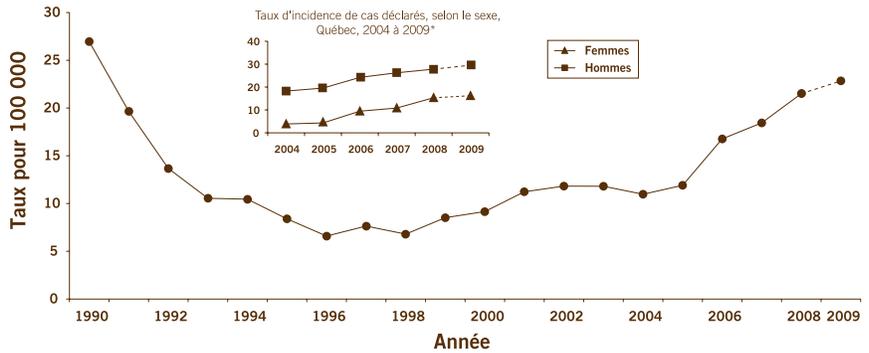
Cette infection est en augmentation rapide et constante depuis dix ans. Plus de 1 650 cas ont été déclarés en 2008. Les hommes sont les plus touchés. Cependant, entre 2004 et 2008, l'augmentation du nombre de cas déclarés a été cinq fois plus importante chez les femmes, particulièrement parmi les 15-24 ans.

Les conséquences

Chez la femme, une gonorrhée non traitée augmente les risques d'atteinte inflammatoire pelvienne, de douleurs pelviennes chroniques, de grossesse ectopique et d'infertilité. Chez l'homme, elle peut entraîner une inflammation de la prostate ou de l'épididyme.

Figure 3

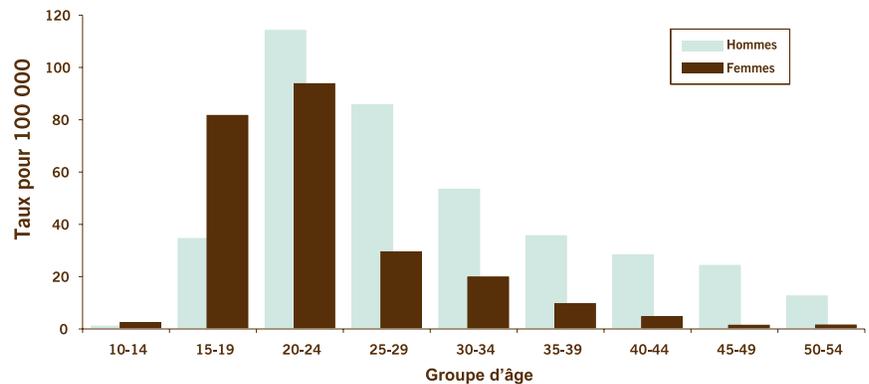
Infection gonococcique, taux brut d'incidence de cas déclarés, Québec, 1990 à 2009



Source: MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2009). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec – Année 2008 (et projections 2009)*.

Figure 4

Infection gonococcique, taux d'incidence de cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2008



Source: MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2009). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec – Année 2008 (et projections 2009)*.

■ *La syphilis infectieuse*

Pendant un temps, on a cru être en mesure d'éradiquer la syphilis. Depuis dix ans, la syphilis infectieuse a connu une véritable explosion, si bien qu'en 2006 elle était revenue à son niveau de 1984. En 2001, on enregistrait un cas par mois; cinq ans plus tard, on enregistrait un cas par jour. En 2008, le nombre de cas déclarés s'élevait à 369. La syphilis infectieuse touche surtout les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. En 2005, pour la première fois depuis le début de l'épidémie, le groupe des 15-19 ans a aussi été touché par l'infection. Près du tiers des personnes non traitées développeront une syphilis tardive.

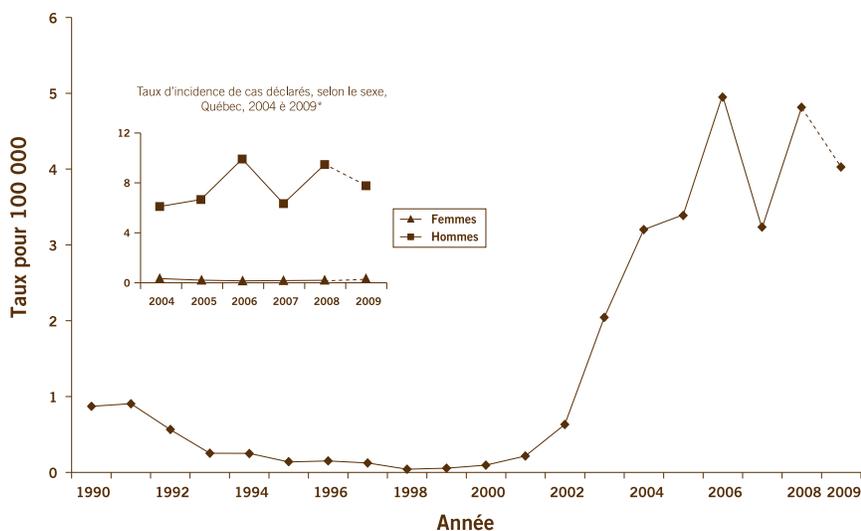
Les conséquences

La syphilis tardive se manifestera entre dix et vingt ans après l'acquisition de l'infection par des lésions cardiovasculaires, neurologiques, ophtalmiques ou autres. La syphilis peut se transmettre de la mère à l'enfant et entraîner de graves séquelles chez ce dernier. Au Québec, aucun cas de syphilis congénitale n'a été déclaré depuis 2003.

« Depuis dix ans, la syphilis infectieuse a connu une véritable explosion [...] »

Figure 5

Syphilis infectieuse, taux brut d'incidence de cas déclarés, Québec, 1990 à 2009



Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2009). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec – Année 2008 (et projections 2009)*.

« Bien que les médicaments antirétroviraux permettent [...] de vivre plus longtemps [...], l'infection par le VIH persiste toute la vie. »

LES INFECTIONS VIRALES

■ *Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)*

On estime à 18 000 le nombre de personnes atteintes du VIH au Québec⁵. Ce sont principalement des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, des utilisateurs de drogues par injection, des personnes originaires d'un pays où le VIH est endémique et des personnes qui ont eu des rapports hétérosexuels non protégés. En 2008, 386 nouveaux diagnostics ont été déclarés aux autorités de santé publique du Québec⁶.

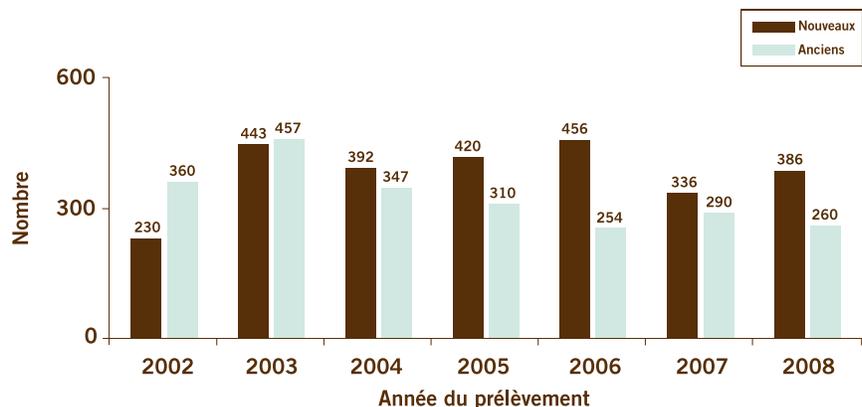
Les conséquences

L'infection par le VIH affaiblit le système immunitaire, ce qui favorise le développement d'infections opportunistes (pneumonie, tuberculose, etc.). Le traitement antirétroviral peut retarder ou empêcher l'apparition du sida, mais il est contraignant et s'accompagne souvent d'effets secondaires très éprouvants (lypodystrophie, problèmes intestinaux et rénaux, maladies cardiovasculaires, etc.). Malgré la mise au point de médicaments de plus en plus efficaces, il est toujours impossible de guérir l'infection.

Bien que les médicaments antirétroviraux permettent maintenant aux personnes atteintes de vivre plus longtemps et même, d'éviter la progression vers le sida, l'infection par le VIH persiste toute la vie. Les coûts économiques, humains et sociaux de cette infection sont colossaux. À titre indicatif, au Québec, le seul coût des antirétroviraux requis s'élève à environ 200 millions de dollars par année.

Figure 6

Évolution du nombre des nouveaux et des anciens diagnostics Programme de surveillance du VIH au Québec, avril 2002 à décembre 2008



Source: INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2009). *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec: cas cumulatifs 2002-2008.*

■ *Le virus de l'hépatite C*

Depuis 1991, près de 32 000 cas ont été déclarés au Québec. Depuis 1992, grâce au dépistage systématique des produits sanguins, le risque de contracter l'hépatite C à la suite d'une transfusion ou d'une greffe a en pratique disparu. L'infection touche principalement les utilisateurs ou ex-utilisateurs de drogues par injection ; elle se transmet surtout à l'occasion du partage de matériel d'injection et, dans une moindre mesure, de matériel d'inhalation. Près des deux tiers des personnes qui font usage de drogues par injection seraient infectées par le virus de l'hépatite C⁷.

Selon une étude de l'Institut national de santé publique du Québec, environ 10 % de tous les cas déclarés recevraient un traitement⁸. Au sein de la population québécoise, la proportion de personnes infectées serait d'environ 0,5 %⁹.

Il n'existe pas de vaccin contre l'hépatite C, le traitement peut être efficace mais pas à 100 %, et après une guérison, la réinfection est possible si la personne est de nouveau exposée au virus. Seule la prévention permet d'éviter l'infection par le virus de l'hépatite C.

Les conséquences

L'hépatite C est une grave infection du foie qui peut demeurer asymptomatique durant plusieurs années. Elle est chronique dans 85 % des cas. On estime que sur une période de vingt ans, 20 % des porteurs chroniques du virus développeront une cirrhose. Au Québec, entre 1990 et 2006, environ 9 300 personnes atteintes ont été hospitalisées pour une durée moyenne de 12 jours chacune. Juste en 2006, les dépenses hospitalières pour les soins et services aux personnes atteintes d'hépatite C se sont élevées à plus de 46 millions de dollars. La cirrhose et le cancer du foie occasionnés par l'hépatite C constituent actuellement les deux premières indications de transplantation hépatique (greffe du foie). Depuis le début des années 1990, 286 transplantations hépatiques ont été pratiquées chez des personnes atteintes du virus pour un coût total de près de 38 millions de dollars¹⁰.

L'hépatite C peut être guérie dans environ la moitié des cas lorsque le traitement est possible. Mais c'est au prix d'un traitement prolongé (24 à 48 semaines) qui comporte des effets secondaires importants (fièvre, perte de poids, éruptions cutanées, symptômes gastro-intestinaux, dépression, psychose, etc.). En 2008, le coût des médicaments contre l'hépatite C s'élevait pour une personne à près de 400 dollars par semaine. À cette somme, il faut ajouter le coût des soins médicaux, des soins infirmiers et du soutien psychosocial.

« Près des deux tiers des personnes qui font usage de drogues par injection seraient infectées par le virus de l'hépatite C. »

■ *Le virus du papillome humain et le virus Herpes simplex du type 1 ou 2*

Ce sont là les deux infections transmissibles sexuellement les plus fréquentes. Plusieurs études font état d'une prévalence élevée parmi certains groupes de population, mais il est difficile d'en estimer correctement l'étendue. On estime qu'en Amérique du Nord, 70 % des personnes actives sexuellement seront infectées par le virus du papillome humain au cours de leur vie et 20 % contracteront l'herpès génital¹¹.

Les conséquences

Le virus du papillome humain est associé à des cancers de la région anogénitale (col utérin, vulve, vagin, pénis, anus) et à l'apparition de condylomes. Un vaccin peut toutefois prévenir l'infection pour les quatre types de virus qui constituent les principales causes de cancer et de condylomes.

Le virus de l'Herpes simplex est associé à des ulcérations génitales récidivantes (principalement le type 2), à des ulcérations buccales (type 1) et à un risque de complications néonatales graves.

« On estime qu'en Amérique du Nord, 70 % des personnes actives sexuellement seront infectées par le virus du papillome humain au cours de leur vie et 20 % contracteront l'herpès génital. »

Les ITSS entraînent une série de problèmes pour des milliers de personnes chaque année : problèmes de santé, problèmes interpersonnels (avec les partenaires), problèmes de couple, conséquences chez les nouveau-nés, problèmes personnels (divulgateur de sa condition), discrimination, médication à long terme souvent accompagnée d'effets indésirables. Certaines infections comme le VIH, l'hépatite C ou la chlamydie peuvent être asymptomatiques : les personnes infectées ne s'en rendent pas compte, et les problèmes surgissent plus tard. Elles peuvent aussi avoir des conséquences graves à long terme : infertilité, grossesse ectopique, maladie chronique, cirrhose du foie, cancer, etc.

Les coûts humains et sociaux associés aux ITSS sont importants. Quant aux coûts des services de santé et des services sociaux associés au traitement et aux conséquences de ces infections, ils sont appelés à augmenter encore et encore si on ne parvient pas à inverser la tendance actuelle.

1.2 Des groupes plus touchés

Les jeunes de 15 à 24 ans forment un groupe de la population exposé aux ITSS et parmi eux, les jeunes en difficulté sont particulièrement vulnérables. Au Québec, les 15-24 ans représentent environ un million de personnes.

Indépendamment de l'âge, d'autres groupes de population sont également plus à risque : les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les personnes utilisatrices de drogues par injection, les Autochtones, les personnes originaires d'un pays où le VIH est endémique, les personnes incarcérées, les travailleurs et travailleuses du sexe.

La notion de risque correspond à une plus grande exposition aux virus et aux bactéries. Ainsi, un homme ayant des relations sexuelles avec des hommes risque davantage de contracter le VIH lors d'une relation sexuelle sans protection qu'une femme ayant une relation hétérosexuelle non protégée. La différence tient au fait que la fréquence des infections par le VIH est plus élevée dans le premier groupe que dans le second. La notion de « groupe à risque » est indispensable pour orienter les actions de prévention.

À cette notion, il faut en ajouter une autre : celle de vulnérabilité. Ce concept renvoie aux caractéristiques psychosociales qui influent sur les capacités individuelles de se protéger¹². Des conditions de vie difficiles, un état personnel précaire, un manque de maturité ou d'expérience, un environnement défavorable font que, parfois, des personnes relèguent leur protection et celle des autres au second plan, ce qui les rend vulnérables et plus à risque de contracter une ITSS. Pour des activités de prévention efficaces, on doit tenir compte non seulement des infections comme telles, mais aussi des facteurs de vulnérabilité des personnes et des milieux dans lesquels elles évoluent¹³.

Pour des activités de prévention efficaces, on doit tenir compte [...] des facteurs de vulnérabilité des personnes et des milieux dans lesquels elles évoluent.

LES JEUNES

Selon un récent sondage¹⁴, les jeunes possèdent peu de connaissances sur les ITSS. Par exemple, ils ne savent pas trop à quelles infections ils sont le plus exposés. Près de la moitié des adolescents de 14 à 18 ans ignorent que certaines infections peuvent être asymptomatiques ou encore que le virus du papillome humain est l'ITSS la plus fréquente dans leur groupe d'âge. Les deux tiers des cas de chlamydie génitale et près de la moitié (47 %) des cas de gonorrhée sont déclarés parmi les jeunes de 15 à 24 ans. Les comportements sexuels non protégés expliquent en grande partie ces chiffres. Or, il est difficile d'adopter et de maintenir des comportements sexuels sécuritaires sans un minimum d'information.

Le même sondage confirme que l'âge des premières relations sexuelles – autour de 16 ans – reste stable au fil du temps. Alors que le nombre moyen de partenaires à vie est autour de trois chez les 16-18 ans, seulement 35 % des jeunes utilisent systématiquement le condom avec leur partenaire régulier et 25 % n'en ont jamais fait usage. La moitié seulement sont d'avis qu'il faut passer des tests de dépistage avant de cesser l'utilisation du condom¹⁵.

Par ailleurs, le fait de savoir n'entraîne pas nécessairement les changements souhaités. Au mieux, « même si le discours préventif est bien intégré au plan cognitif et rationnel, les jeunes ne sont toutefois pas capables de l'incorporer dans l'exercice de la sexualité, où les enjeux affectifs et les interactions avec le/la partenaire [...] peuvent intervenir »¹⁶.

« Les deux tiers des cas de chlamydie génitale et près de la moitié des cas de gonorrhée sont déclarés parmi les jeunes de 15 à 24 ans. »

L'adolescence et l'entrée dans la vie adulte sont caractérisées notamment par l'apprentissage de la sexualité. L'instabilité émotionnelle et la propension à expérimenter, ajoutées au sentiment d'invulnérabilité rendent beaucoup de jeunes particulièrement à risque pour les ITSS. Cet apprentissage de la sexualité passe par des expériences qui exposent l'individu à des incertitudes et parfois à des dangers dont il n'a pas conscience ou qu'il feint d'ignorer¹⁷.

Les jeunes de la rue, les jeunes des centres jeunesse, les jeunes travailleurs et travailleuses du sexe et les jeunes toxicomanes sont les plus vulnérables. Selon une étude publiée en 2009, 90 % des jeunes de 14 à 17 ans hébergés dans les centres jeunesse ont eu au moins une relation sexuelle orale, vaginale ou anale¹⁸. Le quart des filles ont eu au moins une grossesse. L'incidence de la chlamydie est de 9 % chez les filles et de 2 % chez les garçons. Chez les jeunes de la rue, elle est encore plus élevée : en 2002, 14 % des filles et 7 % des garçons étaient atteints. Des conditions de vie difficiles décuplent leurs risques de contracter une ITSS ; en outre, de 30 à 40 % des jeunes de la rue s'injectent des drogues, d'où l'importance de prévenir le passage à l'injection¹⁹.

« Les jeunes de la rue, les jeunes des centres jeunesse, les jeunes travailleurs et travailleuses du sexe et les jeunes toxicomanes sont les plus vulnérables. »

LES HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES HOMMES

Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes demeurent le groupe de population le plus touché par le VIH : un homme sur huit serait infecté, dont un sur cinq parmi les 40-49 ans. On estime par ailleurs que 15 % d'entre eux ignorent leur état²⁰.

Ces hommes sont plus à risque d'être infectés par le VIH ou par une autre infection transmissible sexuellement notamment parce qu'ils sont plus susceptibles que les hétérosexuels d'avoir un partenaire infecté, que souvent ils ont de multiples partenaires, et qu'ils courent un plus grand risque de transmission lors de relations sexuelles anales. C'est d'ailleurs dans ce groupe que sont déclarés 90 % des cas de syphilis infectieuse et 60 % des cas masculins de gonorrhée.

Les jeunes d'orientation homosexuelle sont plus susceptibles que les autres jeunes d'avoir des problèmes de consommation et d'abus de substances psychoactives²¹. L'enquête Argus réalisée en 2005 auprès de 1957 hommes homosexuels montréalais recrutés dans divers lieux de socialisation a permis de mieux cerner les comportements des moins de 30 ans. Près de 80 % avaient consommé de l'alcool, près de la moitié du cannabis et 25 % de la cocaïne deux heures avant les rapports sexuels au moins une fois au cours des six derniers mois²². Or, on sait que l'ingestion de ces produits augmente les probabilités de relations sexuelles non protégées. Ce problème de consommation serait plus important chez les moins de 30 ans que chez les plus âgés.

Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes sont globalement bien intégrés à la société. La source de leur vulnérabilité tient surtout au rejet de leur orientation sexuelle par une partie de la société. Certes, les avancées ont été significatives au cours des dernières décennies : décriminalisation de l'homosexualité, reconnaissance légale des conjoints de même sexe, accès au mariage pour les personnes de même sexe²³. Mais l'homophobie, la discrimination, le sarcasme persistent²⁴. De telles attitudes blessent, minent l'estime de soi et peuvent conduire celui qui en est la cible – peu importe son âge, et qu'il assume ou non son orientation sexuelle – à prendre davantage de risques notamment en matière de sexualité. Pour les plus jeunes, la vulnérabilité que provoque à cet âge l'apprentissage de la sexualité peut être accentuée, et ce, d'autant plus si le soutien émotif à l'école et dans la famille leur fait défaut et s'ils n'ont pas de modèles auxquels s'identifier. Une telle situation peut être source de détresse psychologique et entraîner des comportements sexuels à risque²⁵.

« Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes demeurent le groupe de population le plus touché par le VIH : un homme sur huit serait infecté, dont un sur cinq parmi les 40-49 ans »

« Chaque année, 3% des personnes qui font usage de drogues par injection seront infectées par le VIH et plus [de 25 %], par le virus de l'hépatite C.»

LES UTILISATEURS DE DROGUES PAR INJECTION ET PAR INHALATION

Au Québec, on estime à quelque 23 000 le nombre d'utilisateurs de drogues par injection²⁶. L'âge moyen est de 34 ans pour les hommes et 29 ans pour les femmes²⁷. De façon générale, il s'agit d'un groupe de population peu scolarisé: seulement le quart des utilisateurs de drogues par injection ont terminé leur cours secondaire²⁸. Près de la moitié (46 %) des jeunes de la rue âgés entre 14 et 23 ans se sont déjà injecté des drogues au moins une fois au cours de leur vie. Or, le VIH, le virus de l'hépatite B et, surtout, le virus de l'hépatite C se transmettent par le partage de matériel d'injection de drogues, mais aussi d'inhalation de drogues.

Chaque année, 3 % des personnes qui font usage de drogue par injection seront infectées par le VIH et plus du quart, par le virus de l'hépatite C. Nombre de personnes qui s'injectent des drogues doivent, en plus de leur dépendance, composer avec d'autres problèmes: pauvreté, itinérance, violence, incarcération, troubles mentaux. Dans un tel contexte, les infections qu'elles contractent leur paraissent un problème parmi d'autres, obnubilées qu'elles sont par les nécessités du quotidien et les besoins liés à leur dépendance.

LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

Au Québec, un peu plus de 108 000 personnes s'identifient comme Autochtones, c'est-à-dire comme Indiens de l'Amérique du Nord, Métis ou Inuits. Près des deux tiers ont moins de 30 ans²⁹.

Les communautés des Terres-Cries-de-la-Baie-James et du Nunavik affichent un taux de chlamydie respectivement 8 et 15 fois plus élevé que la moyenne québécoise et un taux de gonorrhée respectivement 4 et 33 fois plus élevé³⁰. Dans le cas de la gonorrhée, contrairement à la situation qui prévaut dans l'ensemble du Québec, les femmes sont plus atteintes que les hommes. Pour ce qui est du VIH, les Autochtones représentent, depuis 2002, moins de 1 % des cas déclarés au Québec.

Les Autochtones sont aux prises avec des difficultés économiques et sociales qui se superposent à des bouleversements socioculturels et qui ont des répercussions sur leur santé et leur bien-être. Ainsi, ils ont une espérance de vie plus courte que l'ensemble de la population québécoise et sont plus touchés par certains problèmes de santé, comme le diabète. De telles disparités révèlent d'importantes inégalités sociales³¹. Dans une optique de prévention, il faut tenir compte des particularités culturelles de ces communautés, de leur façon d'aborder les rapports sociaux, les rapports entre les sexes, la sexualité et l'homosexualité³².

LES PERSONNES ORIGINAIRES D'UN PAYS OÙ L'INFECTION PAR LE VIH EST ENDÉMIQUE

Les personnes originaires d'un pays où l'infection par le VIH est endémique, essentiellement des pays de l'Afrique subsaharienne et Haïti, représentent 16 % des cas d'infection par le VIH déclarés au Québec depuis 2002. Le nombre de nouveaux diagnostics au sein de ce groupe est resté stable au cours des dernières années. Au Québec, les deux tiers (64 %) des femmes enceintes infectées par le VIH sont originaires d'un pays où l'infection est endémique³³.

Les immigrants récents sont souvent en situation de précarité économique : ils font face à une perte de repères et de soutien social et peuvent aussi être victimes de discrimination, voire de racisme. Lorsqu'ils sont infectés par le VIH, le monde se renferme encore davantage autour d'eux³⁴.

Dans l'intervention auprès de ces personnes, il faut tenir compte de leur réalité et des différences culturelles et religieuses qui peuvent influencer les représentations des rapports entre les sexes, de la sexualité et de l'homosexualité³⁵.

LES PERSONNES INCARCÉRÉES

Parmi les personnes incarcérées dans les établissements de détention provinciaux du Québec, près de 4 % seraient atteintes du VIH et près de 20 % du virus de l'hépatite C³⁶. Ces taux de prévalence très élevés s'expliquent par le fait qu'un grand nombre de détenus, soit 28 % des hommes et 43 % des femmes, sont aussi des utilisateurs de drogues par injection ou d'anciens utilisateurs. Certains, soit 4 % des hommes et près de 1 % des femmes, ont vécu l'expérience en prison.

Les établissements de détention accueillent une concentration de personnes vulnérables qui le deviennent encore plus à cause des caractéristiques de ce milieu de vie³⁷. Mais, en même temps, le milieu carcéral peut être propice pour faire de la prévention.

« Les personnes originaires d'un pays où l'infection par le VIH est endémique (Afrique, Haïti, etc.) représentent 16 % des cas d'infection par le VIH déclarés au Québec depuis 2002. »

Comme on peut le constater, le problème majeur des ITSS ne peut être considéré strictement sous l'angle des infections. La santé de la population exige que l'on se préoccupe des groupes les plus touchés. Ces groupes sont, pour la plupart, sans voix. Ils ne réclament pas de services, mais ils sont davantage susceptibles d'être infectés que la population en général. Ils peuvent se retrouver dans des conditions de vie difficiles ou dans des environnements peu favorables qui influencent leur capacité de se protéger. On dénombre plusieurs groupes vulnérables aux risques différents, aux caractéristiques psychosociales diverses, et à la vulnérabilité spécifique. C'est un réel défi pour les acteurs de la santé et des services sociaux de tenir compte de cette diversité dans l'élaboration d'interventions afin de promouvoir la santé, prévenir les infections et organiser les services appropriés.

1.3 Le contexte de la lutte contre les ITSS

Le lutte contre les ITSS a été de tout temps difficile et encore aujourd'hui, elle comporte sa part de défis : il suffit de mentionner les quelques aspects suivants pour s'en convaincre. Les ITSS ne sont pas des infections comme les autres. Elle restent, dans une certaine mesure, des « infections cachées » ou que l'on feint d'ignorer. Le malaise est souvent grand chez les personnes infectées : elles ressentent de la gêne, voire de la honte ou même de la peur.

Les intervenants qui agissent pour contrer la transmission des ITSS pénètrent presque inévitablement dans des zones sensibles, l'univers des relations sexuelles et celui de la consommation de drogues. Dans le premier cas, c'est une intrusion dans l'intimité, dans le second, un voisinage avec l'interdit, l'illégalité. Entrer dans ces zones exige de leur part des connaissances et des compétences particulières et les expose à des confrontations de valeurs. Tous ne sont pas à l'aise avec cette réalité.

Une lutte efficace contre les ITSS implique d'intervenir non seulement en amont des problèmes pour créer des environnements favorables à la promotion et à la prévention des ITSS, mais aussi sur le plan de l'organisation et de l'accès aux soins et aux services.

Sous l'angle de l'organisation des services, la répartition géographique des groupes de population les plus vulnérables, fort inégale, ne facilite pas non plus l'intervention. Les utilisateurs de drogues par injection sont concentrés dans les villes, là où l'offre de drogues est la plus importante. Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes fréquentent principalement Montréal et Québec où sont regroupés leurs principaux lieux de socialisation. Montréal étant le premier pôle d'attraction des immigrants, c'est dans la métropole qu'habiteront la majorité des personnes originaires d'un pays où l'infection par le VIH est endémique. Quant aux personnes incarcérées et aux jeunes en difficulté pris en charge par le réseau, ils sont nécessairement répartis dans les 18 établissements de détention et les 16 centres jeunesse que compte le Québec. Par ailleurs, ces groupes ne sont pas mutuellement exclusifs.

« Les ITSS [...] restent des « infections cachées » ou que l'on feint d'ignorer. »

Une telle diversité demande aux gestionnaires et intervenants régionaux et locaux de déterminer les interventions selon les groupes et les ressources du territoire tout en s'appuyant sur les orientations de la Stratégie québécoise de lutte contre les ITSS. Par surcroît, certaines populations – généralement les plus vulnérables – fréquentent peu le réseau de la santé et des services sociaux bien qu'elles fassent partie du territoire, et elles ne sont pas très visibles. Dans leur cas, les interventions habituelles de prévention donnent assez peu de résultats³⁸. Pour les rejoindre, il faut souvent faire preuve d'initiative en associant la prévention des ITSS aux autres interventions qui leur sont destinées.

Enfin, des éléments de l'environnement social viennent moduler la conception des interventions de prévention des ITSS. Les progrès réalisés dans le traitement du VIH ont permis d'améliorer l'espérance de vie et la qualité de vie des personnes infectées, mais ont eu des effets insoupçonnés : au fil des ans, l'infection par le VIH s'en est trouvée banalisée, au point où tant la population en général que les décideurs et les gestionnaires ne la considèrent plus guère comme une menace. Cette banalisation expliquerait en partie la remontée de certaines ITSS. Même la communauté gaie, qui avait été la première à se mobiliser, s'est peu à peu désengagée. Ce faisant, les conditions sont devenues moins propices aux actions préventives.

L'accès généralisé à du matériel sexuellement explicite par l'entremise d'Internet et d'autres médias ne serait pas étranger au phénomène d'hypersexualisation de notre société³⁹. La multiplication des moyens de rencontre est une autre caractéristique du contexte actuel de prévention. Sans parler de la conquête d'un espace social plus large pour l'expression de l'homosexualité, notamment grâce à l'acquisition de droits pour les personnes homosexuelles. S'il s'agit d'un progrès notable, il ne met pas un terme à l'homophobie et à la discrimination dont ces personnes sont parfois victimes. Quant à l'environnement de la consommation de drogues, il n'est pas reconnu comme stable. D'autres problèmes comme la violence, la criminalité, le décrochage scolaire, les dissensions familiales, les troubles de santé mentale, le chômage, des conditions de vie dégradées y sont souvent associés⁴⁰.

On comprendra aisément qu'un contexte global aussi complexe et changeant ne facilite pas la planification des interventions de prévention. Il n'existe pas de remède unique, de moyens simples ou de recettes pour lutter contre les ITSS. Pourtant, il est possible d'agir, en recourant à une panoplie d'interventions appropriées en fonction du contexte, des groupes et des caractéristiques des milieux de vie.

« Il est possible d'agir en recourant à une panoplie d'interventions appropriées en fonction du contexte, des groupes et des caractéristiques des milieux de vie. »

deux.

**Ce que nous savons
et ce que nous faisons :
les gains**



Le Québec a réalisé des gains notables au fil des ans grâce à l'engagement d'un large éventail d'acteurs : des intervenants, des professionnels, des gestionnaires, des décideurs ainsi que des personnes particulièrement touchées par ce problème.

Ces acteurs viennent de milieux et d'organismes très divers : le secteur de la santé et des services sociaux (ministère, agences régionales, centres de santé et de services sociaux (CSSS), centres jeunesse, groupes de médecine de famille, cliniques médicales spécialisées, cabinets de médecins), les organismes communautaires, le secteur de l'éducation et la sécurité publique. Une telle pluralité est essentielle pour mener efficacement la lutte contre les ITSS.

Ces gains reposent sur le développement de connaissances et de moyens d'intervention. On sait que pour éviter la transmission des bactéries et des virus causant les ITSS, il s'agit essentiellement d'utiliser le condom au cours des relations sexuelles et d'utiliser du matériel stérile pour l'injection et l'inhalation de drogues, le tatouage et le perçage. On dispose également de divers traitements préventifs et curatifs : des vaccins, des tests de dépistage, une thérapie antirétrovirale contre le VIH et tout un arsenal pharmacologique pour guérir les infections ou réduire la réplication du virus. Il faut aussi

considérer les comportements et agir sur les facteurs qui les influencent au moyen d'une combinaison d'approches^{41, 42}, et miser sur le renforcement de l'action communautaire, la création de milieux favorables à la santé, les politiques publiques saines et la réorientation des services de santé⁴³.

Les changements dans les habitudes de vie sont possibles si l'on agit à la fois sur l'environnement, les conditions de vie et les comportements individuels. Pour prévenir efficacement les infections et briser la chaîne de transmission, plusieurs stratégies doivent être mises en œuvre concomitamment. Certaines viseront la population générale et d'autres, des groupes précis.

« Les changements dans les habitudes de vie sont possibles si l'on agit à la fois sur l'environnement, les conditions de vie et les comportements individuels. »

« Ensemble, tous les moyens de communication contribuent à renforcer l'importance de la prévention dans l'opinion publique et auprès des groupes cibles. »

2.1 Prévenir

LES CAMPAGNES DE COMMUNICATION

Le ministère de la Santé et des Services sociaux et des organismes communautaires mènent périodiquement des campagnes de communication dont l'objectif est de prévenir les ITSS. Ces campagnes s'adressent tantôt aux jeunes et aux jeunes adultes, tantôt à des groupes cibles plus restreints, tantôt à la population générale. Des agences régionales de santé et de services sociaux et des CSSS organisent également des activités de communication visant à accroître les connaissances sur les infections et les modes de transmission, à sensibiliser à l'ampleur du problème et au risque d'infection, à promouvoir l'usage des moyens de protection, à encourager le recours au dépistage ou à favoriser l'adoption d'attitudes favorables envers les groupes vulnérables aux ITSS et les personnes vivant avec le VIH.

Les campagnes de communication reposent sur divers outils : des messages publicitaires diffusés à la télévision, au cinéma et dans Internet ; des affiches placardées dans des lieux très fréquentés comme les écoles, les établissements de santé, les maisons de jeunes, les saunas, les bars, etc. Ensemble, tous les moyens de communication contribuent à renforcer l'importance de la prévention dans l'opinion publique et auprès des groupes cibles.

L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ

Les programmes scolaires sont pour les adolescents la principale source d'information sur la sexualité⁴⁴. Tous les jeunes Québécois doivent donc bénéficier d'apprentissages sur les ITSS à l'école. Ces apprentissages seront plus efficaces s'ils font partie d'une démarche intégrée d'éducation à la sexualité ou, mieux encore, s'ils s'inscrivent dans une approche générale de promotion d'une école en santé.

Les secteurs de l'éducation et de la santé ont accentué leur collaboration ces dernières années. Une série d'initiatives en témoignent. Rappelons que le renouveau pédagogique instauré par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport au début des années 2000 avait entraîné plusieurs changements, notamment l'adoption d'une approche globale pour l'éducation à la sexualité. L'approche École en santé met l'accent sur les facteurs communs à la santé, au bien-être et à la réussite des jeunes. Ainsi, des écoles expérimentent des façons d'insérer l'éducation sexuelle dans les divers domaines d'enseignement^{45, 46} : français, éthique et culture religieuse, science et technologie, etc.

Signe encourageant, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport entend poursuivre ses efforts au cours des années à venir et promouvoir l'éducation à la sexualité dans toutes les écoles primaires et secondaires du Québec⁴⁷.

De son côté, le ministère de la Santé et de Services sociaux mène des travaux avec l'Association pour l'enseignement de la science et de la technologie afin de mieux outiller les conseillers pédagogiques et les enseignants notamment par le développement de situations d'apprentissage et d'évaluation en ITSS. Cette façon de faire permet d'impliquer le milieu de l'éducation en respectant son mode d'organisation et en conformité avec les normes du domaine de la science et de la technologie.

Des outils diversifiés, fruits d'une collaboration avec des représentants du milieu scolaire et d'organismes communautaires, sont également proposés aux jeunes, aux parents, aux enseignants, aux intervenants de l'école, de la communauté et du réseau de la santé dans un but de prévention des ITSS : affiches, guides, activités d'apprentissage, ateliers de formation sur des thèmes particuliers, sites Internet (ex. : [www.tasjuste1vie.com] et [www.jcapote.com]), brochures (diffusées dans le site [www.msss.gouv.qc.ca/itss], section « Documentation »).

Toute cette activité est soutenue par la recherche. Par exemple, les facteurs qui influencent l'adoption de l'approche École en santé ou encore la question de l'intégration de l'éducation à la sexualité dans le milieu scolaire ont récemment été analysés dans des études^{48, 49, 50}. De plus en plus d'acteurs sont sensibilisés à l'importance d'aborder le problème des ITSS avec les jeunes et de leur offrir des activités d'éducation à la sexualité. L'élan est donné. Les intervenants ont plusieurs outils à leur disposition. Il importe maintenant de poursuivre et même d'accentuer les initiatives sur cette base prometteuse.

LA DÉFENSE DES DROITS

En décembre 2009, le ministère de la Justice lançait la politique québécoise de lutte contre l'homophobie *Ensemble vers l'égalité*⁵¹, dans le but d'améliorer la situation des personnes de minorités sexuelles : signe que malgré les lois en vigueur, ce groupe de population continue d'être victime de discrimination, même si celle-ci se fait plus subtile qu'avant.

Au regard des ITSS, les personnes atteintes du VIH ont été particulièrement ostracisées, et le fait que l'infection ait été dès le début associée à des populations déjà marginalisées – hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, immigrants originaires d'Haïti et d'Afrique subsaharienne, utilisateurs de drogues par injection – n'y est sûrement pas étranger. La Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCC-Sida) réunit des organismes qui se portent à la défense de ces personnes. Elle fournit aux personnes visées écoute, information et accompagnement au besoin.

L'Association pour la défense des droits et l'inclusion des personnes qui consomment des drogues du Québec (ADDICQ) joue un rôle similaire auprès des personnes utilisatrices de drogues par injection. L'ADDICQ est en mesure d'établir un contact avec les personnes les plus à risque, de leur offrir du soutien et de plaider pour le respect de leurs droits. Plus globalement, elle œuvre à restaurer la dignité des personnes utilisatrices de drogues par injection, à les faire reconnaître comme citoyens et citoyennes à part entière.

« De plus en plus d'acteurs sont sensibilisés à l'importance d'aborder le problème des ITSS avec les jeunes et de leur offrir des activités d'éducation à la sexualité. »

LE TRAVAIL DE PROXIMITÉ

Le travail de proximité regroupe toutes les interventions réalisées dans des lieux fréquentés par les personnes vulnérables aux ITSS ou dans leur milieu de vie. Ces interventions sont de nature diverse : distribution de moyens de protection, sensibilisation aux comportements sécuritaires, accompagnement, dépistage, etc.

Depuis la fin des années 1980, le ministère de la Santé et des Services sociaux soutient le développement d'un réseau de centres d'accès au matériel d'injection (CAMI). Gérés en majorité par des pharmacies, des établissements de santé et des organismes communautaires, ces centres⁵² sont des lieux où les personnes qui consomment des drogues par injection peuvent obtenir du matériel stérile (parfois d'inhalation), des condoms et des conseils de prévention et être orientées vers des services psychosociaux. La plupart de ces centres récupèrent les seringues usagées.

Au 31 décembre 2008, le Québec comptait 913 CAMI répartis dans 16 régions sociosanitaires (sur 18). En 2007-2008, ils ont distribué au total 1 525 411 seringues, 404 268 Stéricups (contenants de chauffage) et 756 129 ampoules d'eau⁵³. Le programme bénéficie de l'appui de l'Ordre des pharmaciens du Québec⁵⁴, de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec⁵⁵ et de la population⁵⁶. L'expérience montre que les centres d'accès au matériel d'injection permettent de réduire le partage de matériel d'injection et d'inhalation et, par conséquent, la transmission du VIH et du virus de l'hépatite C, sans pour autant encourager la consommation de drogues ou la criminalité⁵⁷.

L'accès au matériel doit toutefois être augmenté et diversifié si l'on veut contrer plus efficacement la propagation du virus de l'hépatite C, qui se transmet plus facilement que le VIH.

La distribution de condoms emprunte un autre mode. Des organismes communautaires, des CSSS, des écoles et des centres jeunesse offrent des condoms directement, dans leurs locaux. La distribution se fait aussi dans des lieux comme les bars gays, les saunas et les parcs. Dans ce cas, elle est associée à des conseils de prévention. Une intervention de ce type dans la ville de Québec a été évaluée⁵⁸ : on a constaté une diminution de 29 % des relations sexuelles non protégées dans les saunas. Cependant, cet effet positif s'estompe graduellement une fois l'expérience terminée. La continuité se révèle donc une condition essentielle de succès.

Des interventions sont menées par des travailleurs de rue ou des pairs dans les milieux de vie des personnes utilisatrices de drogues avec la collaboration d'établissements du réseau public. Elles prennent diverses formes : distribution de matériel d'injection stérile et de condoms, activités de prévention, accompagnement et orientation vers des services de soutien psychosocial. D'autres milieux à risque sont aussi ciblés pour la distribution de condoms dont les établissements de détention⁵⁹ et les agences d'escortes. Par ailleurs,

« L'expérience montre que les centres d'accès au matériel d'injection permettent de réduire le partage de matériel d'injection et d'inhalation [...] sans pour autant encourager la consommation de drogues ou la criminalité. »

quelques régions ont réalisé des interventions de prévention d'injection de drogues à l'intention des jeunes en difficulté. Cependant, toutes ces initiatives sont trop souvent isolées : les divers acteurs qui interviennent auprès des mêmes groupes se concertent trop peu.

Enfin, l'Institut national de santé publique du Québec, en collaboration avec ses partenaires, offre un ensemble d'activités de formation, par exemple *Adapter nos interventions aux réalités homosexuelles et ITSS et usage de drogues : intervenir selon une approche de réduction des méfaits* (pour une liste exhaustive : [www.inspq.qc.ca/formation]). C'est le cas également de l'Association pour les intervenants en toxicomanie du Québec qui offre du soutien en formation à ses membres et à ses partenaires.

Les comportements peuvent changer ! Ainsi, selon les données les plus récentes, la proportion de jeunes de 12-24 ans⁶⁰ et la proportion des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes qui ont des comportements sexuels à risque n'augmenteraient pas⁶¹, alors que la proportion de personnes utilisatrices de drogues par injection qui partagent leur matériel d'injection va en diminuant⁶². En 1995, 57 % d'entre elles partageaient leur matériel d'injection ; cette proportion était de 21 % en 2006.

S'il est difficile d'évaluer l'effet du travail de proximité, on constate néanmoins des changements positifs dans les comportements. Mais les populations changent elles aussi, les comportements sont instables, et il faut donc rester vigilant.

LES VACCINS

La vaccination gratuite contre certains types du virus du papillome humain a été implantée au Québec en septembre 2008 pour les filles de la 4^e année du primaire et de la 3^e année du secondaire, dans le but de prévenir le cancer du col de l'utérus et les condylomes.

La vaccination gratuite contre l'hépatite B est également offerte à tous les élèves de 4^e année du primaire ainsi qu'aux groupes vulnérables aux ITSS, tout comme le vaccin contre l'hépatite A. Notons que le nombre de cas d'hépatite B a diminué de façon marquée depuis l'entrée en vigueur du programme.

LAVAL VA À LA RENCONTRE...

La région de Laval se démarque par sa variété de services dans le milieu. L'organisme communautaire Sida-Vie-Laval a ainsi mis sur pied, en partenariat avec le centre de santé et de services sociaux (CSSS), le projet Vénus à l'intention des danseuses, escortes et travailleuses du sexe. Une infirmière du CSSS offre, sur une base régulière, des activités de prévention, d'information, de dépistage et de vaccination dans les bars de danseuses, les salons de massage et les agences d'escortes. Par l'entremise de son projet Apollon, destiné aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, le même organisme intervient dans deux saunas tout au long de l'année et dans les parcs durant l'été.

Des groupes sont plus difficiles à joindre, par exemple les utilisateurs de drogues par injection. Toutefois, ceux qui fréquentent le centre de soutien en désintoxication Un Foyer pour Toi bénéficient des services de prévention des ITSS par l'entremise d'une infirmière du CSSS. De son côté, l'équipe en itinérance du CSSS a été sensibilisée au problème de recrudescence des ITSS et ses activités permettent d'intervenir auprès de ces populations vulnérables.

2.2 Dépister

Le dépistage constitue un élément important du continuum d'interventions visant à briser la chaîne de transmission des infections. Il fait partie des « pratiques cliniques préventives », qui constituent aujourd'hui une composante essentielle de l'exercice de la médecine et de la pratique infirmière. Le dépistage comprend :

- des analyses biomédicales pour les personnes asymptomatiques, déterminées en fonction des caractéristiques et des facteurs de risque des individus ;
- le counseling, dans le but de favoriser l'adoption et le maintien de comportements plus sécuritaires et de soutenir la démarche de notification aux partenaires d'une personne infectée ;
- l'intervention préventive auprès du ou des partenaires de la personne infectée.

À l'heure actuelle, les services de dépistage sont offerts dans une variété de lieux : cabinets de médecins, groupes de médecine de famille, unités de médecine familiale, cliniques médicales spécialisées en ITSS, CSSS et hôpitaux.

LES BONNES PRATIQUES EN MATIÈRE DE DÉPISTAGE

Au Québec, les médecins et les infirmières sont les professionnels autorisés à réaliser les interventions de dépistage des ITSS. Ces activités sont régies par des normes de pratique strictes qui s'appuient sur des documents de référence mis à jour régulièrement : orientations, lignes directrices, guides, aide-mémoires et avis. Des sessions de formation sont également offertes dans le but de favoriser la diffusion et l'intégration des bonnes pratiques.

Des services de dépistage sont destinés spécialement aux femmes enceintes. En vertu du Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse, les médecins doivent offrir systématiquement le test de dépistage du VIH à toutes les femmes enceintes. Celles-ci peuvent ainsi obtenir l'information sur le test anti-VIH et sur le traitement permettant de réduire la transmission du virus de la mère à l'enfant. Le programme s'est révélé très efficace dès sa mise en place.

On constate toutefois que de façon générale, les interventions de dépistage des ITSS ne sont pas suffisamment intégrées à la pratique clinique des professionnels de première ligne.

Selon une étude réalisée en 2004 auprès des omnipraticiens québécois, le tiers d'entre eux ne feraient pas assez de dépistage ; de plus, seulement six omnipraticiens sur dix feraient du counseling sur la réduction des facteurs de risque auprès des personnes qui consultent pour un dépistage⁶³. Par ailleurs, les faibles taux de résultats positifs relevés pour l'ensemble des tests laissent croire que le dépistage devrait être mieux ciblé.

Somme toute, les activités cliniques à réaliser sont bien connues. Les stratégies pour soutenir leur implantation doivent toutefois être révisées. Selon une revue de la littérature publiée en 2007, les acteurs de santé publique ont essentiellement recours à la diffusion de documents et d'outils et à la formation des cliniciens⁶⁴. Or, il est reconnu que ces moyens sont moins efficaces lorsqu'ils sont utilisés seuls. Il faut donc explorer de nouvelles avenues.

L'ORGANISATION DES SERVICES

Dans toutes les régions, on relève la même diversité de lieux qui offrent des services de dépistage. L'organisation des services varie cependant d'une région à l'autre ce qui s'explique principalement par la densité de la population, l'étendue du territoire, l'éloignement des grands centres et la disponibilité des ressources professionnelles.

Il n'y a pas de modèle unique d'organisation des services de dépistage. Toutefois, à l'échelle locale, les CSSS ont la responsabilité de structurer les services, de les coordonner et de les adapter aux réalités de leur territoire.

Les principes qui devraient guider l'action sont les mêmes partout. Ainsi, la recherche systématique des facteurs de risque au sein de la population générale qui consulte les services de santé est, et doit rester, au centre des préoccupations des intervenants. Mais dans le même temps, il faut viser à mieux atteindre les populations les plus à risque et les plus vulnérables. Et comme, en règle générale, celles-ci fréquentent peu les services de santé, il est impératif d'aller à leur rencontre, dans les lieux qu'elles fréquentent et dans leur milieu de vie, afin de leur offrir des tests de dépistage, du counseling et, le cas échéant, des traitements.

Bien sûr, l'opération est souvent complexe et commande d'innover. C'est là une responsabilité des CSSS, conformément au Programme national de santé publique 2003-2012 (mis à jour en 2008). Plusieurs ont d'ailleurs pris le virage, et se sont associés des partenaires pour mener de telles actions dans le milieu : des organismes communautaires, des centres de réadaptation, des lieux de rencontres sexuelles, etc. Mais de façon générale, les services dans le milieu de vie sont fragiles et trop peu soutenus, reconnus et répandus. Il convient d'y accorder une plus grande attention.

Enfin, le dépistage des ITSS doit être considéré comme un élément de l'ensemble des services de santé. Les divers problèmes que doivent prévenir et traiter les intervenants de la première ligne (maladies cardiaques, maladies pulmonaires, diabète, cancer) entrent nécessairement en « compétition » avec la prévention des ITSS, surtout dans un contexte de ressources professionnelles limitées. Les difficultés d'accès à un médecin ou à une infirmière constituent parfois une barrière. L'absence d'orientations claires quant à la responsabilité des coûts des fournitures de laboratoire nécessaires aux prélèvements et le transport des spécimens limitent également l'offre de service. Enfin, il semble que le travail interdisciplinaire (ex. : ordonnances collectives permettant d'amorcer le traitement de la gonorrhée et de la chlamydie) ne soit pas encore pratique courante. Le dépistage des populations vulnérables doit être mieux organisé dans une perspective de qualité, de continuité et d'efficacité des services.

« Le dépistage des populations vulnérables doit être mieux organisé dans une perspective de qualité, de continuité et d'efficacité des services. »

VAL-D'OR INTÈGRE LE MILIEU

À Val-d'Or en 2002, une équipe d'infirmières mettait sur pied le programme Pikatemps, qui offre des services de prévention, de relation d'aide et de dépistage des ITSS. Pikatemps s'adresse aux utilisateurs de drogues par injection, aux jeunes de la rue, aux travailleuses du sexe, aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et aux Autochtones, soit toute personne qui présente des facteurs de risque liés aux comportements sexuels ou à la consommation de drogues ou d'alcool. L'implantation du programme a été précédée d'un long processus de planification, afin de déterminer la meilleure stratégie. Tous les partenaires concernés ont été mobilisés. Les intervenants - des travailleurs sociaux, des infirmières et des organisateurs communautaires - proviennent de neuf organismes publics et communautaires, allochtones et autochtones, de sorte que Pikatemps réunit une expertise incomparable.

Les activités prennent plusieurs formes : dépistage des ITSS, accès à du matériel d'injection, relation d'aide, soutien, information. Et comme la majorité des personnes ciblées ne fréquentent pas les services de santé habituels, les interventions sont réalisées dans les bars, dans les centres d'éducation aux adultes, en milieu autochtone ou encore à l'occasion de la clinique hebdomadaire au local du centre-ville.

Pikatemps se distingue par son offre de service dans les milieux de vie ou à proximité, et surtout par la capacité des intervenants à travailler dans un contexte interculturel. Cette équipe a su relever de grands défis en faisant preuve d'ouverture d'esprit et de persévérance.

2.3 Traiter

Au chapitre des traitements, des avancées importantes ont été enregistrées au cours des dernières années, autant pour les infections bactériennes que virales. Elles peuvent maintenant être traitées plus efficacement et plus facilement.

Habituellement, une seule dose d'antibiotiques suffit pour traiter la gonorrhée, la chlamydie et la syphilis et ces médicaments sont gratuits depuis l'entrée en vigueur du Programme québécois de gratuité des médicaments pour traiter les maladies transmises sexuellement, en 1992. Un traitement précoce peut éviter les complications de l'infection et réduit les risques de transmission. Il faut donc traiter non seulement les personnes infectées, mais aussi leurs partenaires.

Les traitements contre l'herpès ont été simplifiés et bien qu'ils ne guérissent pas l'infection, ils peuvent néanmoins réduire la transmission.

Au cours des décennies 1990 et 2000, le traitement du VIH a fait des pas de géant grâce à la mise au point de nouvelles molécules et de nouvelles classes de médicaments. Il est maintenant beaucoup plus simple (diminution du nombre de prises quotidiennes) et efficace, même s'il ne guérit toujours pas l'infection. L'espérance de vie et la qualité de vie des personnes atteintes s'en sont trouvées nettement améliorées. Les thérapies antirétrovirales actuelles visent une charge virale indétectable : à ce stade, le risque de transmission du VIH et de développement d'infections opportunistes est considérablement réduit. L'expérience acquise a permis d'améliorer la prise en charge des patients et on constate au fil des ans une diminution notable des hospitalisations. En dépit de ces gains non négligeables, le traitement peut se révéler passablement contraignant (en raison de l'observance rigoureuse qu'il exige, des limites alimentaires, etc.) voire éprouvant en raison des nombreux effets secondaires indésirables associés aux médicaments.

« Les infections bactériennes et virales peuvent maintenant être traitées plus efficacement et plus facilement. »

Les traitements contre le virus de l'hépatite C ont eux aussi été améliorés, mais leurs effets secondaires restent importants, au point où plusieurs patients ont besoin d'être pris en charge durant la période de traitement. Le taux de guérison s'élève maintenant à plus de 50 % chez les personnes traitées. Les risques de transmission du virus en sont réduits d'autant. Malheureusement, l'offre de service ne permettant pas de combler tous les besoins, toutes les personnes atteintes du virus de l'hépatite C ne peuvent être traitées, et le traitement est peu accessible, particulièrement pour les personnes utilisatrices de drogues par injection. On constate que chez les utilisateurs de drogues par injection infectés par le VIH et par le virus de l'hépatite C, 61 % d'entre eux ont pris des médicaments pour le VIH, mais n'en ont pas pris pour l'hépatite C.

Au total, les progrès sont constants et importants en ce qui concerne les traitements. Toutefois, l'accessibilité de ces traitements pour toute personne qui en a besoin, quelle que soit sa condition sociale, constitue un défi de taille. Ce défi prend tout son sens lorsqu'il s'agit des groupes de population les plus vulnérables. Les gains obtenus sont le résultat d'une combinaison d'interventions allant de la promotion de la santé à la mise au point de nouveaux traitements et outils diagnostiques, en passant par la prévention, le dépistage des infections et la prise en charge des patients.

LE CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL PREND LES GRANDS MOYENS

Depuis 1983, l'Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida du Centre universitaire de santé McGill offre un service de prise en charge de l'infection par le VIH. Une équipe multidisciplinaire composée de médecins, d'infirmières, de psychologues, de travailleurs sociaux, de pharmaciens et d'autres intervenants élabore et implante des programmes de soins innovateurs. L'équipe participe à l'enseignement, à l'avancement des connaissances et à l'élaboration de guides thérapeutiques. Mais surtout, elle soigne et traite de nombreuses personnes aux prises avec le VIH. En 2009, elle a assuré le suivi de plus de 1 200 personnes, dont 200 nouvelles. L'Unité a également reçu près de 16 000 visites en consultation externe et orienté 4 000 personnes vers des ressources communautaires.

Plus récemment, devant l'importance de l'infection par le virus de l'hépatite C, l'équipe a décidé de prendre en charge les personnes qui lui sont dirigées, certaines étant déjà infectées par le VIH. Une proportion non négligeable d'entre elles sont aussi aux prises avec des problèmes de santé mentale, de toxicomanie, d'itinérance ou d'autres infections. L'équipe s'est donc associée à des experts en hépatologie qui, devant la complexité et les stades avancés de la maladie chez certains patients, se sont rapprochés du Département de gastroentérologie et de celui des greffes d'organes.

Des pas restent à franchir pour améliorer l'offre de service. Cependant, les dirigeants de l'Unité sont motivés à poursuivre leurs efforts afin que les personnes atteintes soient prises en charge et traitées selon les meilleures normes de pratique.

D'autres Unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida ont adopté une approche similaire: à Montréal (CHUM), à Québec (CHUQ) et à Sherbrooke (CHUS). Le même esprit anime l'Unité ambulatoire VIH-Toxicomanie du CHUM. Les professionnels de l'équipe sont soucieux d'offrir les meilleurs services généraux et spécialisés notamment aux personnes qui font usage de drogues par injection, qu'il s'agisse de traiter la dépendance et les infections acquises ou de les aider à gérer des problèmes psychosociaux⁶⁶.

2.4 Un impératif : revoir des façons de faire

La recrudescence des ITSS impose une révision de certaines façons de faire. Cette révision doit s'aligner sur trois grands objectifs : la pertinence des interventions par leur adaptation au contexte et aux besoins de la population ; l'équité en matière de prévention et de traitement pour tous les groupes de population ; l'efficacité et la qualité des services par la mise en place de plans d'organisation, de modalités de fonctionnement en réseau et de mécanismes de coordination et d'évaluation.

Il ne s'agit évidemment pas de repartir à zéro. La lutte contre les ITSS doit, aujourd'hui comme hier, prendre appui sur des acteurs engagés et bien formés, des connaissances à jour, des gestionnaires et des intervenants soucieux d'implanter les meilleures pratiques, des interventions terrain qui ont fait leurs preuves et des initiatives prometteuses. Mais les ressources, les connaissances et l'expérience ne suffisent pas ; il faut consolider l'intervention en ITSS, faire une place à d'autres acteurs issus d'autres domaines, et intégrer de nouvelles façons de faire.

La nouvelle organisation du système de santé et de services sociaux offre le cadre tout indiqué pour optimiser les services et les interventions en ITSS. La création des CSSS a été accompagnée de la mise en place d'un réseau local de services dans chaque territoire de CSSS (le Québec est divisé en 95 territoires). C'est l'établissement public, le CSSS, qui doit coordonner ce réseau ; c'est lui également qui a la responsabilité, conjointement avec tous les partenaires du réseau local, de répondre aux besoins de toute la population du territoire pour tout ce qui concerne les questions de santé⁶⁷. La direction de santé publique joue aussi un rôle important : elle accompagne les CSSS de sa région dans cette démarche.

La nouvelle organisation crée une interdépendance accrue entre les acteurs. Ce faisant, elle offre l'occasion de mieux intégrer la prévention des ITSS dans l'ensemble des secteurs de services et dans les partenariats intersectoriels^{iii, 68}. De cette manière, il sera possible de faire évoluer les pratiques et d'obtenir des gains supplémentaires. Ainsi, chaque CSSS, soutenu par sa direction de santé publique, sera en mesure de connaître l'évolution des ITSS sur son territoire et de déterminer les services à consolider ou à mettre en place, de même que les stratégies nécessaires⁶⁹.

« La nouvelle organisation crée une interdépendance accrue entre les acteurs. De cette manière, il sera possible de faire évoluer les pratiques et d'obtenir des gains supplémentaires. »

iii. Intersectorialité : « Un lieu où des acteurs provenant de différents secteurs (par exemple du secteur de la santé, de l'éducation, de l'emploi, de la sécurité publique, etc.) se mobilisent dans le but de se donner une problématique et des objectifs communs pour résoudre une problématique complexe » (Source : Roy, S. et autres (2005). *Représentations des actions intersectorielles dans la lutte contre le VIH. Volet 1 : le point de vue des acteurs de divers secteurs du centre-ville de Montréal*. Université du Québec à Montréal, Université de Montréal et Direction de santé publique de Montréal, Rapport de recherche, p. 9).

trois.

**Ce que nous pouvons
faire de plus et de mieux :
les défis**



Deux documents d'orientation sont à l'origine de plusieurs efforts déjà consacrés à la prévention de la transmission des ITSS : le Programme national de santé publique 2003-2012 et la Stratégie québécoise de lutte contre le VIH et le sida, l'infection par l'hépatite C et les ITS. Ces deux documents restent tout à fait pertinents aujourd'hui pour guider les interventions à venir.

Tout est maintenant en place pour réaliser de nouvelles avancées : les interventions efficaces sont bien connues, et ce, autant pour la prévention que le dépistage et le traitement ; les meilleures pratiques sont éprouvées ; les groupes vulnérables sont bien identifiés ; les ressources humaines dédiées à ce problème sont relativement bien formées.

Pour faire de nouveaux gains, une condition centrale doit toutefois être remplie : la concertation de l'ensemble des acteurs, peu importe leur domaine, qui interviennent auprès des groupes vulnérables aux ITSS. C'est cette conjonction des efforts, ce travail à relais, qui fera la différence. De son côté, la collectivité, par ses représentants, doit soutenir ces efforts, les faciliter, ouvrir des possibilités. Une telle mobilisation est essentielle pour faire plus et mieux.

Les efforts doivent être canalisés. Les objectifs doivent être bien définis et les cibles bien identifiées. Et toutes les actions doivent découler d'une vision commune de l'organisation de la lutte contre les ITSS. Bref, ce n'est pas tant le *quoi faire* qu'il faut modifier, mais le *comment faire*.

3.1 Une vision commune

Les ITSS sont des infections transmissibles et évitables. Pour lutter efficacement contre les ITSS, il faut agir sur trois fronts : la transmission des infections, les comportements et les environnements.

La lutte contre les ITSS n'est pas une activité que l'on peut limiter à un seul secteur de services ou à une seule catégorie de personnel. Elle repose plutôt sur :

- un leadership fort de la part des acteurs de santé publique ;
- une collaboration étroite de toutes les entités du réseau de la santé et des services sociaux visées par ce problème et une planification des interventions de santé publique avec celles des organismes communautaires qui œuvrent auprès des groupes vulnérables ;
- l'appui de la population.

« La lutte contre les ITSS exige l'engagement des acteurs de la santé publique [...], des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et du milieu communautaire. »

LES ACTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE

Les décideurs, gestionnaires et intervenants de santé publique des niveaux national, régional et local sont invités à exercer un leadership fort dans leur milieu. Ils doivent renforcer leur capacité d'action, mieux connaître et localiser les groupes vulnérables dans leur région et positionner la question des ITSS au sein des activités régulières du réseau de la santé et des services sociaux. À cette fin, ils créeront des conditions propices à la collaboration, négocieront des alliances, établiront des partenariats solides et durables, mettront en place des mécanismes de coordination, bref, ils prendront les moyens nécessaires, et les mieux adaptés, pour mobiliser les intervenants de leur territoire.

LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LES PARTENAIRES EXTERNES

La lutte contre les ITSS exige l'engagement des acteurs de la santé publique et plus largement, celui des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et du milieu communautaire.

Le CSSS et ses partenaires du réseau local de services sont conjointement responsables d'offrir des services continus et de qualité qui répondent aux besoins de la population de leur territoire. Dans un souci d'équité, ils doivent accorder davantage d'attention aux groupes vulnérables, dont ceux qui sont les plus touchés par les ITSS. Sinon, ils verront les écarts de santé s'accroître toujours davantage⁷⁰.

Pour concrétiser ce souci d'équité et pour assurer la continuité des services, les CSSS intégreront la préoccupation des ITSS dans leurs programmes-services suivants : santé publique, services généraux, enfance-famille, jeunes en difficulté, dépendance, santé mentale, santé physique. En clair, cela signifie que les activités liées aux ITSS feront partie des exercices de planification courants des agences régionales de santé et des services sociaux et de ceux des CSSS (plans d'action régionaux et plans d'action locaux). La configuration des services et des activités sera modulée en fonction des caractéristiques de chaque territoire.

LA POPULATION

La population peut apporter son soutien à la lutte contre les ITSS ; à cet égard, l'opinion publique est d'une grande importance. Par ailleurs, certains citoyens contribuent personnellement à la lutte contre les ITSS par leur engagement auprès des jeunes et des autres groupes vulnérables, dans des établissements des réseaux de la santé et de l'éducation ou dans des organismes communautaires.

3.2 Prévenir plus et mieux

La variété des stratégies est un gage d'efficacité en prévention. Les campagnes de communication, les collaborations et les partenariats intersectoriels se complètent et se renforcent mutuellement.

DES ACTIONS DE COMMUNICATION CIBLÉES

Les campagnes de communication permettent de répondre à plusieurs questions : Que faire pour prévenir l'infection? Comment avoir accès aux services de dépistage? De quelles informations et de quels services dispose-t-on pour renforcer les pratiques sécuritaires? Comment favoriser des attitudes d'accueil et d'acceptation envers les groupes vulnérables? Les campagnes contribuent également à raffermir la responsabilité individuelle et collective en faveur de la prévention des ITSS.

Plusieurs actions de communication peuvent être exploitées : campagnes publicitaires pour le grand public et les populations vulnérables, présence de porte-parole à des émissions d'affaires publiques, relations de presse afin de générer des articles dans les journaux et les magazines, utilisation des médias électroniques, etc. Des communications bien orchestrées permettront d'agir sur plusieurs plans et auprès de plusieurs publics à la fois : adolescents, jeunes adultes, jeunes gais, jeunes de la rue, etc. Elles offrent l'avantage de promouvoir des modèles de comportements sains et sécuritaires. Les campagnes de communication servent de toile de fond aux actions de prévention sur le terrain, qu'elles viennent soutenir. Leurs effets doivent également se traduire par des activités qui seront modulées en fonction des caractéristiques des groupes visés.

« Les campagnes contribuent également à raffermir la responsabilité individuelle et collective en faveur de la prévention des ITSS. »

UN ACCÈS AUX CONDOMS FACILITÉ

L'utilisation du condom demeure l'un des meilleurs moyens de prévenir la transmission d'une ITSS. Plusieurs initiatives permettent maintenant à divers groupes de la population d'avoir plus facilement accès au condom, mais la distribution doit être mieux structurée.

La distribution mérite d'être mieux structurée afin que les organismes jeunesse et les écoles puissent rendre les condoms plus facilement accessibles aux jeunes et que l'accès au condom soit facilité dans d'autres contextes, notamment dans les lieux de rencontres sexuelles. À l'heure actuelle, le Québec n'a pas de programme d'accès au condom organisé sur une base régionale comme on en trouve par exemple à Toronto⁷¹ ou à New York⁷². Ces programmes ont donné des résultats probants et le Québec pourrait s'inspirer de telles expériences afin d'augmenter la proportion de personnes qui utilisent le condom et ainsi valoriser une norme sexuelle sécuritaire.

« [...] (l') accès au condom [...] doit être mieux structuré. »

DES ACTIVITÉS ET SERVICES ADAPTÉS AUX CARACTÉRISTIQUES DES GROUPES VULNÉRABLES

■ *Les jeunes*

Plusieurs écoles du Québec offrent actuellement des activités d'information sur les ITSS. D'autres ont adopté une démarche plus globale d'éducation à la sexualité et de promotion de la santé. Il faut consolider ces acquis et assurer la pérennité des activités. Par ailleurs, de telles initiatives devraient être étendues à l'ensemble du réseau scolaire, y compris l'éducation des adultes.

Le milieu de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux entretiennent une collaboration fructueuse depuis plusieurs années déjà. Cette collaboration doit être accentuée aux paliers national, régional et local. Les activités pédagogiques sur les ITSS seront plus efficaces si elles sont jumelées à des activités d'éducation à la sexualité, à l'intérieur d'une approche globale et intégrée de la santé à l'école. Sur le terrain, les enseignants et

« Les activités pédagogiques sur les ITSS seront plus efficaces si elles sont jumelées à des activités d'éducation à la sexualité, à l'intérieur d'une approche globale et intégrée de la santé à l'école. »

Intervenants des services complémentaires peuvent s'allier pour mener des initiatives de prévention des ITSS ou encore de sensibilisation quant à l'usage des psychotropes. De leur côté, les intervenants de santé publique des paliers régional et local peuvent créer des liens notamment avec les conseillers pédagogiques et les enseignants du Programme de science et technologie eu égard aux objectifs suivants :

- soutenir des activités d'éducation à la sexualité avec le milieu scolaire et en y intégrant des actions de prévention des ITSS dans la perspective de l'approche École en santé ;
- amener les élèves à acquérir des connaissances et des compétences justes et actuelles sur les ITSS ;
- promouvoir l'accès à des activités d'apprentissage sur les ITSS adaptées au secteur de l'éducation des adultes^{iv} ;
- renforcer la promotion des outils pédagogiques existants et le soutien des CSSS et des enseignants afin de mieux rejoindre les jeunes en milieu scolaire.

La prévention des ITSS et l'éducation à la sexualité ne se limitent pas à l'école secondaire. Une attention toute particulière doit être accordée aux jeunes en difficulté, notamment par l'entremise des centres jeunesse et des organismes de soutien aux jeunes de la rue. Il est primordial que ces jeunes très vulnérables aux ITSS aient accès à des activités d'éducation à la sexualité, de prévention de l'usage inapproprié de drogues et de prévention du passage à l'injection. Des activités peuvent aussi être proposées dans tout milieu fréquenté par les jeunes (maisons de jeunes, cégeps et universités). Plus particulièrement, il faut :

- soutenir des activités d'éducation à la sexualité et l'adoption d'une politique d'accès au condom dans l'ensemble des centres jeunesse du Québec ;
- mettre en œuvre localement des interventions pour prévenir le passage à l'injection à l'intention des jeunes en difficulté.

« Une attention toute particulière doit être accordée aux jeunes en difficulté [...] »

iv. Le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport parachève actuellement un cours de 50 heures sur la prévention des ITSS permettant l'octroi de crédits pour l'obtention du diplôme d'études secondaires. Ce cours sera offert aux élèves de l'éducation des adultes, notamment dans le contexte des cours offerts aux personnes détenues.

LA FORMATION, POUR CRÉER DES LIENS

Le 14 octobre 2009, les conseillers pédagogiques du programme de science et technologie et les représentants régionaux de santé publique en ITSS étaient conviés à une journée de formation organisée par la Direction générale de la santé publique. L'objectif: inscrire la prévention des ITSS dans une démarche globale d'éducation à la sexualité et dans la mesure du possible, dans le contexte de l'approche École en santé. Cette journée de formation a permis de mettre en contact les acteurs du réseau de la santé et du milieu de l'éducation, de les informer du soutien qu'ils pouvaient s'apporter mutuellement. Deux situations d'apprentissage et d'évaluation « clés en main » ont été présentées afin que les conseillers pédagogiques puissent proposer des activités concrètes aux enseignants.

Depuis lors, plusieurs régions ont entrepris des démarches visant à sensibiliser les enseignants de science et technologie face à leur rôle clé auprès des élèves en matière de prévention des ITSS. Les situations d'apprentissage et d'évaluation circulent dans l'ensemble des régions et plusieurs commissions scolaires organisent déjà une journée pédagogique afin que les enseignants les intègrent à leur programmation.

■ *Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes*

Plusieurs hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes fréquentent des lieux de rencontres. Les bars, saunas et parcs constituent des lieux privilégiés de distribution de condoms et même d'éducation. L'utilisation généralisée d'Internet à des fins de rencontres et de réseautage fait du Web un moyen de prévention à explorer. Il faut poursuivre les initiatives en cours, les renforcer et les renouveler. Les interventions prendront diverses formes, selon la nature des lieux et les caractéristiques des individus qui les fréquentent; elles seront régulières et continues. Les propriétaires, gérants et employés de ces établissements se révèlent des partenaires importants pour les acteurs de santé publique.

« L'utilisation généralisée d'Internet à des fins de rencontres et de réseautage fait du Web un moyen de prévention à explorer. »

Les organismes communautaires et les CSSS réalisent plusieurs activités de prévention des ITSS : consultations, rencontres d'information sur les risques de transmission des ITSS, travail de proximité (distribution de condoms et de lubrifiants, soutien à l'adoption de comportements sécuritaires), ateliers sur le vécu homosexuel. Pour diverses raisons - financement de courte durée ou précaire, roulement de personnel, etc. - ces activités ne sont pas aussi régulières, efficaces et pérennes qu'elles le devraient. Pour remédier à la situation, il importe :

- de favoriser la collaboration entre les organismes communautaires et les CSSS, de manière à faciliter la mise en place d'initiatives de promotion de la santé et de prévention adaptées aux réalités de ces hommes ;
- de constituer un réseau de pratique sollicitant la participation des régions de manière à mettre à profit les expériences et à faire évoluer les pratiques ;
- de participer à la lutte contre l'homophobie et de veiller à ce que les activités d'éducation à la sexualité en milieu scolaire et dans d'autres milieux intègrent la question de l'orientation sexuelle.

MONTRÉAL INVESTIT LES LIEUX

À Montréal, un infirmier du CSSS Jeanne-Mance et un intervenant de Rézo, un organisme communautaire dédié à la santé et au mieux-être des hommes gais et bisexuels, se présentent quelques fois par mois à un sauna de la rue Sainte-Catherine pour offrir des services d'écoute, d'information et de dépistage des ITSS. Le propriétaire du sauna leur permet d'utiliser une chambrette afin que les rencontres individuelles de counseling et de dépistage se déroulent en toute confidentialité. Les employés du sauna sont informés de la présence des deux intervenants et peuvent leur diriger des clients. La rencontre sert aussi à améliorer les connaissances sur les ITSS, l'utilisation de moyens de protection et les méfaits de la consommation d'alcool et de psychotropes. Par la suite, si un test de dépistage se révèle positif, le client est orienté vers le CSSS pour un diagnostic, un traitement et un suivi.

■ *Les personnes utilisatrices de drogues par injection*

Une société sans drogue n'existe pas. Dans ce contexte, il faut viser à réduire la consommation inappropriée de drogues et à favoriser chez les utilisateurs des comportements qui réduisent les risques de transmission des ITSS.

Des actions sont reconnues comme efficaces pour prévenir la transmission du VIH et du virus de l'hépatite C chez les personnes utilisatrices de drogues⁷³ et celles-ci doivent être implantées ou intensifiées. Toutefois, pour atteindre leur but, elles doivent s'inscrire dans un ensemble d'interventions qui dépasse largement le champ d'action de la santé publique et des organismes communautaires qui œuvrent auprès de ces personnes. En clair, il faut développer la collaboration intersectorielle, travailler ensemble en fonction d'objectifs communs.

Afin d'aider les utilisateurs de drogues par injection, les actions suivantes sont recommandées :

- reconnaître les centres d'accès au matériel d'injection comme des ressources pour la communauté ayant un rôle positif auprès des utilisateurs de drogues par injection ;
- consolider la distribution de matériel d'injection et d'inhalation de drogues ;
- accentuer les services d'information-éducation, d'écoute-soutien, d'accompagnement, d'insertion sociale, de vaccination, de dépistage des ITSS, d'orientation en ITSS, en toxicomanie ou à d'autres services ;
- poursuivre avec les acteurs concernés la réflexion portant sur les services d'injection supervisée afin de mettre en place les conditions favorables à leur implantation éventuelle, notamment à l'égard de leur acceptabilité sociale⁷⁴ ;
- poursuivre la démarche entreprise avec la sécurité publique afin que les établissements de détention puissent disposer de matériel stérile d'injection, de tatouage et de perçage et afin de favoriser une collaboration étroite entre les services policiers et les organismes communautaires visés ;
- renforcer la collaboration avec le secteur de la dépendance dont celui de la réadaptation en toxicomanie, de manière à assurer la continuité et la complémentarité des interventions et à offrir davantage de services à bas seuil d'exigences dans les organismes communautaires^v.

v. Les services à bas seuil d'exigences doivent tenir compte de la vulnérabilité aux ITSS des personnes utilisatrices de drogues dans l'offre de service en dépendance des CSSS et des centres de réadaptation afin que les services appropriés leur soient offerts : soins médicaux, infirmiers et psychosociaux, dépistage des ITSS, accès au matériel d'injection ou d'inhalation, accès aux condoms, vaccination contre les hépatites A et B, counseling ou orientation vers les services internes des centres de réadaptation en dépendance.

LA CAPITALE-NATIONALE SE RAPPROCHE DU MILIEU

Dans la région de la Capitale-Nationale, on a choisi d'offrir les services directement dans les locaux de l'organisme communautaire Point de Repères, afin de mieux rejoindre les utilisateurs de drogues par injection et les personnes toxicomanes. Les intervenants du CSSS de la Vieille-Capitale et du Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve se déplacent donc dans les locaux de l'organisme. Les services comprennent notamment l'accueil, l'évaluation et l'orientation de la personne, le dépannage et les consultations avec un médecin, une infirmière, un psychologue, un intervenant en toxicomanie et réadaptation, etc.

Un tel arrangement permet d'offrir des services adaptés à une population marginalisée qui consulte peu les services de santé et sociaux. Par surcroît, il offre aux réseaux public et communautaire l'occasion d'agir de concert efficacement, et ce, dans le respect de la contribution de chacun.

■ *D'autres groupes vulnérables*

À l'instar des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et des utilisateurs de drogues par injection, d'autres groupes de population cumulent plusieurs facteurs de risque. Il s'agit particulièrement des personnes incarcérées, des Autochtones, des personnes originaires d'un pays où l'infection par le VIH est endémique, des travailleurs et travailleuses du sexe.

En milieu carcéral, les services de santé seront éventuellement sous la responsabilité du réseau de la santé et des services sociaux plutôt que sous celle de la sécurité publique⁷⁵, ce qui donne une belle occasion pour la prévention des ITSS dans les établissements de détention. Dans cette perspective, le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de la Sécurité publique sont à élaborer un plan de travail qui vise :

- à assurer l'accès à des services de consultation, de prévention, de dépistage des ITSS et de vaccination ;
- à favoriser l'accès aux programmes de désintoxication, de réadaptation (notamment le traitement de substitution aux opioïdes), aux traitements contre le VIH et l'hépatite C et aux services psychosociaux pendant et après l'incarcération.

D'autres initiatives peuvent être réalisées pour tenir compte des groupes vulnérables particuliers sur un territoire. Qu'il s'agisse des jeunes en difficulté, des Autochtones, des communautés culturelles, des travailleurs et travailleuses du sexe, il importe de soutenir les initiatives novatrices et porteuses, de les partager et de favoriser leur adaptation.

3.3 Dépister plus et mieux

L'accès au dépistage des ITSS doit être facilité pour les jeunes et les autres groupes vulnérables. Il faut agir tant sur l'organisation des services que sur les pratiques des professionnels.

Dans le cas des jeunes, le Programme national de santé publique recommande de soutenir les organisations du type des cliniques jeunesse^{vi} qui favorisent la prévention des ITSS, intègrent les pratiques cliniques préventives^{vii} et mènent à des activités d'éducation à la sexualité. Les cliniques jeunesse sont réparties et organisées de façon variable dans les régions. Afin de pallier à cette situation :

- le ministère de la Santé et des Services sociaux soutiendra l'implantation et la consolidation de telles cliniques.

L'organisation des services de dépistage des ITSS en CSSS et dans les milieux de vie pour les groupes vulnérables pose plusieurs défis, notamment en raison de la complexité de l'intervention. Quatre conditions doivent être remplies si l'on veut améliorer la pertinence, l'efficacité et la qualité de ces services :

- le soutien des décideurs et gestionnaires des CSSS pour une intervention efficace : des ressources professionnelles en nombre suffisant ;
- l'accès aux laboratoires et au transport de spécimens pour les professionnels des CSSS ;
- une lecture fine des besoins des groupes visés et du contexte particulier de l'intervention ;
- une collaboration étroite avec les organismes communautaires concernés et les établissements fréquentés par ces groupes.

« Il faut agir tant sur l'organisation des services que sur les pratiques des professionnels. »

vi. Les cliniques jeunesse visent à offrir des services préventifs et curatifs, spécifiquement organisés pour les adolescents ou les jeunes adultes, notamment en matière de santé sexuelle (dont la prévention des ITSS), de saines relations amoureuses, de compétences personnelles et sociales, de santé mentale, d'habitudes de vie, de comportements sécuritaires, etc. (Programme national de santé publique, mise à jour 2008, page 44).

vii. Les pratiques cliniques préventives sont un ensemble d'interventions (counseling, dépistage, immunisation, chimioprophylaxie) réalisée par un professionnel de la santé auprès d'un patient et visant à promouvoir la santé et prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux (Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives, MSSS, 2007, Sommaire).

En ce qui concerne le dépistage du VIH, près de 300 000 tests sont effectués annuellement si l'on compte les tests effectués dans le cadre du Programme d'intervention auprès des femmes enceintes. Or, moins de 1 % de ces tests sont positifs et un nombre significatif de personnes ne savent pas qu'elles sont infectées faute d'avoir été dépistées. De plus, les cas sont détectés tardivement : près du quart des personnes nouvellement diagnostiquées en 2008 présentaient des signes et symptômes compatibles avec une infection chronique par le VIH⁷⁶. En somme, le dépistage devrait être mieux ciblé afin de détecter les personnes vulnérables aux ITSS.

L'intégration des pratiques cliniques préventives dans les services de première ligne constitue un autre moyen efficace pour dépister les ITSS⁷⁷. Ces pratiques, rappelons-le, renvoient aux interventions de prévention (conseils, tests, notification aux partenaires, etc.) réalisées par les professionnels au cours de consultations individuelles.

L'intégration des pratiques cliniques préventives dans les activités régulières des professionnels comporte plusieurs défis : l'actualisation des connaissances, le développement d'habiletés pour soutenir l'adoption de comportements sains et sécuritaires, la mise en place d'une organisation efficace pour soutenir la pratique et la possibilité d'accorder aux ITSS l'attention et le temps nécessaires, le respect des rôles et responsabilités de tous les partenaires, une approche flexible, adaptée à chaque contexte.

Pour soutenir cette intégration, il faut donc :

- recourir à une combinaison de stratégies qui visent autant les cliniciens que l'organisation de leur pratique, notamment la mobilisation des acteurs ainsi que le soutien et l'accompagnement des cliniciens.

LA MONTÉRÉGIE OUTILLE SES CLINIENS

En 2006, la Direction de santé publique de la Montérégie a élaboré une offre de soutien à l'intégration des pratiques cliniques préventives, dont celles qui se rapportent au dépistage des ITSS. Cette offre ciblait particulièrement certains milieux cliniques dont les groupes de médecine de famille, les unités de médecine familiale et les CSSS.

Divers moyens ont permis de s'adresser directement aux cliniciens : la diffusion des lignes directrices et de guides de pratique, des activités de formation à l'intention des médecins et des infirmières, l'élaboration d'outils (aide-mémoires, fiches), et la transmission d'information sur les ressources institutionnelles et communautaires.

D'autres visaient à assurer un appui organisationnel aux cliniciens : soutien à l'élaboration de règles de soins et d'ordonnances collectives, soutien à l'établissement de corridors de services, relevé du matériel de prélèvements disponible sur le territoire des CSSS. Enfin, des activités de sensibilisation ont été offertes aux gestionnaires et aux médecins microbiologistes.

Parallèlement, la Direction de santé publique a consolidé les services de dépistage destinés aux populations vulnérables aux ITSS et soutenu l'implantation des cliniques jeunesse. Toutes ces mesures ont permis d'améliorer grandement l'offre de service.

3.4 Traiter plus et mieux

Les infections ne se traitent pas toutes de la même façon. Pour certaines, il existe maintenant un traitement efficace, simple et accessible. C'est le cas notamment de la chlamydie et de la gonorrhée, qui touchent surtout les jeunes et les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Le programme de médicaments gratuits pour le traitement de ces infections (et d'autres ITSS, comme la syphilis) vise autant les personnes infectées que leurs partenaires.

Quant au traitement de l'infection par le VIH, une infection chronique rappelons-le, il est relativement plus complexe, mais le nombre de médicaments à prendre a de beaucoup diminué au fil du temps. L'accès au traitement est assez aisé et le suivi des patients bien organisé dans la plupart des régions. Cependant, il y a lieu de sensibiliser les soignants à la possibilité de co-infection par une ITSS, de mieux faire connaître l'accès à la prophylaxie post-exposition en cas de besoin et, enfin, de responsabiliser les personnes vivant avec le VIH en matière de prévention de la transmission des infections.

Dans le cas du virus de l'hépatite C, il existe des traitements qui permettent d'éliminer le virus dans plus de 50 % des cas traités, mais ceux-ci ont des effets secondaires importants et les personnes doivent être suivies. Selon l'Institut national de santé publique du Québec, à l'heure actuelle, le système de santé ne répond pas adéquatement à la demande des personnes infectées par le virus de l'hépatite C (selon les données actuellement disponibles, seulement 10 % de cette clientèle serait traitée). Or, leur nombre augmente chaque année⁷⁸. Une attention toute particulière doit être accordée au traitement et au suivi de l'hépatite C, sinon, les conséquences de l'infection à moyen et à long terme seront dramatiques.

« Une attention toute particulière doit être accordée au traitement et au suivi de l'hépatite C [...] »

Pour accroître la capacité d'action dans ce domaine, il faut donc apporter les correctifs nécessaires. Dans cette optique, il revient aux acteurs de santé publique :

- de créer des alliances avec les experts du domaine (médecins, autres professionnels de la santé et leurs ordres professionnels) et les décideurs afin d'améliorer les services ;
- d'offrir au personnel soignant la formation appropriée afin que les médecins généralistes assurent le suivi des personnes atteintes, en collaboration avec les médecins spécialistes et avec l'appui d'une équipe multidisciplinaire ;
- de soutenir la création de corridors de services entre les organismes communautaires, la première ligne et les centres de désintoxication, de réadaptation et d'insertion sociale ;
- d'assurer le suivi et le soutien psychosocial des personnes atteintes ; ces services sont essentiels pour l'adhésion au traitement.

Le Québec se démarque par la qualité des ressources humaines dédiées au traitement des ITSS. Depuis plus de 25 ans, des unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida contribuent à l'amélioration continue de la pratique médicale auprès des personnes atteintes du VIH ; plus récemment, certaines de ces unités ont étendu leurs activités à l'hépatite C. En raison de leurs bénéfices pour les personnes atteintes et la collectivité, ces efforts doivent se poursuivre, être soutenus et encouragés.

LA MONTÉRÉGIE SE DOTE D'UNE ORDONNANCE COLLECTIVE

Dans la région de la Montérégie, les infirmières du CSSS Vaudreuil-Soulanges peuvent désormais se prévaloir d'une ordonnance collective pour recommander un traitement si, à la suite d'un dépistage, une personne asymptomatique présente un résultat positif pour la chlamydie. Elles peuvent ainsi diriger la personne infectée et ses partenaires vers un pharmacien communautaire pour obtenir le traitement requis. Cette approche devrait inspirer l'ensemble des CSSS et autres milieux cliniques au Québec et s'élargir aux infections gonococciques.

conclusion

Les problèmes de santé reçoivent généralement beaucoup d'attention. Et pour cause. Ils hypothèquent la qualité de vie quand ce n'est pas la vie elle-même.

Certaines maladies se font toutefois plus discrètes. C'est le cas des ITSS. Elles surgissent généralement sans qu'on s'y attende, et évoluent rapidement parfois même jusqu'à devenir endémiques. D'autres fois, la société et les services de santé réagissent rapidement et réussissent à mettre en place les moyens pour les juguler.

C'est ce qui s'est produit il y a plus de deux décennies avec l'apparition du sida. L'infection a créé une commotion dans le monde, qui a été à l'origine d'un vaste et noble combat. Puis, fortes des succès remportés, les sociétés ont cru que le mal était maîtrisé, pour de bon.

Les ITSS sont sournoises. On les croyait presque vaincues, voilà qu'elles reviennent en force. La recrudescence à laquelle on assiste depuis quelques années est très inquiétante. Il faut agir et vite.

Dès maintenant et au cours des prochaines années, les efforts cibleront particulièrement les jeunes, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et les personnes utilisatrices de drogues par injection, sans négliger d'autres groupes vulnérables. Des actions de communication bien ciblées, un meilleur accès aux condoms, le renforcement de l'adoption et du maintien de comportements sécuritaires, l'accès aux services sociaux et médicaux requis, voilà autant de secteurs où il faudra agir mieux.

Pour appuyer la prévention et l'amélioration des services offerts, il faudra poursuivre et améliorer la surveillance des ITSS, la formation des intervenants et des gestionnaires de même que le suivi de l'implantation des meilleures pratiques professionnelles et de gestion.

Il ne s'agit évidemment pas de repartir à zéro. La santé publique, les services de santé en général et tous les acteurs concernés par ce problème, dont des dizaines d'organismes communautaires, ont acquis une solide expérience dans la lutte contre les ITSS. Il s'agit maintenant de relever la garde, soit de déployer les moyens connus éprouvés et de coordonner les efforts. Bref, de travailler ensemble efficacement. C'est là la première clé du succès.

ORIENTATIONS ET PLANS D'ACTION MINISTÉRIELS EN LIEN AVEC LA PROBLÉMATIQUE DES ITSS

Au cours de la dernière décennie, le ministère de la Santé et des Services sociaux a publié divers documents susceptibles de guider l'intervention auprès des jeunes, des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et des personnes utilisatrices de drogues. Voici une brève liste de documents qui pourront être utiles aux intervenants.

■ *Orientations à l'égard des jeunes*

- *École en santé – Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires – Pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes. 2005.*
- *L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation. 2003.*
- *Orientations relatives aux standards d'accès, de qualité, d'efficacité et d'efficience – Programme-service Jeunes en difficulté – Offre de service 2007-2012.*
- *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille.*
- *Enrichir le Québec de sa relève. Stratégie d'action jeunesse 2009-2014. 2009.*

■ *Orientations à l'égard des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes*

- *L'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles. 1997.*

■ *Orientations à l'égard de l'usage de drogues*

- *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie : Orientations, axes d'intervention, actions. 2001.*
- *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens. 2005.*
- *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011. 2006.*
- *Le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution, Cadre de référence et guide de bonnes pratiques. 2006.*
- *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience, Offre de service 2007-2012 du Programme-services dépendances. 2007.*
- *L'itinérance au Québec, Cadre de référence. 2008.*
- *Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013. 2009.*
- *Guichet d'accès en santé mentale pour la clientèle adulte des CSSS. Balises de la Direction de la santé mentale. 2008.*

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2006). *Portrait de situation de l'hépatite C au Québec 1990-2004 - Analyse de la demande de services par les personnes atteintes du virus de l'hépatite C*, Québec, Gouvernement du Québec.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2007). *Un portrait des services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (SIDEP) 2004-2005*, Québec, Gouvernement du Québec.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2007). *Usage de drogues par injection et interventions visant à réduire la transmission du VIH et du VHC: Revue systématique de la littérature et validation empirique*, Québec, Gouvernement du Québec.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2007). *L'accès au suivi et au traitement pour les personnes atteintes de l'hépatite C au Québec - Analyse de l'offre de services*, Québec, Gouvernement du Québec.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2008). *L'accès au suivi et au traitement pour les personnes atteintes de l'hépatite C au Québec. Document synthèse*, Québec, Gouvernement du Québec.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2008). *Facteurs de risque pour l'hépatite C: analyse des enquêtes épidémiologiques faites lors de la déclaration des cas d'infection par le VHC au Québec: avril 2002 à mars 2004*, Québec, Gouvernement du Québec.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2009). *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogues par injection – Épidémiologie du VIH de 1995 à 2008 – Épidémiologie du VHC de 2003 à 2008*, Québec, Gouvernement du Québec.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2009). *Statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des hépatites B et C auprès des personnes utilisatrices de drogues par injection au Québec: avril 2007 à mars 2008*, Québec, Gouvernement du Québec.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2009). *Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée: analyse critique de la littérature*, Québec, Gouvernement du Québec.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2009). *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec: cas cumulatifs 2002-2008*, Québec, Gouvernement du Québec.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2009). *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogues par injection – Épidémiologie du VIH de 1995 à 2008 – Épidémiologie du VHC de 2003 à 2008*, Québec, Gouvernement du Québec.

bibliographie

biblio graphie

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION ET MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation*, Québec, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (2009). *Plan stratégique 2009-2013 du ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport et Plan stratégique 2009-2013 de la Commission consultative de l'enseignement privé*, Québec, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE (2009). *Politique québécoise de lutte contre l'homophobie. Ensemble vers l'égalité*. Québec, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *Le dépistage anonyme du VIH : vers des services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales - Orientations*, Québec, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine et le sida, l'infection par le virus de l'hépatite C et les infections transmissibles sexuellement – Orientations 2003-2009*. Québec, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006). *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang*, Québec, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007). *La santé, autrement dit... Pour espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé*. Québec, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE (2007). *L'intégration des pratiques cliniques préventives. Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : Revue de la littérature*. Québec, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*. Québec, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2009). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec – Année 2008 (et projections 2009)*, Québec, Gouvernement du Québec.

1. LAMBERT, G. (2009). Institut national de santé publique du Québec, estimation réalisée à partir des données québécoises et d'études canadiennes et américaines.
2. LAMBERT, G., J. COX, Y. MIANGOTAR, L.R. FRIGAULT, C. TREMBLAY et autres (2009). *ARGUS 2008: Enquête sur l'infection par le VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ainsi que sur les comportements à risque associés chez les hommes québécois ayant des relations sexuelles avec des hommes*. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, Institut national de santé publique du Québec et Agence de la santé publique du Canada, Rapport préliminaire.
3. PARENT, R., M. ALARY, C. MORISSETTE, E. ROY, P. LECLERC, P.R. ALLARD et autres (2009). *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection, réseau I-Track-SurvUDI, Épidémiologie du VIH de 1995 à 2008*, Épidémiologie du VHC de 2003 à 2008, Institut national de santé publique du Québec, p. ix.
4. PAAVONEN, J, EGGERT-KRUSE, W. Chlamydia trachomatis: impact on human reproduction, *Hum Reprod Update*. 1999 Sep-Oct,5 (5): 433-447.
5. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2008) *Sommaire – Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada*. Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques. [En ligne]. [<http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/estimat08-frs.php>] (consulté le 4 février 2010) et données non publiées.
6. BITERA, R., M. ALARY, M. FAUVEL, R. PARENT et autres (2009). *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec. Cas cumulatifs 2002-2008*, Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec l'Unité de recherche en santé des populations du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, p. iii et p. 11.
7. PARENT, R., M. ALARY, C. MORISSETTE, E. ROY, P. LECLERC, P.R. ALLARD et autres, *op. cit.*, p. 26.
8. ALLARD, P.R., NOËL, L. (2006). *Portrait de situation de l'hépatite C au Québec 1990-2004. Analyse de la demande de services par les personnes atteintes du virus de l'hépatite C*. Institut national de santé publique du Québec.
9. REMIS, R. (2007). *Modeling the incidence and prevalence of Hepatitis C Infection and its sequelae in Canada*, Public Health Agency of Canada, Final Report.
10. ALLARD, P.R. (2009). *Fiche technique sur l'infection par le virus de l'hépatite C et ses complications* produite pour le Rapport du DNSP sur les ITSS, Institut national de santé publique du Québec.
11. LAMBERT, G., L. RINGUETTE, S. MINZUNZA (2009). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec – Année 2008 (projections 2009)*, Québec, Gouvernement du Québec, p. 65.
12. FROLICH, KL et L Potvin. «Transcending the known in public health practice. The inequality paradox: The population approach and vulnerable populations», *Am J Public Health* 2008 , Vol. 98, No. 2, p.216-221.
13. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Stratégie québécoise de lutte contre le sida. Phase 4. Orientations 1997-2002*, Québec, Gouvernement du Québec.
14. SOM RECHERCHES ET SONDAGES (2009). *Sondage sur les habitudes sexuelles des 16-24 ans et le port du condom*, 58 pages.
15. LAMBERT, G., E. LACOMBE, L.R. FRIGAULT, C. TREMBLAY et F. TREMBLAY (2008). *Je passe le test. Enquête sur la santé sexuelle et offre de dépistage de la chlamydia sur prélèvement urinaire auprès des étudiantes et étudiants des cégeps de Montréal*, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, Rapport préliminaire.

notes

notes

16. LÉVY, J. et autres. (2009). « Les ITS et le VIH-sida. Risques et enjeux préventifs chez les jeunes », *Les maladies infectieuses. L'illusion du risque zéro*, sous la direction de Tapiéro, B. et M.-E. Carle, p. 173.
17. *Ibid.*, p. 159.
18. LAMBERT, G., N. HALEY, S. JEAN, J.Y. FRAPPIER, J. OTIS, E. ROY et autres (2009). *Sexe, drogues et autres questions de santé chez les jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec*. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec, Rapport préliminaire.
19. ROY, É. *La cohorte montréalaise des jeunes de la rue. Mise à jour sur le VIH, l'hépatite C, l'injection de drogues et la mortalité*. Université de Sherbrooke et Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Présentation faite à l'Institut national de santé publique du Québec le 8 janvier 2009.
20. LAMBERT, G., J. COX, Y. MIANGOTAR, L. R. FRIGAULT, C. TREMBLAY et autres, *op. cit.*
21. GAGNON, H. (2009). *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois : portrait épidémiologique*. Institut national de santé publique du Québec, page 23.
22. LAMBERT, G., J. COX, F. TREMBLAY, L.R. FRIGAULT, C. TREMBLAY et autres (2007). ARGUS 2005: *Sommaire de l'Enquête sur l'infection par le VIH, l'hépatite virales et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ainsi que sur les comportements à risque associés chez les hommes de Montréal ayant des relations sexuelles avec des hommes*. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, Institut national de santé publique du Québec et Agence de la santé publique du Canada.
23. ÉMOND, G. (2009), « Renouveler l'intervention en prévention du VIH à Montréal : une représentation du complexe d'interventions », *Revue internationale Communication sociale et publique*, no 1, p. 59-77.
24. RYAN, B. et Y. FRAPPIER (1993). « Les difficultés des adolescents gais et lesbiennes », *Le médecin du Québec*, vol. 28, no 9, p. 71-76.
25. *Ibid.*
26. REMIS, R., P. LECLERC et A.C. VANDAL. (1999). *La situation du sida et de l'infection au VIH au Québec, 1996*, Direction de santé publique de Montréal-Centre pour le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, p. A3-5.
27. PARENT, R., M. ALARY, C. MORISSETTE, E. ROY, P. LECLERC, P.R. ALLARD et autres, *op. cit.*, p. vii.
28. COMITÉ CONSEIL SUR LA PRÉVENTION DU VIH ET DU VHC CHEZ LES PERSONNES QUI FONT USAGE DE DROGUES (à paraître). *Actions proposées pour la prévention du VIH-sida et de l'hépatite C chez les personnes utilisatrices de drogues*, p. 5.
29. RÉSEAU DE RECHERCHE EN SANTÉ DES POPULATIONS DU QUÉBEC. *Jeunesse autochtone et inégalités sociales de santé*, Carnet synthèse, Juillet 2008, 12 p.
30. PARENT, R. et autres (2009). *Épidémiologie des infections transmissibles sexuellement ou par le sang au Québec*, Institut national de santé publique du Québec, document de travail, 11 p.
31. RÉSEAU DE RECHERCHE EN SANTÉ DES POPULATIONS DU QUÉBEC, *op. cit.*
32. CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE JAMES (2003). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 2.1, Pratiques préventives et changements pour améliorer sa santé*, Institut national de santé publique du Québec.
33. LAMBERT, G., L. RINGUETTE, S. MINZUNZA (2009). *op. cit.*, p. 56.

34. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2008). *Immigrants et réfugiés dans Lignes directrices canadiennes sur les ITS section VI : populations spécifiques*, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de santé publique du Canada, p.1.
35. DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL (2008). *Cahier 1 Portrait global des Québécois d'origine haïtienne – revue de littérature*, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, p.9.
36. ALARY, M., G. GODIN, G. LAMBERT et autres (2005). *Étude de prévalence du VIH et de l'hépatite C chez les personnes incarcérées au Québec et pistes pour l'intervention*. Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec l'Unité de recherche en santé des populations du Centre hospitalier universitaire de Québec et le Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval, Rapport de recherche, p. 23.
37. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement*. Orientations 2003-2009, Québec, Gouvernement du Québec, p.54.
38. ROY, S. et autres (2005). *Représentations des actions intersectorielles dans la lutte contre le VIH/sida. Volet 1 : les points de vue des acteurs-clés de divers secteurs du centre-ville de Montréal*. Université du Québec à Montréal, Université de Montréal et Direction de santé publique de Montréal, Rapport de recherche.
39. DUQUET, F. ET A. QUÉNIART (2009). *Perceptions et pratiques de jeunes du secondaire face à l'hypersexualisation et à la sexualisation précoce. Projet Outiller les jeunes face à l'hypersexualisation*, YWCA, Université du Québec à Montréal et Forum jeunesse de l'île de Montréal.
40. JOUBERT, M. (2005). « Santé mentale, villes et conduites à risques; les bases d'une réflexion croisée entre chercheurs et acteurs de terrain », *Villes et toxicomanies. De la connaissance à la prévention*, Paris, Éditions Érès.
41. MERSON, MH et autres. «The history and challenge of HIV prevention». *The Lancet*, Vol. 372, No. 9637 Aug 9, 2008, p. 475-488.
42. MORISSET, J. et autres (2009). « La prévention dans le système de santé québécois », *Traité de prévention*, sous la direction de François Bourdillon, Paris, Éditions Flammarion : médecine-science, p. 390.
43. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004), *op. cit.*, p.23.
44. ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ DES ADOLESCENTS [ACSA] (2006). « Connaissances, attitudes et comportements en sexualité d'adolescents et de mères d'adolescents au Canada », *Pro-Ado*, vol. 15, nos 1-2, juin, [En ligne]. [www.acsa-caah.ca].
45. JOURNÉES ANNUELLES DE SANTÉ PUBLIQUE 2007. *Aborder l'éducation à la sexualité en milieu scolaire, un peu, beaucoup, passionnément, autrement...*[En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca>].
46. CHII KAYEH IYAAKWAAMIIH (2009). Programme sur les relations interpersonnelles et la santé sexuelle à l'intention des jeunes autochtones cris de la région Terres-Cries-de-la-Baie-James.
47. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU LOISIR ET DU SPORT (2009). *Plan stratégique 2009-2013 du ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport et Plan stratégique 2009-2013 de la Commission consultative de l'enseignement privé*, Québec, Gouvernement du Québec.
48. ROBERGE, M.C. et C. CHOINIÈRE (2009). *Analyse des interventions de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire québécois : cohérence avec les meilleures pratiques selon l'approche École en santé*. Institut national de santé publique du Québec.
49. DESCHESNES, M. et autres (2005). *Les facteurs influençant la dissémination et l'adoption de l'approche École en santé*, Institut national de santé publique du Québec, 205 p.

notes

50. OTIS, J., L. GAUDREAU, F. MICHAUD et autres (à paraître). *La question de l'inclusion de l'éducation sexuelle en milieu scolaire au Québec à l'ère de la cohérence et de la coordination des actions entre les réseaux de l'éducation et de la santé: une étude de cas centrée sur la réalité des pratiques*. Université du Québec à Montréal et Université de Montréal, Rapport de recherche.
51. MINISTÈRE DE LA JUSTICE (2009), *Politique québécoise de lutte contre l'homophobie. Ensemble vers l'égalité*. Québec, Gouvernement du Québec.
52. NOËL, L. et autres (2009). *Liste officielle des centres d'accès au matériel d'injection au Québec (distribution et vente) 2008-2009*, Institut national de santé publique du Québec et Ministère de la Santé et des Services sociaux, p.2.
53. NOËL, L. et R. CLOUTIER (2009). *Statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention du VIH et des hépatites B et C auprès des personnes UDI au Québec*. Avril 2007 à mars 2008. Institut national de santé publique du Québec et Ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 2.
54. ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC (1998). « Position de l'Ordre des pharmaciens du Québec sur la distribution de matériel d'injection (seringues/aiguilles) à des fins non-thérapeutiques » (révisée février 1998), *Informations professionnelles*, No 94.
55. ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. *Prise de position, distribution de matériel d'injection à des fins non thérapeutiques*, 10 décembre 1998.
56. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010). *Attitudes de la population québécoise sur les personnes qui utilisent des drogues par injection et sur les interventions de réduction des méfaits. Synthèse de cinq études*. Direction du développement des individus et de l'environnement social, Direction générale de santé publique. p. 11.
57. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2004). *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users: evidence for action technical papers*, Genève, p. 28.
58. GODIN, G. et M. ALARY. « Promotion of Safe Sex: Evaluation of a Community-level Intervention Program in Gay Bars, Saunas and Sex Shops », *Health Educ Res*, 2008; 23:287-97.
59. MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2009), *Portrait de situation des services offerts au regard des ITSS dans les établissements de détention du Québec au printemps 2009*.
60. SOM RECHERCHES ET SONDAGES, *op. cit.*
61. LAMBERT, G., J. COX, Y. MIANGOTAR, L. R. FRIGAULT, C. TREMBLAY et autres, *op. cit.*
62. PARENT, R., M. ALARY, C. MORISSETTE, E. ROY, P. LECLERC, P.R. ALLARD et autres, *op. cit.*, p. 56.
63. ALARY, M. et autres (2004). *Bilan analytique des initiatives de promotion de la santé et de prévention des infections transmissibles sexuellement (ITS) et du VIH: volet prévention secondaire. Sondage sur les pratiques cliniques en matière de diagnostic, prévention, dépistage et counseling de la gonorrhée et du chlamydia auprès des omnipraticiens québécois*, Québec, Université Laval, Institut national de santé publique du Québec, 92 p.
64. PROVOST, M.-H. et autres (2007). *Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques: revue de la littérature*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 168 p. (Collection L'intégration de pratiques cliniques préventives).
65. PARENT, R., M. ALARY, C. MORISSETTE, E. ROY, P. LECLERC, P.R. ALLARD et autres, *op. cit.*, p. 37.

66. PERREAULT, M. et autres (2009). « Traitement du VIH auprès d'une clientèle marginalisée : approche de proximité pour favoriser l'observance des rendez-vous », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 100, no 6, 459-62.
67. BOILEAU, L., et D.A. ROY. *La responsabilité populationnelle: Pourquoi, comment, vers où*, présentation faite à l'Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et des services sociaux de Chaudières-Appalaches dans le cadre de la journée *Réaliser le tournant et tenir le cap* Scott, 19 novembre 2004.
68. LABERGE, A. et autres (2007). *Le programme national de santé publique. Une lecture stratégique des conditions de mise en œuvre*. Direction régionale de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Institut national de santé publique du Québec, 28 p.
69. ROY, D.A. *La responsabilité populationnelle au cœur du changement: la santé publique entre en jeu*, présentation faite dans le cadre des JASP 2005.
70. FROHLICH, K. L. et L. POTVIN, *op. cit.*
71. TORONTO PUBLIC HEALTH (2007). *Evaluability Assessment-Condom Distribution Programm*. Health Promotion Consulting Group, 14 p.
72. RENAUD TC, BOCOUR A, IRVINE MK, BERNSTEIN KT, BEGIER EM, SEPKOWITZ KA, KELLEMAN SE, WEGLEIN D (2009). « The Free Condom Initiative : Promoting Condom Availability and Use in New York City ». *Public Health Reports*, 124 : 481-9.
73. COMITÉ CONSEIL SUR LA PRÉVENTION DU VIH ET DU VHC CHEZ LES PERSONNES QUI FONT USAGE DE DROGUES (à paraître), *op. cit.*, p. 14.
74. NOËL, L., F. GAGNON, A. BÉDARD, E. DUBÉ (2009). *Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée. Analyse critique de la littérature.*, Institut national de santé publique du Québec, p. viii et p. 47.
75. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). *Balises élaborées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), applicables aux services de santé en milieu carcéral*. Direction des services médicaux généraux et pré hospitaliers, Direction de la santé mentale, Direction de protection de la santé publique.
76. BITERA, R., M. ALARY, M. FAUVEL, R. PARENT et autres, *op. cit.*
77. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE (2007). *L'intégration des pratiques cliniques préventives. Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques: Revue de la littérature*, Québec, Gouvernement du Québec.
78. NOËL, L. et autres (2007). *L'accès au suivi et au traitement pour les personnes atteintes de l'hépatite C au Québec – Analyse de l'offre de services*, Institut national de santé publique du Québec.



Recyclé
Contribue à l'utilisation responsable
des ressources forestières
www.fsc.org Cert no. SW-COC-000952
© 1996 Forest Stewardship Council

