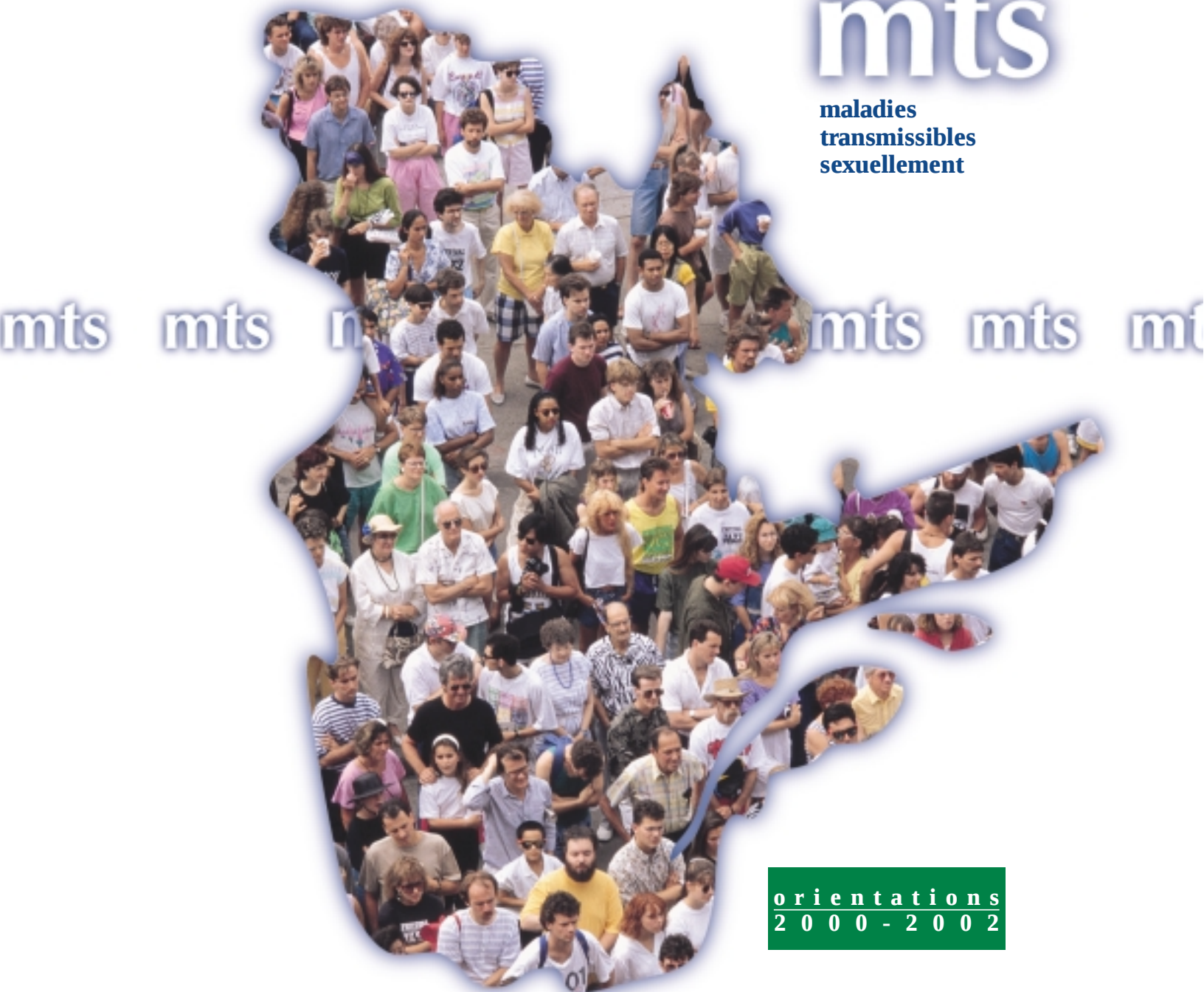


Stratégie québécoise de lutte contre les

mts

maladies
transmissibles
sexuellement



orientations
2000 - 2002

Québec 

Ministère de la Santé
et des Services sociaux

Stratégie québécoise de lutte contre les mts

maladies
transmissibles
sexuellement

mts

n

mts

mts

mts

orientations
2000 - 2002

Québec

Ministère de la Santé et des Services sociaux Direction générale de la santé publique

Coordination et rédaction

Monique Imbleau

Collaboration

Sylvie Venne

Michèle Dupont

Nicole Turcotte

et les autres membres du Comité consultatif sur les MTS:

Michel Alary

Louise de la Boissière

Louise Cormier

Laurent Delorme

Harold Dion

Monique Drapeau

Brigitte Fournier

Philippe Jutras

Johanne Lefebvre

Raymond Parent

Marc Steben

Bruno Turmel

de même que l'équipe du Centre québécois de coordination sur le sida

Secrétariat

Michèle Joncas

Édition produite par:

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

Des frais d'administration sont exigés pour obtenir d'autres exemplaires de ce document.

Ces frais vous seront facturés à la livraison:

5,00 \$ pour le premier exemplaire et 1,00 \$ pour chaque exemplaire additionnel.

Faites parvenir votre commande par télécopieur: (418) 644-4574

par courriel: communications@msss.gouv.qc.ca

ou par la poste: Ministère de la Santé et des Services sociaux

Direction des communications

1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage

Québec (Québec)

G1S 2M1

Le présent document peut être consulté à la section documentation du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est: www.msss.gouv.qc.ca

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

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2000

Bibliothèque nationale du Canada, 2000

ISBN 2-550-36214-4

© Gouvernement du Québec

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Avant- propos

En raison de la menace réelle et du défi posé à la santé publique par l'apparition du VIH/sida, les maladies transmissibles sexuellement (MTS) ont pu être quelque peu éclipsées. Certes, des régions ont continué de travailler à réduire l'incidence des MTS, non sans des efforts constants. Les MTS demeurent un problème persistant qu'il importe de mettre en lumière et pour lequel il faut proposer des actions d'ensemble. Exerçant son rôle relatif à l'élaboration d'orientations, le ministère de la Santé et des Services sociaux présente la stratégie de lutte contre les MTS qui arrive opportunément pour nous permettre d'accorder à ce problème toute l'attention nécessaire et de mobiliser ainsi les forces vives autour d'un projet commun.

Le présent document s'adresse aux gestionnaires, aux professionnels et aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, des organismes communautaires et du réseau de l'éducation et précise les orientations en matière de lutte contre les MTS jusqu'en 2002. Il est le fruit d'un travail de réflexion, d'analyse, de concertation et de collaboration. Tout en étant basée sur la recension d'écrits, notre démarche s'inspire aussi des diverses initiatives et expériences sur le terrain. Appuyée par l'expertise du Comité consultatif sur les MTS et celle de l'équipe du Centre québécois de coordination sur le sida (CQCS), notre stratégie s'est aussi enrichie, en cours d'élaboration, des consultations avec les régions et les diverses instances en cause. Il nous semble important de souligner ces contributions de temps et de savoir au service de la lutte contre les MTS.

Il faut reconnaître que les efforts consacrés jusqu'à maintenant pour diminuer le nombre de cas de MTS ont remporté certains succès, mais on ne peut de toute évidence en rester là. Les MTS bactériennes n'étant plus aussi répandues, il faut notamment cibler davantage nos interventions, utiliser des technologies plus performantes et inciter les personnes vulnérables à passer des tests de dépistage. Il ne faut surtout pas perdre de vue la prévention des MTS, dont il faut renouveler et diversifier les approches aussi bien que la teneur des messages en fonction des changements dans le contexte. Enfin, il faut compter sur l'amélioration de la surveillance des MTS et le développement de la recherche dans ce domaine.

Ce sont là autant de défis dont tient compte la présente stratégie, en nous offrant une vision commune de la problématique des MTS et des actions d'ensemble devant être menées sur nos terrains respectifs. Forts de nos expériences et de notre engagement, nous saurons, sans aucun doute, relever ces défis.

La ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux,

Pauline Marois

Résumé

La présente stratégie de lutte contre les maladies transmissibles sexuellement (MTS) porte sur celles qui sont les plus fréquentes. Elle comporte un ensemble d'orientations sur les actions à mener pour réduire l'incidence de ces maladies au Québec. Le contexte de lutte contre les MTS est tel que, si l'on veut progresser, il faut concevoir l'action, non seulement à plusieurs niveaux, mais aussi en fonction des différents stades épidémiologiques des MTS pour mettre au point des interventions plus appropriées. Les orientations se présentent selon deux axes.

AXE 1: CONSOLIDATION ET OPTIMISATION DES MESURES QUI ONT OBTENU DES RÉSULTATS POSITIFS

Afin de maintenir les efforts en prévention des MTS et de s'engager plus à fond en promotion de la santé, il faut :

- rendre le condom accessible, en susciter et en soutenir l'utilisation, notamment par des campagnes de communication qui s'adressent aux jeunes hommes et aux jeunes femmes;
- viser particulièrement les jeunes en milieu scolaire et les jeunes en difficulté d'adaptation, et ce, avec le souci d'intervenir en amont des problèmes en s'assurant que les composantes fondamentales de l'éducation à la sexualité sont incluses dans le programme d'études, qu'un examen des besoins dans le milieu est fait quant aux services complémentaires offerts par les établissements de santé, que les changements nécessaires dans une perspective d'école en santé obtiennent le soutien adéquat, que le contact avec les jeunes en difficulté se fasse dans leur milieu et que la prévention des MTS passe par des activités davantage centrées sur les problèmes que ces jeunes éprouvent;
- favoriser le développement du potentiel d'action des groupes et des personnes vulnérables, notamment en soutenant l'implantation de la Stratégie des Premières Nations et des Inuits du Québec contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le sida, qui inclut les MTS, et en encourageant des groupes de soutien et d'entraide qui offrent leurs services aux personnes atteintes d'une MTS.

Afin d'accroître la qualité des services relatifs aux MTS et l'accessibilité à ces services, il faut :

- orienter le dépistage de l'infection à chlamydia et de l'infection gonococcique vers des populations à risque mieux ciblées en promouvant une meilleure utilisation des tests de détection, conformément aux recommandations du Comité consultatif sur les MTS;
- généraliser l'utilisation des technologies plus performantes en favorisant, pour la détection de l'infection à chlamydia, l'utilisation des tests d'amplification génique à partir d'un prélèvement génital et en réservant les tests faits à partir d'un spécimen d'urine à des contextes cliniques particuliers et à des personnes réfractaires au prélèvement génital;
- intensifier la notification aux partenaires en faisant la promotion de cette approche, en mettant sur pied ou en consolidant, selon le cas, des services de soutien spécialisé dans les régions et en cherchant des stratégies pour traiter les partenaires des personnes infectées qui refusent de consulter un médecin.

Afin de disposer des connaissances nécessaires, il faut :

- promouvoir auprès des médecins la recherche systématique des facteurs de risque dans un contexte de dépistage, les informer de façon accrue sur le Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS, concevoir un programme de formation sur la notification aux partenaires à l'intention des médecins, des professionnels et des intervenants communautaires, mettre en œuvre ce programme et, enfin, s'assurer que des activités de formation continue sont conçues, implantées et évaluées;
- améliorer la surveillance des MTS en faisant valoir une méthode uniforme d'identification des personnes pour les MTS-MADO (maladies à déclaration obligatoire), en ajoutant des variables cliniques et des variables sur les facteurs de risque aux déclarations des MTS, en utilisant un questionnaire standardisé pour les enquêtes épidémiologiques, en validant les données sur le virus de l'hépatite B (VHB) et la syphilis, en maintenant la surveillance des complications, en examinant les moyens de collecter de l'information sur l'utilisation des tests de détection et en maintenant les enquêtes sur les comportements;
- accentuer la recherche et l'évaluation dans le domaine des MTS: études de prévalence de l'infection à chlamydia auprès des moins de 25 ans et de sous-populations plus vulnérables, études épidémiologiques sur le virus d'herpès simplex (VHS) et le virus du papillome humain (VPH) pour déterminer les caractéristiques des populations vulnérables, études pour évaluer l'ampleur des cancers reliés aux MTS, soutien à la recherche sur les microbicides et études sur les performances des tests de dépistage.

AXE 2: ADAPTATION DES SERVICES AUX POPULATIONS LES PLUS VULNÉRABLES AUX MTS

Afin de diversifier les modalités des services relatifs aux MTS, il faut :

- favoriser l'accueil des personnes vulnérables dans le réseau en sensibilisant les instances aux réalités de ces personnes, en entretenant une concertation plus étroite ou en instaurant une complémentarité plus grande entre les services;
- encourager diverses modalités de services dans le milieu de vie des personnes vulnérables, par exemple: clinique pour les jeunes en milieu scolaire, intervention de dépistage en milieu carcéral, intervention à l'occasion d'événements populaires ou dans des organismes communautaires, unité mobile de dépistage.

Afin d'assouplir le fonctionnement des services, il faut :

- faire preuve d'ouverture et de tolérance en vue d'établir un lien de confiance;
- prévoir des plages horaires sans rendez-vous, adapter les horaires aux habitudes de vie de certaines populations et démontrer une certaine souplesse de fonctionnement;
- maintenir, dans ce contexte, la même qualité technique et professionnelle dans la prestation des services.

Afin d'intégrer plusieurs services dans l'offre faite aux populations vulnérables, il faut :

- combiner la détection des MTS et du VIH, la vaccination contre le virus de l'hépatite A (VHA) et le VHB, s'il y a lieu, le traitement des MTS et la notification aux partenaires des personnes infectées par des MTS;
- mettre en place des mécanismes légers d'orientation des patients vers les services appropriés;
- faire valoir auprès des responsables d'autres programmes, comme ceux qui sont destinés à contrer la violence, la toxicomanie, etc., le bien-fondé d'intégrer un volet MTS.

Afin de favoriser une approche multidisciplinaire, il faut :

- recourir non seulement aux médecins, aux infirmières, aux psychologues et aux travailleurs sociaux, mais aussi aux intervenants communautaires;
- trouver les mécanismes nécessaires pour permettre aux professionnels d'accomplir un certain éventail d'actes.

Afin de réorienter l'organisation et les ressources affectées au dépistage anonyme du VIH, il faut :

- parvenir à joindre, avant tout, les populations les plus vulnérables aux MTS et au VIH;
- offrir le dépistage du VIH, des MTS et des hépatites ainsi que la notification aux partenaires;
- maintenir l'offre de dépistage anonyme uniquement pour le VIH;
- offrir possiblement la vaccination contre l'hépatite A et l'hépatite B;
- former les intervenants en conséquence.

Table des matières

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES	8
INTRODUCTION	9
CONTEXTE	10
LES MTS: UN PROBLÈME PERSISTANT	10
Des MTS en grand nombre	10
Les jeunes, les femmes et les autochtones, plus touchés que d'autres	12
Des conséquences fâcheuses	13
Un rôle actif dans la transmission du VIH	14
LES MTS: UNE LUTTE DE LONGUE DATE	14
En prévention primaire	14
En prévention secondaire et tertiaire	15
En organisation des services	17
En soutien à l'action	17
ENJEUX	20
SANTÉ SEXUELLE DE LA POPULATION	20
ADAPTATION DES APPROCHES, DES SERVICES ET DES PRATIQUES	21
MOBILISATION DES ACTEURS	22
ORIENTATIONS	23
AXE 1: CONSOLIDATION ET OPTIMISATION DES MESURES QUI ONT OBTENU DES RÉSULTATS POSITIFS	
MENER UNE LUTTE COMMUNE CONTRE LES MTS ET LE VIH, LÀ OÙ C'EST POSSIBLE	24
MAINTENIR LA PRÉVENTION DES MTS ET S'ENGAGER PLUS À FOND SUR LA VOIE DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ	24
ACCROÎTRE LA QUALITÉ DES SERVICES RELATIFS AUX MTS ET L'ACCESSIBILITÉ À CES SERVICES	27
DISPOSER DES CONNAISSANCES NÉCESSAIRES	29
AXE 2: ADAPTATION DES SERVICES AUX POPULATIONS LES PLUS VULNÉRABLES AUX MTS	
DIVERSIFIER LES MODALITÉS DES SERVICES RELATIFS AUX MTS	32
ASSOULIR LE FONCTIONNEMENT DES SERVICES	33
INTÉGRER PLUSIEURS SERVICES DANS L'OFFRE FAITE AUX POPULATIONS VULNÉRABLES	33
FAVORISER L'APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE	34
RÉORIENTER L'ORGANISATION DES SERVICES ET LES RESSOURCES AFFECTÉES AU DÉPISTAGE ANONYME DU VIH	34
CONCLUSION	36

Liste

des sigles et des acronymes

CLSC	Centre local de services communautaires
CQCS	Centre québécois de coordination sur le sida
CQRS	Conseil québécois de la recherche sociale
FRSQ	Fonds de la recherche en santé du Québec
HARSAH	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTS	Maladie transmissible sexuellement
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
UDI	Utilisateur de drogues par injection
VHA	Virus de l'hépatite A
VHB	Virus de l'hépatite B
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VHS	Virus d'herpès simplex
VPH	Virus du papillome humain

Introduction

Communément appelées MTS, les maladies transmissibles sexuellement regroupent les infections dont le mode habituel de transmission est la voie sexuelle. Certaines sont d'étiologie bactérienne : l'infection à *Chlamydia trachomatis*, l'infection à *Neisseria gonorrhoeae*, la syphilis, et d'autres infections beaucoup plus rares, comme le lymphogranulome vénérien, le chancre mou et le granulome inguinal. D'autres sont d'étiologie virale : l'herpès génital (VHS) et l'infection par le virus du papillome humain (VPH) ou condylomes, ainsi que l'hépatite B et l'infection par le VIH qui, toutes deux, peuvent aussi bien se transmettre par voie sexuelle que par voie sanguine. Il existe par ailleurs d'autres maladies qui, occasionnellement, peuvent être transmises au cours d'activités sexuelles, telles que les maladies entériques, l'hépatite A et l'hépatite C, la gale et la pédiculose, mais elles ne font pas ici l'objet de considérations particulières.

La présente stratégie porte sur les MTS les plus fréquentes. Elle propose des orientations qui visent à mobiliser les acteurs autour d'un projet commun de réduction de l'incidence des MTS au Québec. Quoique distincte de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, phase 4, elle s'inscrit toutefois dans son prolongement en reprenant les grandes orientations en matière de promotion de la santé et de prévention du VIH et des MTS¹ et en éclairant, de façon singulière, divers problèmes relatifs aux MTS. Une grande importance est accordée aux groupes particulièrement vulnérables aux MTS et l'accent est mis sur les soins et les services liés à la prévention et au traitement des MTS.

La stratégie souscrit aux grandes orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux : mieux prendre en compte la diversité des besoins ; rapprocher les interventions du milieu de vie des personnes ; accroître la pertinence, la qualité et l'efficacité des soins et des services. Elle s'appuie sur les grands principes de la Politique de la santé et du bien-être et sur ceux des Priorités nationales de santé publique 1997-2002 pour tracer les orientations à prendre dans le domaine des MTS.

Le document comporte trois volets : le contexte de la lutte contre les MTS, les enjeux et les orientations retenues. Le premier volet s'attache à poser le problème actuel de la lutte contre ces infections, tant au point de vue épidémiologique qu'en ce qui concerne les ressources et les expertises disponibles et souhaitées. Le deuxième volet dégage les principaux enjeux dans la conjoncture. Enfin, le troisième volet fait état des orientations qui sont données à l'action en matière de MTS. Les acteurs sont ainsi invités à participer à la réflexion et à transposer dans leur champ d'intervention les actions préconisées.

1. Dans cette stratégie, la prévention des MTS est considérée selon trois niveaux :

- la prévention primaire se définit comme toute mesure qui permet d'empêcher que le problème (MTS) ne survienne ; elle comprend la vaccination, la promotion de la santé et des moyens de prévention ;
- la prévention secondaire consiste en toute mesure qui vise à détecter les MTS le plus tôt possible ;
- la prévention tertiaire renvoie à toute mesure qui vise à traiter l'infection pour l'enrayer afin d'éviter la transmission et les complications.

N.B. La notification aux partenaires relève surtout de la prévention secondaire et tertiaire, compte tenu de la nature de cette mesure.

Contexte

Avant toute considération sur les orientations à prendre, il y a lieu de se pencher d'abord sur l'ampleur actuelle du problème des MTS et ensuite sur les ressources disponibles en prévention primaire, secondaire et tertiaire ainsi qu'en surveillance, en recherche, en évaluation et en formation afin de faire état du contexte dans lequel s'inscrit la lutte contre les MTS.

LES MTS : UN PROBLÈME PERSISTANT

D'entrée de jeu, il faut signaler que les MTS à déclaration obligatoire (MTS-MADO) ont régressé au Québec, comme dans la plupart des pays industrialisés, au cours des deux dernières décennies. Technologies de détection de plus en plus performantes, traitements de plus en plus efficaces et faciles à administrer, promotion intensive des comportements sexuels sécuritaires, voilà autant de facteurs qui pourraient expliquer cette diminution, mais cette tendance est toutefois instable. À preuve, les données MADO de 1998 et les données préliminaires de 1999 indiquent une augmentation du nombre de cas d'infection à chlamydia et d'infection gonococcique, augmentation qui pourrait être significative.

Quoi qu'il en soit, en dépit de la diminution de l'incidence des MTS bactériennes, les MTS demeurent toujours un problème de santé publique préoccupant. Il suffit de mentionner le nombre encore important de cas de MTS bactériennes déclarées, la prolifération des MTS virales, la vulnérabilité de certaines populations, les complications qui peuvent survenir et le rôle actif des MTS dans la transmission du VIH.

Des MTS en grand nombre

Un grand nombre de personnes sont atteintes, toutes MTS confondues, par l'infection à chlamydia, l'infection gonococcique, l'hépatite B et la syphilis : au bas mot, 46 655 cas sont déclarés au système de surveillance des MADO du Québec pour la période 1994-1998², ce qui représente 40 % de toutes les MADO.

mts	TABLEAU 1		Nombre de cas de MTS déclarés dans le cadre du système de surveillance MADO au Québec, 1994-1998				
	ANNÉE	CHLAMYDIA	GONOCOCCIE	HÉPATITE B ¹	SYPHILIS ²	TOTAL MTS	TOTAL MADO
	1994	7 925	750	1 903	103	10 681	23 770
	1995	7 074	607	1 691	80	9 452	23 049
	1996	6 681	479	1 556	63	8 779	20 137
	1997	6 466	556	1 508	52	8 582	22 098
	1998	7 265	493	1 352	51	9 161	27 127
	TOTAL	35 411	2 885	8 010	349	46 655	116 181

1. Hépatite B : aiguë, chronique et non précisée.

2. Syphilis : récente et ancienne.

2. R. PARENT et M. ALARY, *Analyse des cas de chlamydie, de gonorrhée, d'infection par le virus de l'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile, 1994-1998*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, p. 5.

Quoique assez important, le nombre de cas déclarés de MTS-MADO ne reflète qu'une partie de la situation réelle. Il suffit de le comparer au nombre de bénéficiaires du Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS³ pour s'en convaincre⁴.

mts

TABLEAU 2 **Nombre de cas de MTS traitables par antibiotiques déclarés au système MADO par rapport au nombre de bénéficiaires du Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS, par sexe, 1993-1997**

	HOMMES			FEMMES			TOTAUX ⁴		
ANNÉE	TRAITÉS ¹	MTS-MADO ²	T/M ³	TRAITÉES ¹	MTS-MADO ²	T/M ³	TRAITÉS ¹	MTS-MADO ²	T/M ³
1993	12 233	3 208	3,8	10 629	7 657	1,4	22 862	10 875	2,1
1994	11 379	2 640	4,3	10 067	6 101	1,6	21 446	8 778	2,4
1995	10 592	2 229	4,7	10 034	5 504	1,8	20 626	7 761	2,7
1996	10 189	2 013	5,1	9 689	5 188	1,9	19 878	7 223	2,7
1997	10 229	2 068	4,9	9 800	4 976	2,0	20 029	7 074	2,8
TOTAL	54 622	12 158	4,5	50 219	29 426	1,7	104 841	41 711	2,5

1. Traités: nombre de bénéficiaires du Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS.
2. MTS à déclaration obligatoire traitables par antibiotiques; elles comprennent les infections à chlamydia, les infections gonococciques et les syphilis.
3. Rapport cas traités (T)/MTS-MADO (M).
4. Les totaux incluent les cas dont le sexe n'est pas connu.

Contexte
page 11

En effet, plus de quatre fois plus d'hommes et tout près de deux fois plus de femmes ont profité des traitements gratuits contre les MTS par rapport au nombre de cas déclarés de MTS-MADO. Sans que l'on puisse affirmer que tous les bénéficiaires du programme sont toujours atteints d'une MTS, cette comparaison laisse voir, à tout le moins, qu'il y aurait une sous-déclaration des cas MADO dont l'ampleur est importante, mais que l'on ne peut déterminer précisément. D'autre part, il faut ajouter que certaines personnes pour qui le risque d'être infectées est très grand (ex.: jeunes de la rue, utilisateurs de drogues par injection) pourraient être sous-représentées dans ces données, puisqu'elles sont possiblement moins susceptibles de recourir aux services de santé.

Par ailleurs, d'autres MTS d'étiologie virale moins connues et non soumises à la déclaration obligatoire, telles que l'herpès génital (VHS) et l'infection par le virus du papillome humain (VPH), seraient encore beaucoup plus fréquentes que les MTS bactériennes. Selon certaines études, 21,9 %⁵ des Américains de 12 ans ou plus seraient porteurs d'anticorps du VHS-2; en outre, de 20 à 40 %⁶ de la population adulte québécoise serait infectée par le VPH. De l'avis de plusieurs experts, ces infections seraient en progression. Cependant, il existe peu de données de prévalence et d'incidence au Québec et il n'y a aucune définition de cas suffisamment sensible et spécifique qui pourrait permettre une surveillance épidémiologique adéquate.

3. En vigueur depuis 1992, le programme vise à réduire les obstacles d'ordre financier au traitement des MTS. C'est le médecin qui, en indiquant sur l'ordonnance un code K pour un cas index ou un code L pour un cas contact, permet au patient d'obtenir gratuitement les médicaments du pharmacien.
4. C. POULIN et M. ALARY, *Évaluation du Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement, 1993-1997*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 56 p.
5. D.T. FLEMING et al., « Herpes simplex virus type 2 in the United States, 1976 to 1994 », *The New England Journal of Medicine*, vol. 337, n° 16, octobre 1997, p. 1105-1111.
6. H. DION et A. FERENCZY, « Le virus du papillome humain (VPH) – les nouvelles connaissances », *Le Médecin du Québec*, vol. 34, n° 3, mars 1999, p. 97-101.

Sous l'angle clinique, l'herpès génital est une MTS sous-diagnostiquée. L'infection initiale est, dans la majorité des cas, asymptomatique. Lorsque survient une récurrence, il arrive souvent que tant la personne infectée que le médecin attribuent les symptômes à d'autres maladies. Le diagnostic, ne pouvant être posé qu'à l'intérieur d'un court intervalle d'excrétion virale, n'est que rarement confirmé par un test de laboratoire. De plus, le traitement disponible n'élimine pas le pathogène. Enfin, il y a toujours la possibilité de transmettre l'infection même en l'absence de lésion.

Il apparaît donc plus difficile de progresser vers une lutte efficace contre les MTS virales sans développer davantage les connaissances sur le sujet. Quant aux MTS-MADO, rien ne met la population à l'abri d'une éclosion, d'un relâchement dans les comportements sexuels sécuritaires ou du développement de résistances aux antibiotiques.

Que ce soit à cause de leur importance, des connaissances qu'on en a ou des stratégies utilisées pour les contrôler, toutes les MTS n'ont pas à être considérées sur un même plan. L'infection à chlamydia est de loin la MTS à déclaration obligatoire la plus répandue alors que la lymphogranulomatose vénérienne, le chancre mou et l'herpès néonatal sont des cas isolés; entre les deux, se trouvent l'infection gonococcique, l'hépatite B et, dans une moindre mesure, la syphilis. Pour ce qui est des MTS virales, tout reste à préciser sur le plan épidémiologique.

Selon les MTS en cause, on est en présence de stades épidémiologiques différents, ce qui veut dire que les objectifs et les stratégies de lutte ne seront pas les mêmes. Si l'on vise à réduire l'incidence de l'infection à chlamydia, on tente par contre d'éliminer l'infection gonococcique et la syphilis en mettant l'accent, dans un cas, sur des approches visant certaines populations, et, dans l'autre, sur des approches plutôt individuelles. Quant aux MTS virales, c'est à une meilleure connaissance qu'il faut tendre pour évaluer et contrôler leurs conséquences. Force est donc de constater que les défis d'aujourd'hui dans la lutte contre les MTS sont à cet égard plus complexes et les stratégies à établir plus fines.

Les jeunes, les femmes et les autochtones, plus touchés que d'autres

Certaines populations sont plus touchées que d'autres par les MTS à déclaration obligatoire: 50 % des cas déclarés ou des bénéficiaires du Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS ont moins de 25 ans. C'est dans la catégorie d'âge des 15 à 19 ans que l'on observe les taux d'incidence de MTS les plus élevés, et pour cause. En entrant dans la vie sexuelle active, les jeunes doivent tour à tour apprivoiser de nouvelles émotions, apprendre à composer avec l'utilisation du condom et planifier leurs relations sexuelles. S'ils ont le plus souvent des relations monogames, ils changent plus fréquemment de partenaire. De même, ils sont à faire leurs débuts dans une vie sociale plus active marquée par une quête d'identité, une recherche d'orientation ou d'intégration professionnelle. C'est dire à quel point cette conjoncture les place plus que leurs aînés dans une situation de grande vulnérabilité, à laquelle s'ajoute la vulnérabilité physiologique des jeunes femmes associée à l'ectopie du col de l'utérus. Si, en plus, ces jeunes éprouvent des problèmes d'adaptation ou s'ils vivent dans des conditions difficiles (ex.: itinérance, prostitution, incarcération, toxicomanie, utilisation de drogues par injection), ils sont encore plus touchés par les MTS⁷ et souvent moins portés à consulter pour ces problèmes précis.

7. J. OTIS, *Santé sexuelle et prévention des MTS et de l'infection au VIH. Bilan d'une décennie de recherche au Québec auprès des adolescents et adolescentes et des jeunes adultes*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 1996, 164 p.

Les femmes constituent aussi une population particulièrement vulnérable aux MTS. Plus souvent asymptomatiques, elles consultent donc moins un médecin pour une MTS; elles sont ainsi plus sujettes que les hommes à présenter, à la suite d'une infection, des complications pouvant aller jusqu'à l'infertilité.

Enfin, les populations autochtones présentent des taux d'incidence de l'infection à chlamydia et de l'infection gonococcique pouvant être jusqu'à dix fois plus élevés que dans l'ensemble du Québec, que les données proviennent des territoires conventionnés, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James, ou de certaines régions où se trouvent des populations autochtones pour lesquelles cette information existe. Il est possible que la situation soit la même pour ces populations en réserve ou hors réserve.

Il est difficile de caractériser les trois populations dont nous venons de faire mention, étant donné l'absence de surveillance systématique des facteurs de risque et l'insuffisance d'études de prévalence et d'incidence. Néanmoins, l'infection à chlamydia est plus répandue dans la population en général que ne l'est le VIH. Il faut donc accorder une grande attention non seulement aux populations les plus touchées par les MTS, mais aussi à la population en général.

Des conséquences fâcheuses

On sait que les MTS peuvent causer diverses complications. On estime qu'environ 70 % des cas d'infection à chlamydia chez les femmes seraient asymptomatiques et qu'une grande partie de ces infections ne seraient pas diagnostiquées⁸. Cela est préoccupant, d'autant qu'une infection à chlamydia non traitée ou traitée tardivement peut entraîner une atteinte inflammatoire pelvienne, des douleurs pelviennes chroniques, une grossesse ectopique ou l'infertilité. Enfin, certaines MTS peuvent être transmises au nouveau-né. Peu de données existent pour nous permettre de cerner précisément l'ampleur de ces complications.

Chose certaine, il y a souvent des conséquences psychosociales et économiques pour les personnes éprouvées, notamment en matière d'infertilité: que l'on songe aux longues attentes pour l'adoption d'un enfant ou aux désagréments des nouvelles technologies de reproduction, sans parler des coûts afférents à de telles démarches.

Par ailleurs, l'herpès génital et le VPH sont des infections chroniques et transmissibles durant de longues périodes. Des cancers génitaux, notamment les cancers du col de l'utérus et de l'anus, sont fortement associés au VPH. Des mesures de dépistage du cancer du col de l'utérus sont actuellement en vigueur. Quant à l'herpès génital, les crises sont récurrentes et souvent accompagnées de sensations de brûlures et de douleurs dans la région affectée. De tels diagnostics affectent à divers degrés les patients: cela peut aller parfois d'une certaine gêne dans les relations sexuelles à une phobie d'infecter l'autre, et même jusqu'à l'abandon de toutes relations sexuelles. On ne peut négliger les répercussions psychosexuelles de telles affections.

Enfin, il faut compter les coûts directs d'hospitalisation, de traitement et des services occasionnés par les complications des MTS, et les coûts indirects, notamment la perte de revenu.

8. R. GOEREE et P. GULLY, « Fardeau que représentent la *Chlamydia trachomatis* et la *Neisseria gonorrhoeae* au Canada », dans *Prévention de l'infertilité*, Collection d'études de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services du Canada, 1993, p. 29-76.

Ces conséquences touchent majoritairement et de manière plus aiguë les femmes, causant parfois des problèmes importants en matière de reproduction. Il faut voir à long terme tous les coûts sociaux, psychologiques et économiques que cela engendre.

Un rôle actif dans la transmission du VIH

Études à l'appui⁹, il appert que les MTS virales et bactériennes facilitent la transmission du VIH. Leur présence chez des personnes vivant avec le VIH accroîtrait l'infectiosité du VIH, c'est-à-dire la quantité de virus dans les sécrétions génitales, tandis que leur présence rendrait les personnes qui ne sont pas infectées par le VIH plus vulnérables à ce virus en raison de l'ulcération ou de l'inflammation possibles de la muqueuse.

D'un point de vue épidémiologique, une faible augmentation des taux de l'infection à chlamydia pourrait favoriser l'établissement et la persistance de l'infection par le VIH dans la population hétérosexuelle de Montréal¹⁰. Loin d'être négligeable, cette considération laisse voir que la prévention des MTS constitue un élément de premier plan dans toute stratégie de lutte contre le VIH qui se veut efficace.

Tout bien considéré, en raison de leur fréquence, des populations touchées, de leurs conséquences fâcheuses et du rôle qu'elles jouent dans la transmission du VIH, les MTS demeurent un problème prioritaire et persistant de santé publique sur lequel il est possible d'agir en vue d'en réduire l'incidence et les répercussions sur la santé. Les MTS peuvent être évitées ou, si l'on n'y réussit pas, elles peuvent être traitées efficacement pour la plupart. Promotion de la santé, mesures de prévention, dépistage et traitement précoces, joints à une surveillance adéquate des cas, à une recherche diversifiée et à la formation des intervenants, constituent l'arsenal de base pour une lutte efficace.

LES MTS : UNE LUTTE DE LONGUE DATE

C'est à la fin du XVIII^e siècle que sont apparues au Québec les premières mesures visant à contrer la propagation des MTS. Au début, il pouvait s'agir de mesures assez coercitives, où l'appareil judiciaire et le clergé étaient partie prenante de la lutte. Depuis, le contexte et les acteurs ont bien changé; les approches et les moyens ont passablement évolué.

En prévention primaire

De la phase 3 à l'actuelle phase 4 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, plusieurs programmes de prévention, surtout du VIH, mais qui valent aussi pour la prévention des MTS, ont été mis sur pied. Des campagnes de sensibilisation et d'éducation ont été réalisées à l'intention des jeunes, des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) et de la population en général, faisant connaître et encourageant les comportements sécuritaires. Après un succès notable dans les ventes de condoms et dans l'adoption de comportements sécuritaires, les progrès semblent un peu moins perceptibles.

9. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, « HIV Prevention Through Early Detection and Treatment of Other Sexually Transmitted Diseases (United States. Recommendations of the Advisory Committee for HIV and STD Prevention », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Atlanta, Georgia, U.S. Department of Health and Human Services, vol. 47, n° RR-12, 31 juillet 1998, 31 p.

10. M.-C. BOILY et al., *Modélisation mathématique de l'infection VIH-1 dans la population hétérosexuelle de Montréal-Centre*, rapport final présenté au Centre québécois de coordination sur le sida, Québec, Groupe de recherche en épidémiologie, Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, Pavillon Saint-Sacrement, 1998, 153 p.

En milieu scolaire, l'éducation à la sexualité se trouve inscrite au programme de formation personnelle et sociale. Bien qu'elle ne soit pas aussi bien développée d'une école à l'autre, c'est néanmoins ce qui assure depuis plusieurs années l'essentiel de la prévention auprès des jeunes. Le programme de biologie humaine transmet les connaissances en la matière. De plus, des infirmières ou d'autres intervenants qui viennent appuyer le programme font, par des activités diverses, la promotion du condom et des comportements sécuritaires quand ils ne sont pas requis pour d'autres tâches, notamment la vaccination. Des formations et des colloques sont organisés; des guides et des fiches d'activités sont disponibles. Toutefois, cette situation est appelée à changer: une refonte du programme d'études est en cours qui suppose une réorganisation d'ensemble, notamment en matière de prévention des MTS.

Si la prévention se fait aussi auprès de la population en général, elle se concentre davantage sur des populations particulièrement exposées au VIH, mais qui sont aussi touchées par les MTS: les HARSAH, les personnes en provenance de pays où certaines MTS sont endémiques, les utilisateurs de drogues par injection et les jeunes en difficulté¹¹. D'autres groupes sont pris en considération dans les actions de prévention en raison d'un taux élevé de MTS, mais pas autant qu'il serait souhaitable: les jeunes âgés de 15 à 24 ans et ceux qui vivent hors du milieu scolaire, les femmes, les autochtones, les membres de communautés ethno-culturelles et les voyageurs.

Sur le plan de l'action communautaire, des stratégies d'*empowerment* et de mobilisation sont mises de l'avant à cause de l'épidémie du VIH. Du soutien est apporté aux groupes vulnérables pour qu'ils défendent leurs droits, qu'ils favorisent des actions de prévention et qu'ils suscitent à leur tour la participation d'autres personnes vulnérables. Des activités de formation sont aussi organisées sur les phénomènes naissants ou sur la transmission de nouvelles connaissances. Certes, la prévention des MTS profite grandement des actions menées largement contre le VIH/sida, mais sans que ne soit nécessairement prise en compte la spécificité des MTS.

En prévention secondaire et tertiaire

C'est par la détection, le traitement de la maladie et la notification aux partenaires que s'effectuent la prévention secondaire et la prévention tertiaire.

• DÉTECTION DES MTS

Détecter une MTS chez des personnes infectées, c'est tout autant diagnostiquer l'infection chez des personnes symptomatiques par la reconnaissance de signes et de symptômes et par l'utilisation des tests de laboratoire que déceler l'infection chez des personnes asymptomatiques par la recherche de cas, le dépistage ciblé ou le dépistage général.

L'accès aux tests diagnostiques est devenu assez généralisé dans la plupart des régions, ces dernières années. Cependant, les tests relatifs à l'infection à chlamydia et à l'infection gonococcique affichent une baisse importante du taux de positivité depuis 1989; ce taux est actuellement estimé à moins de 2 % pour l'infection à chlamydia et à moins de 0,1 % pour l'infection gonococcique¹². Il devient ainsi nécessaire de mieux cibler l'intervention pour détecter une plus grande proportion de cas positifs.

11. CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA, *Stratégie québécoise de lutte contre le sida, phase 4, orientations 1997-2002*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 31 p.

12. M. DRAPEAU, *Données sur les tests de laboratoire pour la détection des MTS, région 05, période financière 1996-1997*, rapport interne, Sherbrooke, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, 1997, 15 p.

Par ailleurs, il existe des techniques d'amplification génique qui offrent une meilleure sensibilité et une meilleure spécificité pour la détection des infections à chlamydia à partir de prélèvements génitaux. Elles sont déjà offertes dans certaines régions. De plus, elles peuvent aussi être utilisées à partir de prélèvements urinaires, ce qui les rend moins invasives. C'est dire les avantages que cette technologie représente quand le dépistage se fait en dehors des sites habituels et auprès de populations plus réfractaires à des prélèvements génitaux.

- TRAITEMENT

Lors de son implantation en 1992, le Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS a bénéficié d'une certaine publicité, mais peu de rappels ont été faits par la suite. On peut croire que certains médecins, par ignorance, par oubli ou pour éviter aux personnes d'être identifiées comme porteuses d'une MTS, omettent encore d'informer leurs patients de l'existence de ce programme.

Enfin, il faut souligner, ces dernières décennies, la découverte de nouveaux médicaments réellement efficaces contre les MTS bactériennes, qui contribuent sans aucun doute à réduire leur propagation et les complications qui pourraient en résulter. Le traitement à dose unique de l'infection à chlamydia et de l'infection gonococcique, proposé maintenant, simplifie l'administration de la médication, permet une meilleure observance thérapeutique, particulièrement pour les personnes très vulnérables qui sont parfois difficiles à suivre sur une longue période, et facilite le traitement des partenaires sexuels.

- NOTIFICATION AUX PARTENAIRES

Stratégie reconnue par l'Organisation mondiale de la santé pour interrompre la transmission et éviter la réinfection, la notification aux partenaires vise à contacter les partenaires d'une personne infectée par une MTS en vue de les informer de la possibilité d'une infection, de leur offrir un test, de les traiter au besoin et de les conseiller en matière de prévention. Il s'agit d'une stratégie particulièrement efficace dans le cas de MTS, telles que l'infection gonococcique, qui sont rendues à un seuil épidémiologique en deçà duquel tout progrès dans la réduction ou l'élimination des cas exige d'entrer en contact avec les «noyaux de transmetteurs», c'est-à-dire ceux qui entretiennent le réservoir de l'infection, et de les soigner.

La notification aux partenaires relève avant tout de la responsabilité du patient et du médecin traitant. Cependant, la démarche de notification peut devenir ardue si un patient éprouve de la difficulté à aviser ses partenaires de la possibilité d'une infection; il arrive aussi qu'un médecin soit mal à l'aise avec cette question ou que le contexte clinique ne s'y prête pas. Il est alors utile de pouvoir recourir à un service spécialisé.

C'est en 1987 que quelques régions ont mis sur pied des services de notification aux partenaires qui ont été depuis lors imités. En 1998, au Québec, il y a six régions où la notification est laissée strictement à la responsabilité des patients et des médecins. Dans neuf autres régions, on retrouve un encadrement plus structuré assuré par des cliniques MTS, jeunesse ou santé-sexualité de certains CLSC ou de centres hospitaliers, suivant des modèles variables. Enfin, dans trois régions, des membres du personnel de la santé publique assurent le soutien à la notification aux partenaires. On consacre des efforts à la notification aux partenaires, surtout dans les cas de gonorrhées résistantes et de syphilis infectieuses.

En organisation des services

Des quelques hôpitaux où ils étaient concentrés, il y a vingt ans, les soins et les services en matière de MTS se sont étendus à la première ligne, grâce à l'intérêt et au dévouement de médecins, de professionnels de la santé et d'intervenants sociaux désireux de réduire l'incidence des MTS. Que ce soit en sensibilisant la communauté et le réseau sociosanitaire à ce problème important, en élargissant les connaissances et l'expertise dans le domaine, en mettant sur pied des programmes de prévention et des services appropriés ou en assurant une pratique professionnelle consciencieuse, tous ces acteurs ont été sans contredit d'un apport essentiel au développement des services. Le tout s'est fait avec l'appui d'organismes professionnels qui ont soutenu la formation continue sur les MTS.

Actuellement, les services de détection et de traitement sont donnés en cabinet privé, en CLSC, dans les cliniques externes des centres hospitaliers ou dans des centres de santé. Les régions peuvent bénéficier de l'expertise de microbiologistes et de leur direction de la santé publique. Il existe aussi une vingtaine de cliniques spécialisées dans le traitement des MTS, situées surtout dans les zones urbaines du Québec. Plusieurs cliniques jeunesse sont implantées dans différents milieux scolaires; ailleurs, des mesures sont mises en place pour faciliter l'accès des jeunes aux CLSC. Enfin, dans plusieurs régions, des intervenants de milieu font non seulement de la prévention contre les MTS auprès des personnes vulnérables, mais dirigent également ces dernières, s'il y a lieu, vers les services appropriés.

Il n'y a donc pas de modèle unique d'organisation des services d'une région à l'autre. Les concentrations de population, l'étendue du territoire et l'ampleur du problème des MTS expliquent en grande partie ces variations. Mais il peut s'agir aussi de choix organisationnels, faits en fonction de l'expertise existante ou de l'importance accordée à ce problème.

Si, en principe, les services sont relativement accessibles dans les régions, il faut surtout se soucier d'offrir des services de meilleure qualité et de les adapter aux besoins des personnes pour qui le risque de contracter une MTS est élevé ou des personnes particulièrement vulnérables aux complications.

En soutien à l'action

La surveillance systématique des MTS, la réalisation de recherches axées sur les besoins, l'évaluation de la qualité et de l'effet des interventions de même qu'une formation continue à la fine pointe des connaissances épidémiologiques, cliniques et psychosociales, sont à la base d'une action éclairée en prévention primaire, secondaire et tertiaire ainsi qu'en organisation de services.

• SURVEILLANCE

Le système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MADO) constitue la principale source de renseignements sur l'évolution de l'épidémiologie des MTS à déclaration obligatoire au Québec. Chaque année, depuis 1992, un rapport sur l'analyse des données est diffusé auprès des acteurs qui participent à la lutte. Point de départ de l'intervention en santé publique, la surveillance des MTS demeure tout de même limitée: l'importance de la sous-déclaration et le fait que certaines MTS, l'infection gonococcique et la syphilis notamment, soient toujours à déclaration anonyme diminuent la validité du système et compliquent l'intervention auprès des personnes infectées, sans compter qu'il n'y a aucune information sur les facteurs de risque associés à ces données.

On dispose également de différentes analyses: analyse de la situation et des tendances dans l'incidence des complications des MTS bactériennes¹³, analyse des données du Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS¹⁴. Le rapport d'une récente enquête sur les attitudes et les comportements reliés au VIH/sida dans la population générale québécoise¹⁵ constitue également une source d'information utile à cet égard. Toutes ces analyses, jointes à la surveillance des MTS, permettent de déterminer de façon plus précise l'ampleur du problème ainsi que la population touchée, et de mieux évaluer les résultats des interventions.

Enfin, il se trouve d'autres aspects pour lesquels il y a un besoin d'information, soit les MTS virales et l'utilisation des tests de laboratoire pour la détection de l'infection à chlamydia et de l'infection gonococcique.

• RECHERCHE ET ÉVALUATION

On observe des changements dans l'épidémiologie actuelle des MTS. Cependant, les rares études incluant un volet MTS concernent la prévalence, notamment celle de l'infection à chlamydia, au sein de populations bien ciblées (ex.: jeunes de centres de réadaptation¹⁶, jeunes de la rue, femmes en difficulté¹⁷ et utilisateurs de drogues par injection [UDI]¹⁸). Aucune étude québécoise ne porte sur la prévalence des MTS dans des populations plus larges. Quant aux recherches sur les MTS virales, tout est à faire.

En recherche psychosociale, le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) a subventionné plusieurs projets de recherche dans le domaine du sida et des MTS et s'est doté d'une équipe multidisciplinaire MTS-sida composée de chercheurs du milieu universitaire et du réseau de la santé et des services sociaux. De nombreuses études ont été effectuées sur les comportements et les déterminants des comportements liés à l'utilisation du condom auprès des jeunes en milieu scolaire, des jeunes en difficulté, des HARSAH et des UDI. L'accent a été mis davantage sur les aspects individuels et moins sur la personne dans son environnement et sur l'environnement lui-même. En recherche biomédicale, il existe le «réseau sida-maladies infectieuses» au Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ), qui consacre ses fonds principalement à la recherche sur le sida.

Évaluer et réévaluer les actions en prévention primaire, secondaire et tertiaire devient un exercice indispensable pour accroître l'efficacité de la lutte contre les MTS. Certains projets de prévention et de promotion de la santé ont fait l'objet d'une évaluation au sein des directions régionales de la santé publique. Des

13. B. TURMEL et R. REMIS, *Complications des MTS bactériennes (chlamydie génitale et gonorrhée)*. Région de Montréal-Centre, 1987 à 1994, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, 1997, 126 p.
14. C. POULIN, M.-C. AUDET et M. ALARY, *Évaluation du Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Centre québécois de coordination sur le sida, 1997, 46 p.
15. A. ADRIEN et V. LEAUNE, *Les Québécois face au sida: attitudes envers les personnes vivant avec le VIH et gestion des risques*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1998, 127 p.
16. C. POULIN et al., « Prevalence of chlamydial infection and frequency of risk behaviours for STDs and HIV infection among adolescents in public juvenile facilities in the province of Quebec », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 88, n° 4, 1997, p. 266-270.
17. M. ALARY et al., *Étude de faisabilité d'un programme de dépistage et de prévention de certaines MTS chez les personnes à risque élevé de MTS ou d'infection au VIH de la région de Québec*, Rapport final à la Division de la prévention et de la lutte contre les MTS, Bureau du VIH/sida et MTS, Québec, 1999, 29 p.
18. C. POULIN et al., « Prevalence of chlamydia trachomatis, neisseria gonorrhoeae and HIV infection among drug users attending an STD/HIV prevention and needle exchange program in Quebec City, Canada », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 26, n° 7, 1999, p. 410-420.

évaluations de services liés aux MTS ont aussi été effectuées dans certaines régions, notamment en ce qui concerne la notification aux partenaires. Mais ce n'est pas suffisant, il faut étendre l'exercice à davantage de domaines pour déterminer quelles sont les interventions efficaces et les consolider, pour adapter ou écarter celles qui le sont moins.

- FORMATION

Le succès des actions dépend en grande partie d'une formation de base large et à jour sur les MTS à l'intention des différents acteurs du domaine: médecins traitants, infirmières, techniciens de laboratoire, microbiologistes, intervenants des organismes communautaires, intervenants en santé publique, enseignants, éducateurs des centres jeunesse, pharmaciens. Il s'agit non seulement de fournir l'information de pointe, les nouvelles techniques et les méthodes en vigueur selon les disciplines, mais de voir notamment à l'intégration des activités de prévention aux pratiques médicales dans une approche plus globale de la santé, ce qui ne semble pas encore acquis. Les connaissances et les valeurs sur lesquelles pourraient s'appuyer les médecins pour prendre sur eux cette intégration *paraissent encore mal connues*¹⁹. Le besoin est là: moins de la moitié des médecins répondant à une enquête²⁰ rapportent aborder de façon routinière la question de l'utilisation du condom et celle du nombre de partenaires sexuels avec leurs patients.

La formation continue sur les MTS relève d'un plus grand nombre de partenaires: Collège des médecins du Québec, Collège québécois des médecins de famille, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, universités, Institut national de santé publique du Québec, régies régionales, ministère de la Santé et des Services sociaux. Elle est offerte de façon ponctuelle et sous différentes formes: colloques sur les MTS, séances d'information, publication d'articles, entre autres.

19. M.-D. BEAULIEU *et al.*, *Intégration des activités de prévention aux pratiques médicales. Sommes-nous tous sur la même longueur d'onde?*, Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, Faculté de médecine, 1999, 98 p.

20. N. HALEY *et al.*, « Sexual health risk assessment and counseling in primary care: how involved are general practitioners and obstetrician-gynecologists ? », *American Journal of Public Health*, vol. 89, n° 6, 1999, p. 899-902.

Enjeux

Il y a lieu de constater l'ampleur et la nature du problème actuel des MTS tout en reconnaissant le chemin parcouru et l'expérience acquise pour travailler à améliorer la situation d'ensemble. Certes, il faut continuer le travail déjà bien rodé, mais il faut aussi revoir les stratégies à la lumière de l'évolution de l'épidémie, des problèmes socioéconomiques, des besoins de la population, de l'organisation et des transformations du réseau de la santé et des services sociaux. La lutte contre les MTS se joue sur plusieurs fronts.

SANTÉ SEXUELLE DE LA POPULATION

Le premier enjeu demeure sans contredit la santé sexuelle de la population, qui inclut la santé reproductive. Si cette notion se conçoit dans la recherche, les politiques et les actions d'ensemble, elle s'incarne dans la vie des personnes et des populations. Il faut voir que la population à qui s'adressent les actions en promotion de la santé et en prévention des MTS n'est pas un tout homogène.

Certaines personnes sont plus exposées que d'autres aux MTS et arrivent plus difficilement à assumer pleinement leur santé sexuelle. D'autres, par contre, sont moins vulnérables aux MTS, davantage en mesure de prendre en charge leur santé et, dans le cas où elles sont atteintes d'une MTS, peuvent plus facilement remédier au problème. La vulnérabilité aux MTS peut ainsi se concevoir à divers degrés.

Enjeux
page 20

La vulnérabilité aux MTS peut découler strictement de comportements à risque. En l'occurrence, la plupart des personnes pourront sans doute, sur la base d'une information adéquate, adopter éventuellement des comportements plus sécuritaires ou, dans le cas où elles ont une infection, recourir assez facilement aux services et aux traitements.

Par ailleurs, la vulnérabilité aux MTS peut résulter à la fois de comportements à risque et du fait d'appartenir à une population particulièrement exposée aux risques de MTS – jeunes, femmes en difficulté, HARSAH, autochtones, UDI. Non seulement le risque d'infection est accru pour les personnes qui font partie de ces groupes, mais les préjudices – par exemple, la discrimination –, liés au groupe qui les caractérise constituent pour elles un fardeau supplémentaire. Le recours aux services est déjà un peu plus compliqué, et c'est parfois également le cas pour l'adoption de comportements sécuritaires.

Enfin, le degré de vulnérabilité aux MTS peut être accentué par des conditions psychosociales difficiles – pauvreté, itinérance, toxicomanie, maladie mentale, violence, discrimination, par exemple. Les problèmes rencontrés par certaines personnes peuvent être à ce point importants qu'elles éprouvent des difficultés d'organisation, de fonctionnement, de prise en charge et d'intégration. L'adoption et le maintien de comportements sécuritaires deviennent alors beaucoup plus difficiles, le recours aux services sociaux et de santé, moins fréquent et la santé sexuelle, très secondaire.

Si certains ont besoin d'un minimum d'information et de services appropriés pour prendre en main leur santé sexuelle, d'autres exigent une attention particulière, un encadrement plus étroit et des services mieux adaptés pour juguler l'infection. Voir à la santé sexuelle de la population, c'est en quelque sorte tenter de composer avec la diversité de situations et de conditions des différentes populations et des personnes ainsi qu'avec les limites des actions possibles.

ADAPTATION DES APPROCHES, DES SERVICES ET DES PRATIQUES

Il ne suffit pas de constater qu'il existe diverses populations vulnérables aux MTS et des besoins différents selon les cas, encore faut-il trouver des façons d'intervenir judicieusement, rapidement et efficacement en ce qui concerne la prévention primaire, secondaire et tertiaire et d'assurer une organisation des services adéquate. L'adaptation doit prendre en compte plusieurs aspects.

Il faut dire que les jeunes atteignent leur maturité biologique plus tôt, qu'ils commencent leur activité sexuelle précocement, que la période de l'adolescence s'allonge, que les conditions de vie sont plus instables qu'auparavant et que le projet de vie à deux est souvent retardé. Avoir plusieurs partenaires sexuels dans ces conditions ne fait guère exception. Le libéralisme sexuel aidant, l'approche prescriptive ne suffit plus à modifier les comportements ou à renforcer les comportements de protection. Il faut situer la prévention des MTS dans un contexte plus large de promotion de la santé et du bien-être sexuel, au-delà des risques individuels, plus près de la vulnérabilité des groupes et des personnes, en favorisant, entre autres, l'éducation à la sexualité.

Par ailleurs, il faut retenir que toutes les MTS ne sont pas au même stade épidémiologique. Pour certaines maladies plus fréquentes, comme l'infection à chlamydia, c'est davantage la réduction de l'incidence qui est attendue; pour d'autres maladies plus rares, comme l'infection gonococcique et la syphilis, c'est l'élimination qui est visée. Pour ce faire, des actions à portée tantôt plus générale, tantôt plus ciblée, seront privilégiées. En outre, on ne bénéficie pas des connaissances scientifiques adéquates pour toutes les MTS afin de mener une lutte efficace. Ainsi faut-il songer, dans le cas des MTS virales surtout, à combler ce manque. Des stratégies différenciées et adaptées s'imposent donc.

En matière d'accessibilité aux services, il faut aussi offrir différentes possibilités. Le Québec dispose d'un réseau bien implanté de services en cabinets privés, en CLSC et en centres hospitaliers, lieux que la majorité de la population fréquente. Mais pour les groupes très vulnérables, il y a plus à faire afin de leur rendre accessibles les services existants. Les rejoindre signifie se rapprocher de leur milieu de vie, réduire la distance culturelle, diminuer les délais d'intervention. Cela suppose aussi une organisation différente des services, une plus grande polyvalence des interventions et un fonctionnement plus souple. Il importe alors de favoriser des conditions qui permettent d'établir un contact, de créer les liens de confiance nécessaires avec ces personnes et de les orienter éventuellement vers les services existants.

Si les services doivent s'adapter, les pratiques aussi. Qu'il s'agisse de l'intégration des MTS à d'autres problématiques connexes en vue d'une intervention plus unifiée auprès des groupes, de l'orchestration des services cliniques sur un territoire donné pour leur assurer une plus grande accessibilité ou de l'utilisation de technologies ou de méthodes plus performantes, le travail de collaboration est essentiel pour atteindre avec succès les groupes vulnérables et la population en général. Et cela s'effectue la plupart du temps au prix d'un certain délestage des logiques de fonctionnement administratif de chacun pour se rapprocher davantage des besoins.

Enfin, il y a lieu de souligner deux éléments importants de l'horizon de l'action en santé publique: l'élaboration de la loi sur la santé publique et du programme de santé publique qui auront très certainement un rôle à jouer dans la définition des changements.

MOBILISATION DES ACTEURS

La qualité des soins et des services en matière de MTS repose en grande partie sur les professionnels de la santé et sur les acteurs communautaires. Leur compétence, leur engagement et leur dévouement sont ainsi sollicités et sont indispensables à la poursuite de la lutte contre les MTS et à l'introduction des changements requis.

Si, pour certains médecins ou intervenants, les MTS constituent leur champ de spécialisation ou un domaine courant de pratique, pour la majorité, les MTS sont un domaine parmi d'autres. Plusieurs d'entre eux ne voient d'ailleurs que quelques cas par année. Il y a certes un avantage à ce que des soins et des services relatifs aux MTS puissent être dispensés largement. Mais il faut en contrepartie trouver les moyens les plus efficaces de rester en contact avec ces acteurs de façon régulière.

La situation épidémiologique des MTS évolue, les phénomènes psychosociaux changent, de nouveaux traitements apparaissent, des techniques de détection plus performantes sont mises sur le marché, les pratiques sont modifiées en conséquence ; les médecins et les intervenants doivent être au fait de ces transformations s'ils veulent maintenir leur pratique à jour dans ce domaine.

S'il convient d'informer les différents acteurs sur divers aspects du problème des MTS, de l'organisation des services ou de certaines pratiques, il faut aussi les sensibiliser à ces aspects et leur offrir une formation adéquate. L'adaptation au changement suppose la mise à contribution des ressources humaines. Maintenir cette force et la raviver dans la conjoncture actuelle constitue un enjeu important dans la lutte contre les MTS.

Orientations

L'objectif général de la lutte contre les MTS demeure toujours la réduction de leur incidence et de leurs complications, sans oublier la diminution des coûts socio-sanitaires qui y sont liés. Cela suppose concrètement que l'on intervienne non seulement pour prévenir la transmission des MTS, mais aussi en amont, pour promouvoir la santé sexuelle et en soutien, pour améliorer les activités de surveillance, de recherche et de formation. La présente stratégie vise donc :

- à accroître, auprès de la population en général et des populations vulnérables, les actions de promotion de la santé et de prévention des MTS;
- à améliorer la qualité et l'efficacité des soins et des services ainsi que l'accessibilité à ces soins et à ces services en tenant compte davantage des caractéristiques des populations vulnérables;
- à créer un environnement social propice à la prévention, aux soins et aux services et à la prise en charge par les personnes de leur santé, dans le respect de leurs droits.

Les orientations retenues se déploient sur deux grands axes: le premier relève de la consolidation et de l'optimisation des mesures qui ont obtenu des résultats positifs, et le deuxième s'attache à l'adaptation des services aux populations les plus vulnérables.



CONSOLIDATION ET OPTIMISATION DES MESURES QUI ONT OBTENU DES RÉSULTATS POSITIFS

MENER UNE LUTTE COMMUNE CONTRE LES MTS ET LE VIH, LÀ OÙ C'EST POSSIBLE

L'accent mis sur la lutte contre le VIH, en raison de la menace qu'il représente, a pu laisser croire à certains jeunes ou à d'autres personnes n'appartenant pas aux populations particulièrement exposées au VIH, comme les femmes et les autochtones, qu'ils n'étaient pas à risque. De plus, certaines régions ont pu se sentir moins soutenues dans leurs actions à l'égard des MTS, en raison de la présence moins marquée de populations vulnérables au VIH sur leur territoire. Il y a très certainement lieu de corriger les choses et d'examiner le problème selon les personnes ou les populations touchées, l'action souhaitée et le résultat attendu.

En matière de prévention primaire et même secondaire, il peut y avoir avantage à associer les deux niveaux d'intervention. Il est indéniable que des programmes conçus le plus souvent pour le VIH favorisent la prévention primaire des MTS, à la condition de cibler une population plus large et d'adapter les messages en fonction des personnes et des groupes visés.

En ce qui concerne la prévention secondaire, c'est souvent l'inquiétude soulevée par le VIH qui amène les personnes à consulter le médecin alors que, plus que le diagnostic du VIH, c'est celui d'une MTS qui est probable: d'où l'importance de faire porter les activités de détection aussi bien sur les MTS que sur le VIH.

Quant aux services offerts particulièrement aux groupes vulnérables, il est d'autant plus efficace de combiner la détection des MTS et du VIH qu'il est parfois difficile d'atteindre ces groupes: mieux vaut en effet ne pas contraindre les personnes visées à consulter deux services différents.

MAINTENIR LA PRÉVENTION DES MTS ET S'ENGAGER PLUS À FOND SUR LA VOIE DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

- **POURSUIVRE LES ACTIONS VISANT L'ADOPTION ET LE MAINTIEN DE
COMPOTEMENTS SÉCURITAIRES**

Après une augmentation constante, ces dix dernières années, des comportements sécuritaires, on pourrait assister à une stabilisation, voire à une baisse, dans l'utilisation du condom. Le sida n'étant plus représenté de manière aussi menaçante depuis l'arrivée des multithérapies, il y a lieu de craindre que l'opinion publique en vienne à banaliser les messages de prévention et que les individus délaissent les comportements sécuritaires. D'ailleurs, rien n'est acquis définitivement en ce qui concerne les comportements sécuritaires: il y a toujours de nouvelles personnes qui commencent leur vie sexuelle active, il est toujours nécessaire de rappeler au reste de la population l'importance de ces comportements dans un contexte qui évolue sans cesse.

Tout en s'assurant de rendre le condom accessible, il importe de susciter et de soutenir son utilisation pour qu'il devienne une norme sociale, reflet d'un comportement intelligent et responsable. Insister davantage sur les aspects agréables

de la sexualité, le plaisir, l'expression de soi, l'épanouissement, valoriser l'acceptation de l'orientation et de l'identité sexuelles, présenter des modèles masculins responsables sur le plan sexuel, voilà autant d'avenues à emprunter pour renouveler la teneur des messages en fonction des caractéristiques des différents groupes auxquels ils doivent s'adresser. Le Ministère entend donc continuer à mener des campagnes de communication portant sur ces aspects. Si les jeunes HARSAH et les UDI doivent toujours être des populations visées par ce genre d'action, il faut également tenter d'atteindre les jeunes hommes et les jeunes femmes de la population en général, les voyageurs, les autochtones et les membres des communautés ethnoculturelles.

- **INTERVENIR EN AMONT DES PROBLÈMES**

Les jeunes dans leur ensemble présentent une certaine vulnérabilité résultant de leurs caractéristiques. Le passage d'une vie sexuelle latente à une vie sexuelle active confronte les jeunes aux émotions nouvelles d'une relation amoureuse qui viennent souvent ébranler leurs convictions relatives à la prévention des MTS. Les diverses difficultés psychosociales éprouvées par certains ne font qu'accroître leur vulnérabilité.

Jeunes en milieu scolaire

La réforme en cours au primaire et au secondaire préconise une approche globale d'éducation à la santé et au bien-être axée sur l'acquisition de compétences de divers ordres: estime de soi, aptitude à communiquer, à prendre des décisions, à résoudre des problèmes, à régler des conflits et à maîtriser le stress, capacité de se fixer des buts et de les atteindre. L'éducation à la sexualité s'intègre tout à fait bien dans cette approche; toutefois, le contenu détaillé en cette matière n'est pas encore fixé.

Dans l'optique d'intégrer au programme scolaire des jeunes les compétences essentielles liées à la santé et au bien-être, le ministère de la Santé et des Services sociaux entend maintenir le dialogue avec le ministère de l'Éducation pour faire en sorte, notamment, que les composantes fondamentales de l'éducation à la sexualité soient prises en compte dans les actions de prévention et de promotion auprès des jeunes. Il importe que des thèmes tels que les relations amoureuses, l'affirmation de soi, l'identité et l'orientation sexuelles, la planification des naissances, les rapports entre les sexes, la valorisation du rôle de père et la responsabilité des garçons en matière de relations sexuelles et amoureuses, de contraception et de prévention des MTS soient abordés. De même, il faut s'assurer que les notions de base sur les MTS, si elles ne sont plus intégrées au cours de biologie humaine, demeurent un objet d'étude.

Quant aux services complémentaires que les services de santé et les services sociaux assurent en milieu scolaire, il y a lieu de procéder à un examen des besoins du milieu et de se pencher sur le soutien et les changements nécessaires afin de mieux adhérer à une perspective intégrée d'école en santé. L'infirmière de CLSC, qui assure ces services la plupart du temps, demeure nécessaire. Si le volet éducation à la sexualité doit être préservé et, dans certains cas, développé davantage, si les programmes, les services et les activités doivent continuer, des efforts d'ouverture aux autres problèmes doivent être faits afin de proposer une action concertée et des services mieux intégrés.

Jeunes en difficulté d'adaptation

Le bilan des recherches sur les jeunes effectué par Otis²¹ montre que les jeunes en difficulté d'adaptation sociale commencent leurs activités sexuelles plus précocement que les jeunes dans leur ensemble, qu'ils ont un plus grand nombre de partenaires, qu'ils ont, dans une plus grande proportion, des partenaires masculins ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, qu'ils sont plus nombreux à avoir utilisé des drogues par injection et à avoir pratiqué la prostitution. Souvent moins préoccupés d'éviter les MTS que de combler des carences affectives, les jeunes en difficulté sont peu nombreux à utiliser régulièrement le condom; ils hésitent aussi davantage à discuter avec leur partenaire de la nécessité de l'employer.

Groupe très vulnérable aux MTS, les jeunes en difficulté sont accessibles, notamment par le réseau des centres jeunesse, incluant les familles d'accueil, par les organismes communautaires, dans les lieux publics qu'ils fréquentent et à l'occasion d'événements susceptibles de les intéresser. Afin de susciter une meilleure réponse de leur part, il convient d'intégrer aux activités de prévention des MTS et aux programmes d'éducation à la sexualité des aspects qui les touchent de près, comme la violence, la contraception, le désir de grossesse, la toxicomanie et la dépression.

Axe 1 page 26

• FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DU POTENTIEL D'ACTION DES GROUPES ET DES PERSONNES VULNÉRABLES

Aborder la santé sexuelle tout en fournissant des ressources aux différents groupes suppose qu'il faut jouer sur de multiples registres culturels. S'il se trouve des différences sociales entre les hommes et les femmes en général, dans le cas des femmes UDI, prostituées, incarcérées, défavorisées socialement, autochtones, issues de communautés culturelles ou encore infectées par le VIH ou une MTS, il faut ajouter des distinctions liées aux situations particulières dans lesquelles elles se trouvent. S'il s'agit des HARSAH, on ne peut faire abstraction de la culture gaie. Quant aux UDI, les pratiques et les habitudes de vie liées à la consommation et à l'injection de drogues constituent des éléments importants de leur vie. Pour ce qui est des autochtones et des membres de communautés culturelles, ce sont leur mode de vie, leur langue, leurs représentations et leur problématique relative aux MTS qui les singularisent. Ainsi, le développement du potentiel d'action des groupes ou des personnes ne peut se faire sans la prise en considération des traits culturels de ces groupes ou de ces personnes.

Il convient de soutenir le regroupement des personnes vulnérables afin qu'elles défendent leurs droits, qu'elles améliorent leur condition et qu'elles luttent contre les MTS. Il peut s'agir notamment des femmes de milieux défavorisés, des jeunes, des autochtones, des membres de communautés culturelles ou des HARSAH. À cet égard, il faut souligner la parution de la Stratégie des Premières Nations et des Inuits du Québec contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le sida, qui inclut les MTS, à laquelle le Ministère et des régies régionales de la santé et des services sociaux ont collaboré et dont il importe de soutenir l'implantation.

21. OTIS, *op. cit.*, 164 p.

Par ailleurs, certaines complications ou certaines MTS virales, comme l'herpès et les condylomes, ont des répercussions psychologiques troublantes. En pareil cas, il est utile d'assurer un *counseling* adéquat non seulement en matière de prévention, mais également en ce qui a trait au soutien aux personnes affectées. Peu de ressources sont en mesure de le faire pour ce genre de problème; il est donc opportun d'encourager les groupes de soutien et d'entraide, là où les besoins existent.

ACCROÎTRE LA QUALITÉ DES SERVICES RELATIFS AUX MTS ET L'ACCESSIBILITÉ À CES SERVICES

La durée d'infectiosité des personnes influence l'établissement et le maintien de l'épidémie. Plus le traitement est précoce et l'infection guérie rapidement, moins la personne infectée risque de transmettre son infection à d'autres. C'est ainsi qu'il est possible d'interrompre la chaîne de transmission. L'accès à des services de dépistage, de diagnostic, de traitement et de notification aux partenaires devient primordial dans les circonstances. De même, il est important d'offrir des services et des soins de qualité qui répondent davantage aux besoins et qui témoignent de l'utilisation appropriée des tests de laboratoire, de la précision des diagnostics, de l'offre de traitements adéquats et de la qualité du *counseling*. Il va sans dire que, lorsque les conditions sont réunies, il est beaucoup plus facile de prévenir les complications potentielles des MTS, allant des atteintes inflammatoires pelviennes jusqu'à l'infertilité.

Axe 1
page 27

- **ORIENTER LE DÉPISTAGE DE L'INFECTION À CHLAMYDIA ET DE L'INFECTION GONOCOCCIQUE VERS DES POPULATIONS À RISQUE MIEUX CIBLÉES**

Composante essentielle de tout programme de contrôle des MTS, le dépistage se doit de détecter le plus de personnes infectées possible mais de façon suffisamment ciblée pour ne pas tester trop de personnes inutilement.

Considérant la diminution significative de l'infection à chlamydia génitale et de l'infection gonococcique au Québec au cours de la dernière décennie et l'observation partielle d'une baisse du taux de positivité des tests de détection, le ministère de la Santé et des Services sociaux entend promouvoir l'utilisation mieux ciblée des tests de détection pour des populations à risque, conformément aux recommandations du Comité consultatif sur les MTS²². Ces dernières sont essentiellement des nuances apportées aux Lignes directrices canadiennes pour les MTS (édition 1998) au sujet du dépistage de l'infection à chlamydia et de l'infection gonococcique afin d'adapter les directives au contexte épidémiologique québécois.

- **GÉNÉRALISER L'UTILISATION DES TECHNOLOGIES PLUS PERFORMANTES**

Les technologies relatives à la détection de l'infection à chlamydia ont passablement évolué en moins de vingt ans. La première méthode, définie comme la culture cellulaire, était laborieuse, coûteuse et donc peu accessible. Par la suite, les tests immuno-enzymatiques, plus faciles à utiliser et relativement peu coûteux, sont apparus et continuent du reste à être largement employés.

22. CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA, *Recommandations du comité consultatif MTS quant aux directives de dépistage des MTS des lignes directrices canadiennes pour les MTS, édition 1998*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 14 p.

Récemment toutefois, les tests d'amplification génique ont vu le jour. Technologie plus sensible et plus spécifique que celle des tests précédents, elle présente des avantages certains dans un contexte où la prévalence de l'infection à chlamydia indique des tendances à la baisse. Ainsi, il y aurait lieu de favoriser l'utilisation des tests d'amplification génique dans la détection de l'infection à chlamydia à partir d'un prélèvement génital (col, urètre).

Il existe par ailleurs le même type d'analyse à partir d'un spécimen d'urine, qui est évidemment moins invasif. Il s'agit là d'une option très intéressante pour les personnes réfractaires au prélèvement génital ou dans des contextes cliniques particuliers où ce type-ci de prélèvement peut difficilement être réalisé. Les coûts étant relativement élevés, il conviendrait alors de réserver cette option à ces conditions particulières de pratique.

- INTENSIFIER LA NOTIFICATION AUX PARTENAIRES DE PERSONNES ATTEINTES DE MTS

S'il est indiqué, dans un contexte de diminution des MTS bactériennes au Québec, de mieux cibler le dépistage, il convient aussi d'intensifier les démarches de notification aux partenaires. C'est à cette condition qu'on pourrait, entre autres, réduire davantage l'incidence des cas d'infection gonococcique. Il faut rappeler que la notification aux partenaires permet non seulement d'identifier et de traiter des personnes infectées, mais aussi d'atteindre des personnes appartenant à des « noyaux de transmetteurs » reconnus pour être peu accessibles. La notification aux partenaires devrait faire partie des activités de base du futur programme de santé publique.

Le Ministère entend promouvoir la notification aux partenaires pour les MTS. Entreprise par le médecin traitant ou l'infirmière, la démarche se fait avec la participation volontaire de la personne atteinte et en toute confidentialité. S'il appartient au patient avant tout d'informer ses partenaires, il incombe au médecin ou à l'infirmière de discuter de la démarche, d'offrir au besoin un soutien et d'évaluer par la suite les résultats de cette démarche auprès de la personne infectée.

En complément à cette démarche de base, il importe de mettre sur pied ou de consolider, selon le cas, dans toutes les régions du Québec, des services de soutien spécialisé en notification aux partenaires pour répondre à une requête d'assistance de la part d'une personne atteinte d'une MTS, du clinicien ou d'un professionnel d'une autre direction de la santé publique, ou pour assurer une relance active dans certains cas²³.

Par ailleurs, il arrive que des partenaires de personnes infectées par des MTS refusent de consulter le médecin pour toutes sortes de raisons. Ils sont souvent des sources de transmission de l'infection et peuvent ainsi entretenir le réservoir de l'infection. La seule façon dont le médecin peut les contacter est de passer alors par l'intermédiaire de la personne chez qui il a diagnostiqué une infection. Il faut donc trouver les meilleures stratégies pour traiter ces partenaires hésitant à consulter un médecin.

23. Le Comité consultatif sur les MTS recommande que ce soit tous les cas d'infection gonococcique, de syphilis infectieuse, de chancre mou, de lymphogranulome vénérien, de granulome inguinal et les cas d'infection à chlamydia génitale suivants : chez les personnes âgées de 19 ans ou moins, chez celles qui présentent des MTS ou des avortements à répétition, chez celles qui ont une atteinte inflammatoire pelvienne, chez celles qui sont enceintes ou chez les hommes dont la partenaire est enceinte.

DISPOSER DES CONNAISSANCES NÉCESSAIRES

Les connaissances sont la pierre angulaire des activités de communication, de formation, de surveillance, de recherche et d'évaluation.

- SENSIBILISER, INFORMER ET FORMER LES MÉDECINS, LES AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AINSI QUE LES INTERVENANTS COMMUNAUTAIRES

Lorsque les personnes fréquentent le réseau de la santé pour d'autres motifs que des symptômes précis pouvant être reliés aux MTS, il est parfois pertinent d'évaluer les habitudes et les comportements sexuels et d'effectuer un dépistage judicieux auprès des personnes vulnérables. Il faut donc promouvoir, auprès des médecins, la recherche systématique des facteurs de risque pour l'utilisation efficace des tests de détection de l'infection à chlamydia et de l'infection gonococcique dans un contexte de dépistage, conformément aux directives émises à ce sujet²⁴.

En complément, le MSSS veut étendre l'accessibilité au Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS à un plus grand nombre de bénéficiaires par une information accrue donnée aux médecins, aux professionnels de la santé et des services sociaux ainsi qu'aux intervenants communautaires.

Par ailleurs, l'intensification des activités de notification aux partenaires ne peut se faire sans sensibiliser les différents intervenants à l'importance de cette notification, au rôle qu'ils peuvent jouer dans la démarche et aux services de soutien à offrir. Il importe aussi de concevoir un programme québécois de formation à la notification aux partenaires assorti d'un guide d'intervention relatif au soutien à la notification aux partenaires et de l'implanter dans chaque région.

Enfin, en matière de formation continue relative aux MTS, il y a lieu de voir auprès des principaux acteurs – organismes professionnels, universités, Institut national de santé publique du Québec et régies régionales –, à ce que des activités régulières de formation des médecins de famille, des spécialistes, des professionnels de la santé et des services sociaux, des enseignants et des intervenants communautaires soient conçues, implantées et évaluées afin que tous disposent de connaissances à jour sur les MTS et aient les compétences nécessaires dans une approche d'éducation à la sexualité.

- AMÉLIORER LA SURVEILLANCE DES MTS

Plusieurs aspects de la question des MTS méritent une surveillance régulière. Divers moyens sont disponibles à cette fin.

Selon la MTS, la déclaration est tantôt anonyme, tantôt nominale, ce qui rend les données plus imprécises. Une méthode uniforme d'identification des personnes en cause pourrait éviter de compter un même cas plusieurs fois. Il importe de faire valoir cette mesure pour qu'elle soit retenue dans la future loi sur la santé publique.

24. CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA, *Recommandations du comité consultatif MTS quant aux directives de dépistage des MTS des lignes directrices canadiennes pour les MTS, édition 1998*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 14 p.

D'autres mesures sont également nécessaires pour obtenir un portrait plus juste et plus complet du problème; il s'agit d'ajouter des variables cliniques et des variables sur les facteurs de risque aux déclarations de MTS, de procéder à la validation systématique des données sur l'hépatite B et la syphilis, d'utiliser un questionnaire standardisé pour les enquêtes épidémiologiques afin d'avoir une meilleure connaissance des facteurs de risque ainsi que de diminuer les délais de saisie et d'analyse des données aux niveaux régional et national. Enfin, il serait utile de disposer rapidement des données afin d'être en mesure d'intervenir en vue de contrer l'éclosion de MTS peu fréquentes.

Au sujet des complications causées par les MTS bactériennes et virales, il y a lieu de maintenir certaines mesures et d'en concevoir d'autres permettant d'effectuer une surveillance adéquate. Notamment, l'analyse des grossesses ectopiques à partir du fichier MED-ÉCHO qui contient les données d'hospitalisation doit continuer. Cependant, dans la perspective d'un traitement médical ambulatoire pour cette complication, il faut explorer d'autres sources de données existantes qui pourraient remplacer ou compléter les données de ce fichier. De même, il serait nécessaire de déterminer des indicateurs pour la surveillance des atteintes inflammatoires pelviennes et de l'infertilité.

L'utilisation des tests de détection suscite un intérêt grandissant, notamment en raison de la baisse des taux de positivité. Il convient de mettre en place les moyens nécessaires pour recueillir de l'information sur les profils d'utilisation des tests de détection et leur taux de positivité. Il serait alors possible de comparer les cas testés aux cas déclarés dans le système MADO et de fournir par la suite des indications encore plus précises sur le dépistage pour en accroître l'efficacité.

Enfin, il importe de voir à ce que des enquêtes sur les comportements à risque et sur les comportements de protection auprès de la population en général et des groupes vulnérables soient réalisées périodiquement. Ces résultats, joints à un suivi plus étroit des interventions de prévention et de leur évaluation, s'il y a lieu, permettraient d'obtenir un portrait plus complet de ce qui se fait en prévention.

- **ACCENTUER LA RECHERCHE ET L'ÉVALUATION DANS LE DOMAINE DES MTS**

Il y a des besoins de tous ordres en matière de recherche; certains plus que d'autres doivent être comblés en vue d'une action plus éclairée. En complément de ce qui est déjà proposé dans la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, il est opportun de porter à l'attention des chercheurs et des organismes subventionnaires intéressés les aspects qui suivent.

Peu de données épidémiologiques récentes existent sur l'infection à chlamydia génitale, bien qu'elle soit à déclaration obligatoire, si ce n'est que les jeunes de moins de 25 ans sont plus touchés. Il devient nécessaire de connaître les facteurs qui peuvent faire en sorte que ces jeunes contractent une MTS afin de mettre au point des modes d'intervention plus appropriés. Des études de prévalence de l'infection à chlamydia doivent donc être effectuées auprès des jeunes de moins de 25 ans et parmi différentes sous-populations plus vulnérables.

Concernant les MTS virales, soit le VHS et le VPH, une meilleure connaissance épidémiologique s'impose. Il y a lieu de mieux cerner les caractéristiques des populations vulnérables afin d'établir les stratégies adéquates permettant de les atteindre et de concevoir des interventions de prévention efficaces. De plus, il y a lieu de s'intéresser aux cancers reliés aux MTS pour déterminer, entre autres, l'ampleur du phénomène, les facteurs associés et le génotype des condylomes en cause.

Par ailleurs, il existe peu de moyens de protection contre les MTS sur lesquels les femmes ont entièrement le contrôle et qui soient faciles d'accès et d'utilisation. L'actuel condom féminin ne satisfait pas tout à fait à ces critères. Par contre, les microbicides représentent une avenue intéressante en ce qui a trait aux coûts et à la facilité d'utilisation. Il est utile de soutenir la recherche dans ce domaine, car ses résultats ont une portée non seulement nationale, mais aussi internationale.

Enfin, le dépistage des MTS demeure une stratégie secondaire qui a fait ses preuves. Toutefois, des études sont requises afin de déterminer la façon la plus efficace de l'utiliser: études sur la performance des tests et études sur les coûts et les bénéfices des différentes options de dépistage.

ADAPTATION DES SERVICES AUX POPULATIONS LES PLUS VULNÉRABLES AUX MTS

Il faut se rappeler que la population en général consulte assez facilement les services courants de première ligne en cabinets privés et en CLSC. Relativement bien informée des dispositions à prendre pour préserver sa santé, cette population est passablement familière avec le réseau sociosanitaire et les services disponibles; il suffit alors de rendre ces services accessibles et d'en accroître la qualité pour répondre en grande partie aux besoins.

Cependant, il en est tout autrement des populations très exposées aux MTS (jeunes, femmes et autochtones en difficulté, HARSAH et UDI). Question de conditions de vie difficiles et de survie, de fragilité physique ou mentale, de marginalisation, d'ignorance, de crainte ou de méfiance, ces populations très vulnérables fréquentent moins le réseau sociosanitaire, si ce n'est à l'urgence des centres hospitaliers. Si l'on veut réduire l'incidence des MTS, il faut obligatoirement penser à des interventions mieux adaptées à leurs besoins.

L'action s'exerce donc à plusieurs niveaux et se conçoit sous différents angles.

DIVERSIFIER LES MODALITÉS DES SERVICES RELATIFS AUX MTS

Il existe dans chaque région des services individualisés de prévention primaire, secondaire et tertiaire en cabinets privés, en CLSC, en centres hospitaliers et parfois en cliniques spécialisées dans le traitement des MTS. Ces services constituent l'infrastructure première à consolider. Même si les populations parmi les plus vulnérables utilisent moins, proportionnellement parlant, ces services, des efforts doivent être faits, avant toute chose, pour les intégrer dans le réseau. Qu'il soit question de sensibiliser les instances aux réalités des populations les plus vulnérables, d'entretenir une concertation plus étroite ou d'instaurer une complémentarité plus grande entre les services, toutes ces actions et d'autres visent à favoriser l'accueil de ces personnes dans le réseau et une meilleure réponse à leurs besoins.

Déjà, certains CLSC ont implanté avec succès des cliniques pour les jeunes en milieu scolaire; d'autres interviennent en milieu carcéral. Il s'agit de modalités qui peuvent être avantageusement reprises par d'autres CLSC ou qui peuvent servir de source d'inspiration pour offrir des services plus près du milieu de vie des personnes vulnérables. Il se trouve aussi des CLSC qui se joignent de façon ponctuelle à des événements populaires pour offrir des services de prévention des MTS. Il y a également des professionnels de CLSC qui se rendent dans certains organismes communautaires au service des personnes vulnérables pour effectuer le dépistage de MTS et du VIH et faire de la prévention primaire. Enfin, il existe depuis peu des unités mobiles de dépistage et de prévention des MTS et du VIH qui sillonnent d'assez larges territoires pour rendre les services accessibles. Pratiques bien rodées ou nouvelles expériences, quoi qu'il en soit, il faut encourager ces diverses modalités de services, les évaluer et ajuster le tout en fonction des résultats.

ASSOULPIR LE FONCTIONNEMENT DES SERVICES

Les populations vulnérables ne constituent pas des tous homogènes; le rapport que les personnes entretiennent avec les services n'est pas identique de l'une à l'autre. Plusieurs d'entre elles peuvent éprouver des difficultés de fonctionnement, d'organisation ou d'intégration sociale, être peu motivées quant à l'adoption de comportements sexuels sécuritaires ou manifester de la méfiance à l'égard de l'intervenant ou du traitement. Cet état de fait représente souvent un obstacle à l'établissement d'une relation d'aide. Dans pareilles circonstances, il est nécessaire de faire preuve d'ouverture et de tolérance afin de favoriser la naissance d'un lien de confiance avec une personne vulnérable.

Amener une personne aux prises avec de multiples problèmes vers une ressource du réseau sociosanitaire relève parfois de l'exploit. S'attendre à ce qu'elle se présente au rendez-vous fixé, carte d'assurance maladie en main, c'est peut-être beaucoup demander dans ces cas. Aussi faut-il non seulement prévoir des consultations sans rendez-vous et des horaires mieux adaptés aux habitudes de vie de certaines populations, mais aussi démontrer une certaine souplesse de fonctionnement dans les services réguliers. Ni l'âge ni le secteur de résidence ne devraient constituer une barrière dans l'accès aux traitements.

S'il faut effectivement assouplir les règles de fonctionnement des services pour s'adapter davantage aux réalités des personnes très vulnérables, il faut par ailleurs maintenir la même qualité technique et professionnelle dans la prestation des services. Les conditions d'exercice ne s'y prêtant pas toujours, des précautions doivent être prises pour préserver la confidentialité de la consultation.

Axe 2
page 33

INTÉGRER PLUSIEURS SERVICES DANS L'OFFRE FAITE AUX POPULATIONS VULNÉRABLES

En général, les personnes très vulnérables s'accommodent plus difficilement de la fragmentation des services. Les astreindre à consulter plusieurs fois pour différents problèmes accroît le risque de les perdre de vue. Quand la méfiance s'estompe à mesure qu'un climat de confiance s'installe, il est opportun d'offrir les services les plus exhaustifs possible. Ainsi, il y aurait avantage à combiner la détection des MTS, du VIH et des hépatites, la vaccination contre le VHA et le VHB, s'il y a lieu, le traitement des MTS et la notification aux partenaires dans l'offre de services faite à ces personnes.

Il arrive toutefois que les problèmes des personnes vulnérables dépassent largement les services offerts, aussi exhaustifs qu'ils puissent être. Il va de soi que tous les problèmes sociaux et de santé ne peuvent être réglés par ces services. Les MTS demeurent souvent un problème très secondaire dans la vie de ces personnes par rapport à d'autres problèmes beaucoup plus importants. Néanmoins, il faut diriger ces personnes vers les services appropriés. La mise en place de mécanismes légers d'orientation basés sur une concertation étroite des instances et des intervenants en cause devrait faciliter la tâche et assurer de cette façon la continuité des services.

Par ailleurs, il existe des programmes axés sur d'autres problèmes que les MTS, comme la violence ou la toxicomanie, mais qui touchent sensiblement les mêmes populations vulnérables. Avec la préoccupation constante de diversifier l'offre de services faite à cette population, il y aurait lieu de faire valoir le bien-fondé d'intégrer un volet sur les MTS à ces programmes.

FAVORISER L'APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE

La diversification des services auprès des populations vulnérables suppose la disponibilité d'une équipe multidisciplinaire. S'il faut penser en l'occurrence à des médecins, à des infirmières, à des psychologues et à des travailleurs sociaux, il ne faut pas négliger l'apport des intervenants communautaires. En contact quotidien avec ces populations, ils ont une expertise indéniable sur le terrain et peuvent établir les liens qui manquent parfois pour sensibiliser les populations vulnérables et les amener à utiliser les services sociosanitaires.

Dans un contexte de services réguliers, la structure du CLSC permet d'avoir plus facilement accès à une équipe multidisciplinaire. Mais dès lors qu'un service est mobile ou que l'horaire est très étendu, il est peu réaliste de penser disposer de toute une équipe à volonté; tout au plus, elle se résume à un ou deux professionnels de la santé. Il est donc important que ces derniers puissent accomplir un certain éventail d'actes, du moins pour ce qui relève des interventions de base en prévention: dépistage, prescription de tests, prélèvements, vaccination. Il faut donc trouver les mécanismes nécessaires pour que ces professionnels puissent travailler efficacement.

RÉORIENTER L'ORGANISATION DES SERVICES ET LES RESSOURCES AFFECTÉES AU DÉPISTAGE ANONYME DU VIH

Axe 2
page 34

Des services de dépistage anonyme du VIH existent depuis 1989. Tout en se voulant une mesure qui incite les personnes susceptibles d'avoir contracté le VIH à connaître leur statut sérologique, ces services constituent aussi une mesure de prévention individuelle, compte tenu de l'attention portée au *counseling* avant et après le test. Soutien à l'adoption et au maintien de comportements sécuritaires, cette offre de services va bien au-delà du simple test anti-VIH anonyme.

D'une structure initiale composée de quatre équipes spécialisées réparties à Montréal, à Québec et à Sherbrooke, les services de dépistage anonyme se sont graduellement multipliés en adoptant des formules plus légères; c'est ainsi que l'on a vu apparaître de nombreux points de services dans toutes les régions du Québec. Au fil des ans, plusieurs professionnels de la santé ont été formés à effectuer un *counseling* approprié. C'est une expertise indéniable qui peut jouer un rôle essentiel dans une intervention de prévention individualisée auprès des populations vulnérables. Présente dans toutes les régions du Québec, cette expertise est transposable en partie à d'autres types de dépistage.

Or, jusqu'à maintenant, ces services ont été peu fréquentés par les populations les plus vulnérables. Dans l'optique d'une utilisation mieux adaptée au contexte actuel, il convient donc de réorienter ces services et ces ressources vers les populations les plus vulnérables, en privilégiant différentes modalités de services et en diversifiant l'offre, de manière à s'ajuster aux habitudes, au milieu de vie et aux besoins de ces populations. Ne se présentant plus sous l'enseigne de l'anonymat – bien qu'on puisse toujours l'offrir uniquement pour le VIH –, les services de dépistage peuvent se rapporter non seulement au VIH, mais aussi aux MTS et à l'hépatite A, à l'hépatite B et à l'hépatite C, à la notification aux partenaires de personnes infectées par le VIH ou atteintes de MTS et à l'accessibilité aux traitements. Selon le cas, les services pourraient même offrir la vaccination contre le VHA et le VHB et favoriser l'application du protocole de traitement pour les MTS. À cette fin, il faudrait prévoir des mécanismes qui puissent permettre la réalisation de ces diverses interventions.

Une telle transformation en faveur de services de dépistage polyvalents pour les populations les plus vulnérables exige, de la part des intervenants, des connaissances accrues et actualisées sur ces domaines de pratique ainsi que des aptitudes à établir des liens avec ces personnes. La formation de ces intervenants devient ainsi nécessaire afin de leur offrir le soutien professionnel dont ils ont besoin pour mener à bien des interventions parfois complexes et de leur permettre d'améliorer leur capacité d'intervention.

Conclusion

Force est de constater que toutes ces années de lutte n'ont pas été vaines. Des progrès notables ont été faits pour réduire l'incidence des MTS, non sans que l'on ait dû développer des services, déployer des ressources, accroître les connaissances et l'expertise et diversifier les moyens d'intervention. S'il est possible de compter sur des acquis appréciables pour poursuivre le travail, rien n'est gagné définitivement, d'autant que le contexte de la lutte change et qu'il faut, sous certains aspects, repenser l'action afin qu'elle soit plus judicieuse et plus efficace.

Les MTS demeurent toujours un problème préoccupant : beaucoup de personnes en sont encore affectées. Si l'on veut progresser dans la lutte contre les MTS, il faut concevoir l'action, non seulement à plusieurs niveaux, mais aussi en fonction des différents stades épidémiologiques pour mettre au point des interventions plus appropriées. Des stratégies plus fines et mieux ciblées s'imposent. La diversification des mesures est nécessaire. Bien sûr, il faut conserver à la fois des mesures d'ensemble en prévention et en organisation de soins et de services pour la population générale et des mesures particulièrement destinées aux groupes vulnérables. Néanmoins, il faut privilégier certaines actions visant davantage les populations à risque, dont la notification aux partenaires, le dépistage mieux ciblé et l'adaptation des services aux personnes les plus touchées par les MTS ou particulièrement vulnérables.

Certes, la présente stratégie, établie en fonction des caractéristiques des MTS, est distincte de la stratégie de lutte contre le sida, mais les deux demeurent complémentaires. Les structures sont parentes, les orientations vont de pair. Comme il arrive souvent sur le terrain que l'on aborde conjointement les MTS et le VIH en vue d'une meilleure organisation des services et d'une offre mieux adaptée aux besoins, les deux stratégies peuvent être menées de front.

La présente stratégie québécoise de lutte contre les MTS se veut donc une réponse multiple à un problème complexe par la proposition d'actions d'ensemble et d'actions différenciées selon les MTS, les groupes ciblés et les secteurs d'activité. Visant tantôt des populations, tantôt des individus, avec une marge de manœuvre qui respecte les particularités régionales, les orientations qui y sont données précisent ce sur quoi il importe d'agir et indiquent le sens de l'action. Ce sont, pour les différents acteurs, autant de défis à relever qui sollicitent leur engagement, leur compétence et leurs initiatives. Il appartient alors aux autorités des divers paliers du réseau de concevoir sur leur propre terrain un plan d'action qui intègre les MTS, conformément au cadre proposé.

mts mts mts mts mts mts mts