

STRATÉGIE QUÉBÉCOISE DE LUTTE CONTRE L'INFECTION PAR LE VIH ET LE SIDA, L'INFECTION PAR LE VHC ET LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT

Orientations 2003-2009



STRATÉGIE QUÉBÉCOISE DE LUTTE CONTRE L'INFECTION PAR LE VIH ET LE SIDA, L'INFECTION PAR LE VHC ET LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT

Orientations 2003-2009



SERVICE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES
SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

La Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine et le sida, l'infection par le virus de l'hépatite C et les infections transmissibles sexuellement a été élaborée par la Direction de la protection de la santé publique, sous la direction de :

Horacio Arruda, M.D., directeur de la protection de la santé publique

Lise Guérard, chef de service, Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang

Coordination des travaux et rédaction

Monique Imbleau

Collaboration

Équipe de la Direction de la protection de la santé publique

Association des intervenants en toxicomanie du Québec (AITQ)

Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-sida)

Comité consultatif sur la prise en charge clinique des PVVIH

Comité consultatif sur les ITS

Comité des personnes atteintes du VIH (CPAVIH)

Direction générale des affaires médicales et universitaires

Direction générale des services à la population

Direction du programme de santé publique

Institut national de santé publique du Québec

Ministère de l'Éducation du Québec

Ministère de la Sécurité publique

Table de concertation nationale en santé publique

Table de concertation nationale en maladies infectieuses

Nous tenons à remercier tous ces groupes pour leur collaboration.

Révision linguistique

Marie-France LeBlanc

Secrétariat

Danielle Comtois

Édition

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

Message du ministre

Le sida est une des maladies les plus dévastatrices que l'humanité ait connues. Pour combattre cette pandémie, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) invite les ministères de la santé à redoubler d'efforts et à créer un cadre pour des partenariats et des actions concrètes. La contribution du Québec se traduit par une stratégie qui joint à la lutte contre le sida l'action sur l'infection par le VHC et celle sur les infections transmissibles sexuellement (ITS).

Depuis une quinzaine d'années, diverses stratégies se sont succédé pour contrer la progression du sida et des ITS. À différents moments, il a fallu adapter les actions à l'évolution des problèmes et des connaissances. Des actions particulières ont obtenu un certain succès ; il faut en tirer parti. Toutefois, des problèmes persistent ; il faut envisager certains changements. Nous amorçons aujourd'hui une nouvelle phase.

Le Programme national de santé publique définit les activités à mettre en œuvre par le réseau de la santé et des services sociaux en matière de prévention. C'est un outil indispensable pour harmoniser et renforcer les actions de santé publique. Dans ce cadre, la Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les ITS apporte une vision d'ensemble du domaine, incluant le volet des soins et des services.

Loin de tout remettre en cause avec cette nouvelle stratégie, nous voulons favoriser une meilleure cohésion des actions, une intervention plus intégrée auprès de la personne, une collaboration accrue des acteurs et une coordination plus efficace des instances pour répondre plus adéquatement aux besoins de la population et des groupes vulnérables.

Cependant, la stratégie demeure bien peu de chose sans les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux, les professionnels et les intervenants. L'apport des organismes communautaires auprès des personnes atteintes et des personnes vulnérables, en partenariat avec le réseau, reste essentiel. Le moteur de la lutte contre ces infections réside dans l'expertise précieuse de ces acteurs, leur énergie, leur engagement et leur compassion. Nous le reconnaissons. Si un cadre d'action est proposé et si des moyens sont offerts, ce sont les acteurs qui sont plus à même d'ajuster les services à la diversité des situations et de choisir les moyens les plus adéquats pour les donner.

Réduire l'incidence de l'infection par le VIH, de l'hépatite C et des ITS, inciter les personnes vulnérables à maintenir des comportements sécuritaires au regard de la sexualité et de l'injection de drogues, s'assurer que les personnes infectées reçoivent les services requis, supposent de multiples interventions sur plusieurs plans. Les défis nous attendent, il faut travailler ensemble à les relever. Je suis persuadé que nous y parviendrons.

Le ministre

Avant-propos

La Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine et le sida, l'infection par le virus de l'hépatite C et les infections transmissibles sexuellement, constitue le premier document complémentaire du Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP)¹. Plus que les activités de santé publique de base dans ce domaine, le document présente une vision d'ensemble des problèmes relatifs à ces infections. Tous les acteurs y sont considérés, dont les organismes communautaires, de même que toutes les fonctions essentielles de santé publique : la surveillance, la prévention des infections, la promotion et la protection de la santé. Des fonctions de soutien relatives à la recherche et développement et au maintien des compétences s'y ajoutent. Enfin, une attention particulière est portée aux soins et aux services.

Il ne faut pas s'étonner qu'on se préoccupe tant de ces infections. On oublie facilement qu'elles sont transmissibles mais évitables et que leurs conséquences peuvent être lourdes. L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est encore incurable malgré les progrès des thérapies. L'hépatite C peut évoluer vers une cirrhose ou un cancer du foie. Certaines ITS bactériennes peuvent causer l'infertilité ; certaines autres de nature virale peuvent être associées à des cancers de la région génitale. Si, dans pareil contexte, des soins et des services de qualité sont nécessaires, on ne saurait trop insister sur l'importance d'agir en amont afin d'éviter la transmission des infections et les conséquences.

Malgré des efforts soutenus, des problèmes de santé publique persistent. C'est l'occasion de revoir la situation. La stratégie vise à consolider certains acquis, à transformer des façons de faire pour répondre davantage aux besoins et à insuffler un nouvel élan pour intensifier certaines mesures.

Cette stratégie est le fruit d'un travail de réflexion, d'évaluation et de consultation. Des acteurs de toutes les régions et des experts en diverses disciplines ont collaboré à cette démarche. Je tiens à remercier toutes ces personnes qui ont donné de leur temps et qui ont travaillé avec compétence pour enrichir cette démarche.

Cette stratégie s'adresse aux gestionnaires, aux professionnels et aux intervenants, tant du réseau de la santé et des services sociaux que des organismes communautaires, ainsi qu'aux différents partenaires en cause et à toute personne intéressée par ces problèmes. Plus que tout, elle se veut un outil de mobilisation pour le réseau de la santé et des services sociaux, pour les organismes communautaires et pour la population, afin que l'action soit mieux coordonnée en fonction des besoins de la population, que les partenaires soient sensibilisés à la gravité des problèmes et qu'il y ait d'autres acteurs et d'autres interventions pour faire des pas de plus.

Loin de faire table rase des expériences acquises, la stratégie vise à les mettre davantage à profit, à utiliser la force du réseau et à favoriser la vitalité des acteurs pour poursuivre la lutte contre ces infections.

Le directeur national de santé publique

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
1 CONTEXTE EN ÉVOLUTION	3
1.1 L'INFECTION PAR LE VIH ET LE SIDA : DES APPARENCES TROMPEUSES	3
<i>Le nombre de cas de sida en diminution : le succès de la trithérapie, mais...</i>	3
<i>Le nombre de PVVIH en augmentation : une progression silencieuse.....</i>	3
<i>Les comportements sécuritaires : des résultats, mais des signes de relâchement</i>	4
<i>Les traitements : des progrès, mais beaucoup d'incertitudes.....</i>	5
<i>Une prise en charge clinique complexe.....</i>	6
<i>Des besoins de soutien psychosocial</i>	6
1.2 L'INFECTION PAR LE VHC : DES BESOINS CROISSANTS.....	7
<i>Un nombre important de personnes infectées par le VHC</i>	7
<i>La situation alarmante de l'infection par le VHC chez les UDI.....</i>	8
<i>Des considérations notables sur la prise en charge des personnes infectées</i>	8
1.3 LES ITS EN AUGMENTATION.....	9
<i>Les ITS : une ampleur sous-estimée</i>	9
<i>Des populations plus touchées que d'autres.....</i>	10
<i>L'augmentation des ITS : un phénomène très préoccupant.....</i>	11
<i>Des conséquences déplorables</i>	11
<i>Des infections qui peuvent être traitées.....</i>	12
2 DÉFIS ET ENJEUX	13
2.1 LA COMBINAISON DE STRATÉGIES EN PRÉVENTION.....	13
<i>Les perceptions envers le VIH, des effets possibles sur les ITS.....</i>	13
<i>Du risque à la vulnérabilité.....</i>	13
<i>Des interventions variées et complémentaires : un certain dosage.....</i>	14
2.2 L'ADAPTATION DES SERVICES AUX PERSONNES VULNÉRABLES	15
<i>Le VIH : de nouveaux besoins</i>	15
<i>Le VHC : des besoins grandissants</i>	17
<i>Les ITSS : un dépistage mieux ciblé</i>	17
2.3 LA CAPACITÉ DE MENER DES ACTIONS DE PARTENARIAT : DE LA PAROLE AUX ACTES	18
<i>La notion.....</i>	18
<i>Des initiatives</i>	18
<i>Des pas de plus.....</i>	19
3 ORIENTATIONS	21
1 ^{RE} STRATÉGIE : RENFORCER LE POTENTIEL DES PERSONNES	22
2 ^E STRATÉGIE : SOUTENIR LES GROUPES VULNÉRABLES	27
3 ^E STRATÉGIE : ENCOURAGER LE RECOURS AUX PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES EFFICACES	30
4 ^E STRATÉGIE : METTRE SUR PIED DES MESURES PARTICULIÈRES DE PRÉVENTION.....	31
5 ^E STRATÉGIE : SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS.....	32
6 ^E STRATÉGIE : VOIR À UNE PRISE EN CHARGE ADÉQUATE DES PERSONNES INFECTÉES.....	33
7 ^E STRATÉGIE : PARTICIPER AUX ACTIONS INTERSECTORIELLES FAVORISANT LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE	35
8 ^E STRATÉGIE : CONSOLIDER LA SURVEILLANCE ET LA VIGIE AINSI QUE LES FONCTIONS DE SOUTIEN	35

4	MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE	41
4.1	LES ACTEURS : LA FORCE DU RÉSEAU	41
	<i>Le Ministère.....</i>	<i>41</i>
	<i>Les instances régionales.....</i>	<i>41</i>
	<i>Les CLSC et les cabinets privés.....</i>	<i>42</i>
	<i>Les UHRESS, les CH et les cliniques privées spécialisées</i>	<i>42</i>
	<i>Les organismes communautaires.....</i>	<i>43</i>
	<i>L'INSPQ.....</i>	<i>43</i>
	<i>Les milieux de la recherche</i>	<i>44</i>
	<i>Les partenaires</i>	<i>44</i>
4.2	LA DYNAMIQUE	44
	<i>Un outil.....</i>	<i>44</i>
	<i>Des façons de faire</i>	<i>45</i>
	CONCLUSION.....	47
	NOTES BIBLIOGRAPHIQUES	49
	ANNEXE A.....	53
	<i>CARACTÉRISTIQUES DES GROUPES VULNÉRABLES</i>	<i>54</i>
	ANNEXE B.....	57
	<i>OBJECTIFS SOCIO-SANITAIRES DU PNSP EN MATIÈRE DE VIH ET DE SIDA, DE VHC ET D'ITS.....</i>	<i>58</i>

Liste des principaux sigles

AITQ :	Association des intervenants en toxicomanie du Québec
COCQ-sida :	Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida
CQRS :	Conseil québécois de recherche sociale
FQRSC :	Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture
HRSH :	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
INSPQ :	Institut national de santé publique du Québec
ITS :	Infection transmissible sexuellement, qui remplace MTS, maladie transmissible sexuellement
ITSS :	Infection transmissible sexuellement et par le sang
MADO :	Maladie à déclaration obligatoire
PAL :	Plan d'action local
PAR :	Plan d'action régional
PNSP :	Programme national de santé publique 2003-2012
PVVIH :	Personne vivant avec le VIH
SIDEP :	Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS
UDI :	Utilisateur de drogues par injection
UHRESS :	Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida
VHA :	Virus de l'hépatite A
VHB :	Virus de l'hépatite B
VHC :	Virus de l'hépatite C
VHS :	Virus de l'herpès simplex
VIH :	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH :	Virus du papillome humain

Introduction

Les problèmes relatifs à l'infection par le VIH, à l'infection par le VHC et aux ITS sont loin d'être statiques. Depuis la publication de la phase 4 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, en 1997², et de la publication de la Stratégie québécoise de lutte contre les MTS³, en 2000, la situation a changé. Des améliorations importantes ont été obtenues dans le traitement contre l'infection par le VIH et contre l'hépatite C. Des technologies relativement récentes pour la détection des ITS ont apporté de nouvelles perspectives d'intervention. Des efforts soutenus ont été consacrés en prévention. Malgré cela, un nombre appréciable de personnes continuent d'être infectées par le VIH chaque année, un nombre croissant de cas d'infection par le VHC sont détectés, surtout parmi les utilisateurs de drogues par injection (UDI), et de plus en plus de cas d'ITS sont rapportés. La situation est inquiétante. Les problèmes de santé publique persistent.

Ce n'est pas surprenant. Il s'agit de problèmes complexes, instables, qui affectent principalement des groupes socialement vulnérables, souvent moins touchés par les interventions de prévention. De plus, l'action sur ces problèmes suppose l'engagement d'une multiplicité d'acteurs de champs de pratique différents. Enfin, des changements dans les façons de faire sont envisagés, ce qui demande du temps et des efforts soutenus.

Une enquête⁴ a été effectuée, en 2001, auprès des acteurs directement engagés au niveau régional dans la mise en œuvre de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida (phase 4) et de celle sur les ITS. S'il existe un certain consensus sur les grandes orientations en matière de prévention du VIH, de l'hépatite C et des ITS ainsi qu'en matière d'accès aux soins et aux services pour les personnes infectées, des difficultés sont rapportées dans leur mise en application et dans la mise en œuvre des plans d'actions régionaux. Les acteurs déplorent notamment le peu de ressources à leur disposition, leur capacité réduite d'orienter les efforts des acteurs locaux et le manque de leadership des instances régionales et nationales de santé publique dans le dossier. L'occasion est propice pour revoir les choses.

La présente stratégie s'inscrit dans la continuité des précédentes, prend appui sur les acquis des nombreuses années de lutte contre le sida et les ITS et inclut la lutte contre l'hépatite C. Elle poursuit la voie de la promotion de la santé, prévoit un soutien plus grand à l'approche de réduction des méfaits et apporte des précisions sur l'action dans les différents secteurs. Tout comme les précédentes, elle vise à :

- réduire l'incidence des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ;
- rendre accessible des soins et des services de qualité ;
- créer un environnement social favorable à la prévention des ITSS, dans le respect des droits de la personne.

Cependant, il s'agit tout de même, à certains égards, d'une proposition d'action différente dans laquelle on tient compte des nouvelles réalités et on met l'accent sur certaines mesures afin de contrer les signes de relâchement des comportements sécuritaires, de

briser la chaîne de transmission des ITS, de répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et de voir à offrir les soins et les services requis aux personnes infectées par le VHC.

La nouvelle stratégie réunit l'action sur l'infection par le VIH, celle sur l'infection par le VHC et celle sur les ITS. Cela présente des avantages. Ces infections touchent des groupes semblables, et la présence simultanée de plusieurs ITSS est de plus en plus observée chez les personnes. L'intervention, qu'elle soit de promotion des comportements sécuritaires ou de dépistage, est commune et se fait dans des milieux similaires. Enfin, ce sont des ressources de même type qui sont demandées et les mêmes partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et d'autres réseaux (réseau de l'éducation, réseau communautaire) qui sont sollicités. Il en va d'une offre de service moins fragmentée et d'une meilleure utilisation des ressources.

Complémentaire au PNSP, la nouvelle stratégie reprend, pour le domaine des ITSS, les objectifs de celui-ci, soit *la modification des déterminants de la santé et du bien-être, l'amélioration de la santé ou du bien-être, ou la réduction des problèmes de santé, des problèmes psychosociaux et des traumatismes* ainsi que les stratégies d'actions suivantes :

- *renforcer le potentiel des personnes*¹ ;
- *soutenir le développement des communautés* ;
- *participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être* ;
- *soutenir les groupes vulnérables* ;
- *encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces*.

Tout comme le PNSP, la stratégie s'inscrit dans la Politique de la santé et du bien-être et s'articule autour d'autres politiques ministérielles, selon que des orientations et des actions supposent la collaboration d'autres secteurs (exemple : toxicomanie^{5,6}, jeunes en difficulté⁷), afin d'accroître la concertation intersectorielle.

Ce document présente, en premier lieu, le contexte dans lequel s'inscrit la lutte contre ces infections. À partir des connaissances actuelles en matière de VIH, de VHC et d'ITS et de l'état des problèmes, des constatations sont faites. En deuxième lieu, les grands enjeux en matière de prévention, d'organisation de soins et de services ainsi que de fonctionnement sont présentés. En troisième lieu, sont exposées les différentes activités qui devraient être réalisées, eu égard aux orientations, aux stratégies, aux groupes visés et aux activités de soutien. Enfin, la mise en œuvre de la stratégie est abordée sous l'angle de la dynamique de fonctionnement ainsi que sous celle du rôle et des responsabilités des acteurs.

1 Contexte en évolution

L'infection par le VIH, l'infection par le VHC et les ITS se transmettent sensiblement de la même façon, soit par le sang, les relations sexuelles et de la mère à l'enfant. Certaines sont d'étiologie virale : l'infection par le VIH, l'infection par le VHC, l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB), l'infection génitale au virus de l'herpès simplex (VHS) et l'infection par le virus du papillome humain (VPH), dont l'une des manifestations cliniques est couramment appelée condylomes. D'autres sont d'étiologie bactérienne, comme l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, ou chlamydie génitale, la gonorrhée et la syphilis. Il en est de même de ces infections plus rares : le lymphogranulome vénérien, le chancre mou et le granulome inguinal.

Afin d'améliorer l'action dans ces domaines, il convient d'examiner là où l'action peut être intégrée sans perdre de vue les caractéristiques propres de chacun des problèmes.

1.1 L'infection par le VIH et le sida : des apparences trompeuses

La réalité de l'infection par le VIH et du sida n'est plus tout à fait la même. La situation n'est plus considérée comme aussi menaçante. Mais qu'en est-il ?

Le nombre de cas de sida en diminution : le succès de la trithérapie, mais...

Au Québec, jusqu'à l'entrée en vigueur du règlement rendant obligatoire la déclaration de l'infection par le VIH en avril 2002, seul le sida – le stade avancé de l'infection par le VIH – était à déclaration obligatoire. Ainsi, depuis le début de l'épidémie, au milieu des années 1980, 6003 cas⁸ de sida ont été déclarés au Québec au 30 juin 2003. Parmi ceux-ci, 4 932⁹ décès causés par le sida avaient été dénombrés à la fin de 2002. Les déclarations de cas de sida ont chuté depuis 1995, quoique de façon moins marquée ces dernières années. Le nombre de décès dus au sida a également diminué.

Déjà, avant l'apparition des traitements plus efficaces contre l'infection par le VIH, au milieu des années 1990, il pouvait s'écouler jusqu'à plus de dix ans entre le moment où l'infection par le VIH est contractée et l'apparition de conditions indicatrices de sida. Depuis, ces traitements permettraient dans plusieurs cas de retarder davantage l'apparition du sida. C'est dire les sérieuses limites des données sur les cas déclarés de sida à refléter la situation actualisée de l'infection par le VIH.

Le nombre de PVVIH en augmentation : une progression silencieuse

Les données sur la déclaration obligatoire du VIH sont trop récentes et trop partielles pour donner une idée juste du nombre de PVVIH. Toutefois, les dernières estimations de Santé Canada¹⁰ montrent que le nombre de PVVIH aurait augmenté ; il y avait environ 18 000 PVVIH au Québec à la fin de 2002¹¹ par rapport à près de 13 500 à la fin de 1996. Selon les mêmes estimations, il y aurait eu de 800 à 1 500 nouvelles infections par le VIH pour 2002, estimations analogues à celles faites pour l'année 1996. Il faut voir que la

diminution du nombre de décès sans diminution des nouvelles infections conduit vraisemblablement à une augmentation d'année en année du nombre de PVVIH au Québec.

Tableau 1 Estimation de la prévalence de l'infection par le VIH et étendue d'incertitude à la fin de 2002¹¹ par catégorie d'exposition – province de Québec

Catégorie d'exposition					
Homme homosexuel	Homme homosexuel et UDI	UDI	Contact hétérosexuel/ pays endémique	Facteurs de coagulation/transfusion	Total
10 500 ⁱ (8 000 – 13 000) (58 %)	800 (500 – 1 100) (4,4 %)	4 000 (3 000 – 5 000) (22 %)	2 500 (1 500 – 3 500) (14 %)	100 (50 – 150) (0,5 %)	18 000 (14 000 – 22 000)

La transmission du VIH peut se faire par voie sexuelle, par voie sanguine de même que de la mère infectée à l'enfant au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement. Des 18 000 PVVIH estimées à la fin de 2002, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH) continueraient, en nombre absolu, à être le groupe le plus touché, représentant 58 % des cas¹¹. Les UDI correspondraient à 22 % des PVVIH, et ceux qui présentent les caractéristiques de la catégorie des HRSH et des UDI réunis regrouperait 4,4 % des cas. Quant aux personnes ayant des contacts hétérosexuels ou étant originaires de pays où l'infection est endémique (principalement des Caraïbes et des pays d'Afrique), elles constitueraient 14 % des cas. Cependant, selon les estimations de Santé Canada, pour 2002, c'est parmi les UDI que se trouverait une plus grande proportion des nouvelles infectionsⁱⁱ au Québec. Par ailleurs, les données de surveillance du VIH au Canada indiquent que la proportion de femmes adultes vivant avec le VIH parmi les PVVIH aurait progressé, passant de 11 % en 1985 à 25,4 % en 2002¹⁰. Actuellement, il n'y a pas de données qui permettraient de croire que le Québec échapperait à cette tendance.

Outre le fait que le nombre de PVVIH augmente, il faut considérer que plusieurs de ces personnes se trouvent en meilleure forme physique et sont possiblement plus actives, tant au plan professionnel qu'aux plans social et sexuel, et ce, grâce aux progrès importants dans le traitement de l'infection. D'autre part, selon les estimés de Santé Canada, environ 30 % des PVVIH ignoreraient leur statut¹² sérologique.

Les comportements sécuritaires : des résultats, mais des signes de relâchement

Il est difficile de connaître les effets de l'arrivée des multithérapies sur l'abandon ou le maintien des comportements sexuels sécuritaires dans la population en général, eu égard à l'espoir de guérison qu'elles peuvent susciter ou à la possibilité de recours à une prophylaxie post-exposition. Néanmoins, on observe ces dernières années une augmentation du nombre de cas déclarés des ITS qui ne peuvent être prévenues par

ⁱ Les estimations ponctuelles et les étendues d'incertitudes associées sont arrondies.

ⁱⁱ Cette tendance est quelque peu différente pour l'ensemble du Canada, où ce sont les HRSH qui présentent une plus grande proportion de nouvelles infections¹².

immunisationⁱⁱⁱ et une augmentation¹³ des comportements sexuels à risque chez les HRSH de Montréal participant à la cohorte Oméga^{iv}, quoique la très grande majorité des participants, plus de 80 %, utilisent toujours le condom avec des partenaires autres que réguliers connus comme séronégatifs. Toutefois, chez les UDI du réseau SurvUDI^v, on remarque, ces dernières années, une diminution^{vi} d'emprunt de seringues souillées¹⁴. Il n'en demeure pas moins que les risques de transmission par voie parentérale du VIH, et plus particulièrement du VHC, sont très élevés^{15, 16}. Ces conditions placent donc les UDI parmi les personnes les plus susceptibles d'être ou de devenir infectées par le VIH ou le VHC.

La situation d'ensemble constatée d'ailleurs dans de nombreux pays industrialisés est très préoccupante.

Les traitements : des progrès, mais beaucoup d'incertitudes

Point n'est besoin d'insister sur les effets bénéfiques des traitements de l'infection par le VIH, si ce n'est pour faire valoir la diminution de l'incidence des infections opportunistes, l'amélioration de l'état de santé des patients, l'augmentation de l'espérance de vie et de la qualité de vie, la réduction de la transmission du VIH de la mère infectée à l'enfant, ainsi que la réduction du nombre d'hospitalisations reliées au sida. D'une certaine manière, ces progrès indéniables ont rendu le sida moins visible et, en conséquence, la menace moins apparente.

Pourtant, l'infection par le VIH demeure une maladie grave, incurable en dépit des traitements antirétroviraux plus efficaces. Aucun vaccin contre le VIH n'est à prévoir à court terme. On rapporte d'ailleurs de plus en plus de complications métaboliques associées à ces thérapies et à leur usage prolongé, notamment diverses anomalies du métabolisme des glucides et des lipides pouvant favoriser les maladies cardiovasculaires, une déminéralisation des os, sans oublier les effets secondaires plus généraux de la médication (nausées, fatigue, diarrhée, etc.) ainsi que de la lipodystrophie (redistribution des graisses corporelles).

De plus, l'usage grandissant des thérapies antirétrovirales, accompagné de problèmes d'observance dans la prise de ces médicaments, peut amener le VIH à développer diverses formes de résistance aux traitements. Il peut en découler une perte d'efficacité individuelle des traitements et une possibilité de transmission de souches résistantes. On constate également, chez les PVVIH, de la mortalité et de la morbidité non reliées au VIH, mais plutôt aux complications et aux effets secondaires de la thérapie ou à d'autres maladies

iii Actuellement, seule l'hépatite B peut être prévenue par immunisation.

iv La cohorte Oméga, qui vient de terminer ses activités, était composée de 1 900 hommes gais séronégatifs de Montréal. On a suivi ceux-ci pendant sept ans pour mieux comprendre la transmission du VIH dans ce groupe.

v Il s'agit d'un réseau de surveillance des infections par le VIH, en activité depuis 1995, dans différents centres d'accès aux seringues du Québec et de la région d'Ottawa.

vi La tendance à la baisse observée va de 43 %¹³ des UDI qui empruntent des seringues souillées en 1995 à 32,6 % en 2002.

telles que l'hépatite C. Indéniablement, des incertitudes subsistent quant aux risques à long terme de ces traitements dits hautement efficaces.

Une prise en charge clinique complexe

La prise en charge clinique des PVVIH, devenue de plus en plus complexe, comporte des coûts humains, des coûts sociaux et des coûts de santé importants^{vii}. L'évolution rapide des connaissances sur le VIH, les options thérapeutiques en constante transformation, la toxicité des traitements pour le patient, les échecs thérapeutiques, l'introduction de nouveaux tests pour le suivi clinique des patients (p. ex. : tests de génotypage et de phénotypage, mesure de la concentration plasmatique des antirétroviraux) ainsi que leur interprétation sont autant d'éléments qui incitent les cliniciens à faire appel à l'expertise médicale spécialisée pour le suivi des patients.

Que dire des infections conjointes au VHC, au VHB et à certaines ITS, si ce n'est que cela complique de manière importante le traitement, augmente les coûts et réduit parfois l'efficacité des traitements. Il faut noter qu'environ 72 % des UDI infectés par le VIH le sont aussi par le VHC¹⁷. Peu d'entre eux ont accès au traitement de l'hépatite C, souvent parce qu'ils ne répondent pas aux conditions de traitement, comme l'arrêt souhaitable de consommation d'alcool, ou parce qu'il est difficile de traiter des personnes intoxiquées par des drogues. Plus souvent qu'autrement, c'est l'équipe multidisciplinaire spécialisée en VIH dans les unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS) ou les cliniques privées spécialisées qui les reçoivent, les prennent en charge et sollicitent la collaboration d'hépatologues.

En outre, beaucoup de patients éprouvent des difficultés relatives à la prise des médicaments. Le nombre important de comprimés, dans certains cas, l'horaire et les modalités de prise fort variés, l'observance presque absolue du traitement accompagné parfois d'effets indésirables significatifs, supposent de la part du patient un minimum d'organisation personnelle. Il faut comprendre que de plus en plus de PVVIH sont aux prises avec plusieurs problèmes (toxicomanie, maladie mentale, itinérance, etc.) et que plusieurs d'entre elles ne sont pas toujours en mesure d'adopter un régime de vie optimal pour le succès attendu de ces traitements.

Des besoins de soutien psychosocial

L'infection par le VIH comporte des enjeux psychosociaux particuliers. Les populations principalement touchées, les HRSH et les UDI, sont souvent marginalisées. Des attitudes et des comportements homophobes persistent dans la population, en dépit des multiples actions visant l'acceptation de l'homosexualité et d'une certaine amélioration de la situation¹⁸. Les mesures de coercition appliquées à la consommation de drogues forcent les UDI à la clandestinité, et ceux-ci sont ainsi vus comme des délinquants. Il existe toujours des formes de discrimination et de stigmatisation envers les groupes les plus vulnérables.

vii En termes de coûts, les antirétroviraux des bénéficiaires inscrits au régime public d'assurance médicaments représentaient 25,7 millions en 1998 et 34,2 millions en 2001.

Ce sont autant de situations génératrices de souffrance, d'expériences douloureuses, de rejet et de solitude pour les personnes.

Les besoins en matière de soutien psychosocial évoluent. Il s'agit moins actuellement de soutien en fin de vie que de mesures facilitant la vie avec le VIH.

1.2 L'infection par le VHC : des besoins croissants

Étant une infection essentiellement transmissible par le sang, le VHC se contracte ainsi beaucoup plus facilement que le VIH. Quant au risque de transmission du VHC par voie sexuelle, il est actuellement considéré comme très faible. Il faut souligner que le risque de transmission associé à l'administration de sang ou de produits sanguins et à la greffe d'organes ou de tissus est aujourd'hui extrêmement faible en raison des techniques nettement plus sûres de dépistage des dons de sang, d'organes et de tissus. Reste que le partage de matériel pour l'injection de drogues demeure le mode de transmission le plus fréquent du VHC, et une grande proportion d'UDI seraient infectés.

Le VHC a été identifié en 1989. Il s'agit d'une infection insidieuse et lente qui évolue de façon variable et qui peut présenter des complications graves à long terme. Environ 85 % des cas d'infection par le VHC évoluent vers une infection chronique, et ce, très souvent, sans symptômes apparents. Environ 20 % des infections chroniques évolueraient vers une cirrhose après 20 ans, et le risque de cancer serait d'environ 1 % à 4 % par année chez ces personnes. Depuis quelques années, l'hépatite C est la principale cause de greffes hépatiques au Canada.

Un nombre important de personnes infectées par le VHC

L'ampleur exacte du problème reste encore mal connue. Au Québec, au début du Programme d'intervention auprès des personnes infectées par le VHC^{viii}, en 1999, on estimait qu'il y avait entre 40 000 et 50 000 personnes infectées⁴².

Depuis avril 2002, l'infection par le VHC a été ajoutée à la liste des maladies à déclaration obligatoire (MADO) par les laboratoires. Auparavant, seuls les médecins étaient tenus de déclarer ces cas. Cette modification devrait permettre de mieux connaître la situation de l'infection par le VHC. Au Québec, depuis 1997, 11 000 cas d'infection par le VHC ont été déclarés au fichier MADO dont la majorité, chez le groupe des 30 à 49 ans. Cependant, l'âge des cas d'infection récente (cas incidents) se situe plutôt dans le groupe des 20 à 39 ans.

viii Depuis août 1999, le Programme québécois d'intervention auprès des personnes infectées par le VHC vise à sensibiliser l'ensemble des personnes qui pourraient être infectées par le VHC, quelle que soit la façon dont elles l'ont contracté, à leur offrir à toutes les soins et les services appropriés ainsi que les conseils de prévention, à retrouver celles qui étaient susceptibles d'avoir été infectées par le système d'approvisionnement en sang et à accorder une aide financière, à titre humanitaire pour certaines d'entre elles. L'aide financière au Québec est accordée aux personnes infectées à la suite d'une transfusion reçue avant 1986 et entre le 1^{er} juillet 1990 et le 28 septembre 1998. En mai 2003, 987 de ces personnes avaient vu leur demande d'aide financière acceptée.

Étant donné que cette infection peut être asymptomatique pendant 20 ou 30 ans, il n'est pas étonnant d'apprendre que, selon les meilleures estimations, environ 70 %¹⁵ des personnes infectées ignoreraient leur état. Au fil des ans, il y aura très certainement un nombre plus important de personnes souffrant d'hépatite C chronique.

La situation alarmante de l'infection par le VHC chez les UDI

Le contrôle de l'infection par le VHC dans certaines populations présente des défis importants. Il est reconnu que la majorité des nouveaux cas touchent principalement des UDI. En 1999, 72 % des UDI de la cohorte de l'Hôpital Saint-Luc^{ix} étaient infectés par le VHC¹⁷. Les personnes incarcérées sont aussi souvent infectées par le VHC, en raison non seulement de l'usage de drogues, mais aussi possiblement de pratiques de tatouage et de perçage avec du matériel contaminé.

La transmission du VHC au moyen de matériel de préparation et d'injection de drogues étant plus facile que pour le VIH^x, les moyens mis en place pour prévenir la transmission du VIH pourraient ne pas être suffisants pour prévenir efficacement la transmission du VHC. Ainsi, les interventions qui précèdent l'usage de drogues et le passage à l'injection ou qui sont faites le plus rapidement possible après l'usage de drogues ou le passage à l'injection auprès des toxicomanes ou des jeunes prennent toute leur importance.

Des considérations notables sur la prise en charge des personnes infectées

Le suivi clinique doit être adapté d'une personne à une autre, selon l'évolution de l'infection par le VHC. S'il n'y a pas de lignes directrices claires sur le suivi des patients infectés chez qui l'acide ribonucléique (ARN) du VHC reste indétectable, soit environ 15 %, il reste tout de même près de 85 % des personnes infectées pour qui l'infection est chronique et qui requièrent un suivi à long terme afin de déterminer l'évolution clinique de l'infection et le pronostic. Avant que la maladie devienne sévère, la prise en charge des patients infectés par le VHC se fait en première ligne par l'examen clinique, le bilan sanguin initial, les mesures sériées des transaminases hépatiques, les conseils de prévention pour éviter d'aggraver l'atteinte hépatique et pour réduire le risque de transmission. Il n'est pas certain que la première ligne soit fin organisée pour l'arrivée d'un plus grand nombre de cas dont plusieurs sont des utilisateurs de drogues encore actifs.

En outre, il faut envisager le recours à des soins et des services spécialisés afin de poursuivre l'investigation et d'évaluer la pertinence d'une biopsie hépatique et d'un traitement antiviral. Il s'agit d'une prise en charge clinique relativement complexe qui suppose l'accès à des services de soutien diagnostique. Si, de surcroît, les personnes sont infectées par le VIH, la prise en charge clinique devient encore plus complexe.

ix La cohorte de l'Hôpital Saint-Luc est composée d'UDI qui sont actifs ou qui ont fait usage de drogues dans le dernier mois. De 1992 à 2001, on dénombre 1 986 UDI.

x Selon Roy et autres, 15,2 % des jeunes de la cohorte des jeunes de la rue de Montréal avaient des anticorps anti-VHC alors que 0,75 % avaient des anticorps contre le VIH¹⁶.

La thérapie antivirale pour le traitement de l'hépatite C peut démontrer une certaine efficacité à contrôler la virémie chez certains patients. La progression de l'infection peut ainsi se trouver arrêtée, évitant l'évolution vers la cirrhose hépatique, le cancer et la greffe du foie. Il est clair que l'accès au dépistage et au traitement est crucial pour éviter que l'état de santé des personnes infectées par le VHC se détériore. Le traitement n'est toutefois pas indiqué dans tous les cas. Il comporte des effets secondaires suffisamment importants pour justifier parfois son arrêt.

Enfin, il faut considérer que des personnes atteintes d'hépatite C, dont plusieurs présentent des problèmes de toxicomanie, peuvent avoir besoin de services psychosociaux, professionnels ou communautaires adaptés.

1.3 Les ITS en augmentation

Quand on aborde le sujet des ITS, ce qui saute aux yeux, ce sont non seulement les différents types d'infections, mais l'ampleur du problème qui affecte une large population et qui se traduit par un grand nombre de cas.

Les ITS : une ampleur sous-estimée

Depuis des décennies, le système MADO^{xi} donne une mesure de l'ampleur des cas d'ITS bactériennes. Ainsi, pour l'année 2001, la chlamydie génitale représentait à elle seule 40 % de toutes les MADO au Québec. Par ailleurs, exclus de ce système, l'herpès génital et l'infection au VPH seraient encore plus largement répandus^{19, 20} dans la population : on estime^{xii} en général que la prévalence de ces infections se situerait aux alentours de 20 %, tout en reconnaissant que cela peut varier considérablement selon l'âge et les populations étudiées^{21, 22}.

xi Certaines ITS en font partie (la chlamydie génitale, la gonorrhée, la syphilis, l'hépatite B, le lymphogranulome vénérien, le chancre mou et le granulome inguinal) en raison de leur fréquence, de la possibilité de complications sérieuses d'une infection non traitée et de la possibilité d'offrir une intervention préventive.

xii Le VPH et le VHS, qui ne sont pas des maladies à déclaration obligatoire, ont fait l'objet de peu d'études de prévalence au Canada ou au Québec.

Tableau 2 Nombre de cas déclarés d'infections transmissibles sexuellement au Québec, par année, de 1996 à 2002²³

Année	Chlamydieuse génitale	Gonorrhée	Syphilis		Hépatite B	
			Acquisition récente (< 1 an)	Acquisition antérieure	Aiguë	Chronique ou non précisée
1996	6 675	478	11	48	279	1 269
1997	6 461	556	9	34	226	1 262
1998	7 245	495	3	39	177	1 116
1999	7 999	624	5	21	165	1 134
2000	8 747	673	6	21	182	1 114
2001	10 201	831	15	34	96	1 198
2002	11 131	880	48	37	99	1 124
Total	58 459	4 537	97 ^{xiii}	234	1 124	8 217

Même si les données du système MADO sont très utiles pour établir l'ampleur du problème des ITS et en suivre l'évolution, elles sous-estiment vraisemblablement la situation réelle. Ainsi, 40 150 cas de chlamydieuse génitale, de gonorrhée et de syphilis ont été déclarés au Québec de 1996 à 2000 ; au cours de la même période, 100 131 personnes, soit plus du double, ont bénéficié du Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement²⁴. De plus, comme pour l'infection par le VIH et l'hépatite C, il faut réaliser que les ITS sont souvent asymptomatiques et que toutes les personnes à risque ne recourent pas systématiquement aux services de dépistage des ITSS. Un grand nombre de personnes peuvent donc être infectées sans le savoir.

Des populations plus touchées que d'autres

Plus que l'infection par le VIH, les ITS sont largement répandues dans la population en général. La majorité des cas déclarés de chlamydieuse génitale (72 %) touchent les femmes, probablement parce que ces dernières consultent plus fréquemment un médecin que les hommes, notamment à propos de la contraception, et qu'elles auraient ainsi plus de possibilités d'avoir accès au dépistage. Il est donc reconnu que la fréquence de cette infection chez les hommes est largement sous-estimée. Par ailleurs, près de 70 %²⁴ des cas déclarés de chlamydieuse génitale se trouvent chez des jeunes âgés de 15 ans à 24 ans.

D'autre part, la majorité des cas déclarés d'infections gonococciques touchent des hommes (80 %), surtout parmi le groupe des 20 à 29 ans. Plus de la moitié d'entre eux seraient des HRSB, ce qui est une nette surreprésentation de cette population²⁵. Enfin, une

xiii En 2002, le nombre de cas de syphilis infectieuses déclarés est de 48, soit presque le même nombre que l'ensemble des cas déclarés entre 1996 et 2001.

éclosion de syphilis a été observée chez les hommes de la région de Montréal-Centre depuis la fin de 2000, principalement parmi les HRSH.

Enfin, les populations autochtones du nord du Québec présentent aussi des taux d'incidence de chlamydie génitale et d'infections gonococciques très élevés, jusqu'à dix fois plus²³ que dans l'ensemble du Québec.

L'augmentation des ITS : un phénomène très préoccupant

Après une diminution régulière, le taux d'incidence de la chlamydie génitale déclarée a augmenté de 53 % entre 1997 et 2001²³. La tendance se poursuit en 2002 et 2003^{xiv}. L'utilisation de techniques diagnostiques plus performantes et moins invasives ne peut à elle seule expliquer cette situation. Une hausse du taux d'incidence de 63 % (de 6,6 à 10,8 par 100 000 personnes) de la gonorrhée déclarée a aussi été observée entre 1998 et 2001. Bien que cette hausse affecte aussi les femmes, elle est particulièrement marquée chez les hommes, dont les HRSH. Quant à la syphilis infectieuse, l'éclosion prend de l'ampleur à Montréal, et de nouveaux cas commencent à être rapportés plus souvent à l'extérieur de la région de Montréal. Seul le nombre de cas d'hépatite B aiguë diminue constamment d'année en année. Celui-ci a en effet diminué de 66 % entre 1996 et 2001. C'est qu'il existe actuellement un vaccin reconnu efficace. Ce vaccin fait d'ailleurs partie du calendrier de vaccination au Québec chez les enfants de 4^e année et est offert aux groupes à haut risque d'infection.

Tous ces éléments semblent converger vers une réelle accélération de l'épidémie des ITS au Québec, de même que ce qui est observé notamment aux États-Unis et en Europe.

Des conséquences déplorables

Il n'est pas banal de contracter une ITS. Non traitée ou traitée tardivement, une chlamydie génitale ou une infection gonococcique peut mener à des complications telles qu'une atteinte inflammatoire pelvienne, des douleurs pelviennes chroniques, une grossesse ectopique ou l'infertilité. Il est aussi de plus en plus reconnu que certains cancers ano-génitaux, notamment ceux du col de l'utérus et de l'anus, sont causés par certains types de VPH. Enfin, il ne faut pas oublier que certaines ITS peuvent aussi être transmises d'une mère infectée au nouveau-né avec des conséquences parfois désastreuses (ex. : syphilis congénitale, herpès néonatal).

D'un point de vue psychosocial, l'infertilité a des répercussions importantes sur les personnes, les couples et la société. Il suffit de penser aux recours aux nouvelles technologies de reproduction, qui sont parfois pénibles, coûteuses et multiples, ainsi qu'aux démarches laborieuses en vue d'adopter des enfants, sans parler de ses conséquences négatives sur la natalité pour une société qui éprouve déjà des difficultés à se renouveler. À cause de la chronicité de l'infection génitale au VHS ou au VPH et de la possibilité toujours présente que ces infections puissent être transmises aux partenaires

xiv Communication personnelle avec M. Raymond Parent (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ]) et D^{re} Sylvie Venne (ministère de la Santé et des Services sociaux).

sexuels, il arrive que les personnes chez qui le diagnostic a été posé éprouvent de l'inquiétude, parfois de la honte pouvant aller jusqu'à l'abandon de toutes relations sexuelles.

Enfin, les ITS bactériennes et virales joueraient un rôle significatif dans le risque de transmission du VIH. Chez les personnes atteintes d'une ITS, le risque de transmission du VIH serait accru si elles vivent avec le VIH ; si elles sont séronégatives, le risque de contracter le VIH serait plus élevé.

Des infections qui peuvent être traitées

Enfin, il ne faut pas oublier que les ITS bactériennes peuvent être traitées efficacement au moyen d'antibiotiques. La détection précoce et le traitement diminuent le temps de contagiosité et peuvent ainsi interrompre la chaîne de transmission de ces infections et limiter leur propagation. L'efficacité de cette stratégie demande toutefois que les personnes les plus susceptibles d'être infectées aient accès à ces services et qu'elles aient une propension à les utiliser. Le Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement est un exemple des actions mises sur pied pour favoriser l'accès au traitement des ITS bactériennes. Toutefois, le traitement, plus complexe, des infections virales telles que le VPH et le VHS vise essentiellement à contrôler ou à prévenir la morbidité et l'apparition de complications.

En résumé, plusieurs aspects du contexte actuel sont à retenir. Il y a de plus en plus de PVVIH, dont une partie, de plus en plus importante, est aux prises avec de multiples problèmes et dont les besoins en soins et services changent. Les traitements de l'infection par le VIH sont de plus en plus complexes et des incertitudes existent quant à leur utilisation à long terme. Un nombre important de personnes sont infectées par le VHC, dont une forte proportion d'UDI qui auront besoin de soins et de services de première ligne ainsi que de soins et services spécialisés. Les ITS sont en augmentation. Un grand nombre de personnes peuvent être atteintes du VIH, du VHC et des ITS sans le savoir, et on observe des signes de relâchement des comportements sécuritaires.

Comme on peut le constater, les problèmes rattachés aux différentes infections ne sont pas tout à fait du même ordre et ne peuvent être réduits à un tout indistinct. Il y a tout de même des avantages à intégrer le VIH, le VHC et les ITS, notamment dans les activités de prévention et de promotion de la santé. L'intervention est multiple et complexe. Les défis et les enjeux sont de différents ordres.

2 Défis et enjeux

Si la lutte actuelle aux ITSS se fonde sur certains acquis, ceux-ci demeurent fragiles. Le contexte change, les besoins évoluent et il faut ajuster les interventions aux nouvelles réalités, sans quoi leur efficacité risque d'être compromise.

2.1 La combinaison de stratégies en prévention

Les perceptions envers le VIH, des effets possibles sur les ITS

Il y a lieu de constater que, dans l'opinion publique, la perception de la menace du sida s'est passablement atténuée ces dernières années. Dans la mesure où les PVVIH jouissent pour la plupart d'une meilleure condition, le sida devient moins visible. Cela contribue à nourrir l'impression que l'infection par le VIH est sous contrôle et a moins de conséquences néfastes. Des individus peuvent se sentir rassurés, à tort, au sujet des risques de transmission du VIH et de ses conséquences. Par ailleurs, une situation d'indifférence au regard de la prévention du VIH et des ITS est constatée au Québec. Celle-ci s'apparente à ce qui est observé dans d'autres pays industrialisés.

L'augmentation des cas déclarés d'ITS n'est sans doute pas complètement étrangère au fait que l'infection par le VIH suscite moins de craintes. Quant à la préoccupation à l'égard de la prévention de l'hépatite C, elle est relativement plus récente, et les conséquences de cette infection, qui sont surtout à long terme, sont peu connues de la population. C'est pourquoi il demeure pertinent de continuer à sensibiliser la population aux modes de transmission et à tenter de contrôler l'infection auprès des personnes nouvellement infectées, principalement les UDI.

En somme, on ne peut faire fi des perceptions et des nouvelles réalités relatives à ces infections. En outre, il n'est pas inutile de souligner que les actions préventives dans le domaine des ITSS visent des comportements motivés par la recherche de plaisirs immédiats, soit la sexualité et la consommation de drogues. Les actions préventives modulent en quelque sorte la jouissance pour éviter la prise de risque. Dans pareil contexte, veiller à ce que la population soit sensibilisée aux problèmes du VIH, du VHC et des ITS, faire en sorte que le risque devienne inacceptable aux yeux des individus et inciter les individus à adopter des comportements sécuritaires présentent des défis de taille.

Du risque à la vulnérabilité

En soi, si l'absence absolue de risque au cours de l'activité sexuelle n'est pas réaliste, il est justifié et même impératif de prendre tous les moyens raisonnables pour réduire ce risque au minimum. Certaines personnes présentent un risque plus élevé en raison de comportements particuliers ou de milieux qu'elles fréquentent. Dans ces cas, l'action préventive vise à modifier certains comportements. Les efforts consacrés dans ce domaine

au cours des dernières années ont démontré que de telles actions peuvent être efficaces auprès de plusieurs groupes et de la population en général. Toutefois, n'utiliser que des stratégies de changement de comportements laisse planer l'idée que la transmission du VIH, du VHC et des ITS n'est que le résultat de la négligence personnelle.

Au-delà des facteurs individuels, il existe une vulnérabilité aux ITSS qui comporte de multiples facettes psychoindividuelles et sociostructurelles²⁶. Cette vulnérabilité est déterminante sur le potentiel de contracter ces infections et sur la capacité des individus et des groupes de se protéger et d'exercer plus de contrôle pour leur santé. Par exemple, des situations de pauvreté, d'itinérance, de toxicomanie, de maladie mentale, de violence et de discrimination jouent sur la capacité des personnes à choisir des comportements sécuritaires, à consulter, à recourir aux traitements pour les ITSS et à vivre avec des infections chroniques comme le VIH ou le VHC ; elles peuvent même agir sur la maladie dont la progression peut être plus rapide. Ces situations contribuent à marginaliser socialement et économiquement les personnes et les privent souvent d'un accès à du soutien social important. Les besoins primaires de logement, de nourriture et d'intimité ont tôt fait de supplanter de manière marquée les préoccupations de santé à long terme. Investir en promotion de la santé devient essentiel.

Des interventions variées et complémentaires : un certain dosage

Il n'est pas simple d'intervenir auprès des groupes vulnérables. Pour combattre la transmission des ITSS, la combinaison de plusieurs stratégies est donc essentielle.

Le rappel à la population, à intervalle régulier, des risques de transmission du VIH, du VHC et des ITS, de leur caractère asymptomatique et de leurs conséquences ainsi que la promotion des moyens de protection demeurent primordiaux. Il s'agit d'une condition pour donner forme aux représentations sociales sur le sujet et définir la norme souhaitée en prévention. Sans compter les retombées tangibles qui font en sorte que la plupart des personnes, sur la base d'une information adéquate, seront en mesure de mieux prendre en charge leur santé, d'adopter et de maintenir un comportement sécuritaire.

Toutefois, la prise de risque ne tient pas seulement à une méconnaissance des modes de transmission. Rendre accessibles des moyens de prévention (p. ex. : condoms, seringues stériles, matériel d'injection), surtout pour les personnes qui sont moins susceptibles de s'en procurer par elles-mêmes, et les offrir dans des lieux propices aux pratiques à risque s'avèrent très pertinents, tant comme mesure de prévention principale ou auxiliaire, de moyens tangibles de protection, que comme rappel de la pratique souhaitée. Quant à miser strictement sur cela pour modifier des comportements et des attitudes à plus long terme, ce n'est pas suffisant.

De plus, il faut accorder une place de choix aux stratégies de contrôle des ITS bactériennes, comme le dépistage et le traitement précoce de la personne infectée et de ses partenaires, jugées très efficaces pour briser la chaîne de transmission de ces infections. Quant au traitement des ITS virales, il n'a pas démontré d'efficacité à limiter la propagation et vise essentiellement à prévenir les complications (progression d'un cancer pour l'infection par le VPH, récurrences pour le VHS, apparition du sida pour l'infection

par le VIH et cirrhose ainsi que cancer du foie pour le VHC). Cependant, tout dépistage accompagné d'un *counseling* approprié constitue une mesure de prévention individuelle du VIH, du VHC et des ITS qui peut contribuer à l'adoption et au maintien de comportements sécuritaires.

Pour envisager des effets à long terme sur les comportements de la population, il faut aussi consacrer des efforts à la promotion de la santé en général et de la santé sexuelle. Des approches portant sur l'efficacité personnelle, la norme comportementale ou l'élimination des obstacles à l'utilisation des moyens de protection sont des options intéressantes. Compte tenu des expériences d'exclusion vécues par les personnes et les groupes vulnérables, il importe de travailler de concert avec ces collectivités afin de renforcer leurs capacités d'adaptation et de transformation, voire leur autonomie. Sur un autre plan, il faut intervenir dans l'environnement social sur le respect des droits de la personne, sur des questions d'égalité et de justice sociales. Sans vouloir lancer tous azimuts des interventions, il est possible de déterminer les dossiers névralgiques et les alliances profitables pour accroître la portée de l'action visant à éviter la transmission des infections.

L'enjeu principal est de renouveler le message pour contrer la banalisation du sida, de diversifier les stratégies afin de motiver les personnes très vulnérables à adopter et à maintenir des comportements sécuritaires, tout en se préoccupant de la population en général. Les réalités régionales ainsi que les caractéristiques des groupes vulnérables doivent être considérées. Il ne faut pas perdre de vue la lutte aux infections qui ne sont pas seulement des problèmes médicaux, mais aussi des problèmes sociaux.

2.2 L'adaptation des services aux personnes vulnérables

Certains aspects relatifs aux soins et aux services sont à reconsidérer.

Le VIH : de nouveaux besoins

Accès à une prise en charge clinique optimale

De maladie mortelle, l'infection par le VIH est devenue une maladie chronique. De nouvelles molécules pour le traitement font leur apparition. De nouveaux outils diagnostiques sont offerts. La prise en charge clinique vise à la fois à restaurer la fonction immunitaire, à prévenir les infections opportunistes, à soigner celles qui se manifestent, à minimiser les interactions médicamenteuses, à limiter les effets indésirables, à prévenir la résistance du virus aux médicaments, à composer dans certains cas avec une infection conjointe telle que l'hépatite C ou certaines ITS et à éviter la transmission de l'infection. Cette prise en charge clinique exige de plus en plus une expertise de pointe qui n'est pas, à coup sûr, à la portée de tous les cliniciens, notamment ceux qui ont très peu de patients atteints de l'infection par le VIH. Permettre à tous les patients d'avoir accès à un traitement optimal demeure toujours une grande préoccupation.

Outre l'expertise de pointe nécessaire, la prise en charge thérapeutique des PVVIH présente des difficultés particulières. Le traitement demande beaucoup de discipline de la part du patient et peut provoquer chez lui des inconvénients et des complications. D'autres conditions peuvent compliquer le traitement de l'infection par le VIH, telles qu'un traitement à la méthadone, une cure de désintoxication ou un suivi de grossesse. Le recours à une équipe multidisciplinaire devient incontournable dans ces circonstances ; il est parfois plus difficile de l'obtenir en dehors des grands centres urbains. L'organisation en réseau des soins et des services spécialisés dans le domaine du VIH est la voie à privilégier.

Besoins différents pour un profil changeant des PVVIH

Les nouveaux traitements ont aussi permis à plusieurs PVVIH de réintégrer le marché du travail ou, à tout le moins, d'être suffisamment en forme pour mener une vie sociale active. Le profil des PVVIH ayant les plus grands besoins de soutien s'est modifié. Les intervenants rapportent qu'il y a plus de toxicomanes, plus de jeunes, plus de femmes, plus de nouvelles arrivantes, dont des réfugiées politiques originaires notamment de pays d'Afrique, et plus de HRSH vulnérables.

Avant l'apparition des multithérapies, les services d'hébergement offerts en milieu communautaire constituaient une partie des soins palliatifs pour une proportion importante de HRSH atteints du sida. La quasi-absence de traitement, les réticences du personnel du réseau à accueillir les PVVIH au début de l'épidémie et, en contrepartie, l'accueil chaleureux et le soutien adaptés à la condition des HRSH des services d'hébergement en milieu communautaire ont fait en sorte que plusieurs PVVIH ont choisi de finir leurs jours dans ces endroits. À l'heure actuelle, non seulement les soins palliatifs ont grandement diminué pour être remplacés par du répit, du soutien et de l'accompagnement ainsi que de l'hébergement transitoire dans les moments difficiles, mais d'autres groupes se sont faits plus présents, comme les PVVIH toxicomanes ou les PVVIH avec des problèmes de maladie mentale. Il est devenu difficile, dans certains cas, de concilier la cohabitation des clientèles telles que les PVVIH toxicomanes et les PVVIH non toxicomanes. Il devient très exigeant pour les intervenants de répondre aux besoins des personnes aux prises avec plusieurs problèmes, de la toxicomanie à la maladie mentale, tout en s'occupant de ceux qui ont des besoins de soutien plus léger.

Le problème est complexe, eu égard à la capacité des acteurs et à la volonté du réseau public et des organismes communautaires d'intervenir auprès de ces PVVIH présentant des problèmes particuliers et des besoins criants. L'offre de service est à revoir. Mais il faut surtout se garder d'exclure des services les PVVIH qui présentent d'autres problèmes en plus de l'infection par le VIH. Sur la base d'une vision d'ensemble à partager entre les différents acteurs, il y a lieu de déterminer ce que chacun peut faire. C'est une question d'organisation et d'adaptation de services, mais aussi de redéfinition du rôle des acteurs.

Le VHC : des besoins grandissants

La prise en charge clinique de l'ensemble des personnes infectées par le VHC est une problématique en pleine évolution. Les tests de détection sont offerts seulement depuis quelques années ; un nombre important de personnes anciennement infectées ont été diagnostiquées et requièrent dès maintenant une prise en charge biomédicale complexe. À celles-ci s'ajoutent les personnes récemment infectées qui, compte tenu de l'évolution de la maladie sur plusieurs dizaines d'années, auront besoin d'une prise en charge clinique d'une durée prolongée. Parmi ces dernières se trouvent surtout des toxicomanes qui, en raison de leurs multiples problèmes psychosociaux et du réseau souvent mal adapté pour les recevoir, peuvent éprouver des difficultés d'accès aux soins.

Si le suivi des personnes récemment infectées par le VHC peut être amorcé et poursuivi en première ligne, le recours aux soins des deuxième et troisième lignes est très fréquent. Une biopsie hépatique, habituellement requise au cours de l'investigation, et la complexité du traitement antiviral justifient actuellement de faire appel aux spécialistes. De même, des complications dans l'évolution de la maladie, telles qu'une cirrhose ou un hépatome, sont du domaine d'une expertise de pointe. Il faut, dès à présent, se préoccuper du nombre croissant de personnes atteintes du VHC qui auront besoin de soins et de services que leur état de santé requiert.

Les ITSS : un dépistage mieux ciblé

Quant au dépistage des ITSS, il est au cœur des stratégies à promouvoir. Toutefois, il ne s'agit pas de préconiser toute forme de dépistage systématique, mais plutôt une application mieux ciblée. Pour tenter d'y arriver, il est nécessaire d'orchestrer diverses stratégies.

Les professionnels de la santé de la première ligne travaillant tant en établissement qu'en cabinet privé sont ceux qui ont le plus d'occasions de faire le dépistage des ITSS. S'assurer que les médecins et les infirmières se préoccupent constamment d'identifier, parmi leurs patients, les personnes chez qui un dépistage des ITSS est indiqué est un des objectifs incontournables d'une stratégie de dépistage réussie. Cela suppose non seulement que ces intervenants connaissent et appliquent les lignes directrices en matière de dépistage des ITSS, mais aussi qu'ils recherchent systématiquement la présence de facteurs de risque de contracter une ITSS chez leurs patients. Informer les intervenants de première ligne sur les lignes directrices afin qu'ils améliorent leur pratique exige de varier et de multiplier les façons de faire de la promotion et de la formation de même que de favoriser un contexte de pratique clinique propice à la prévention.

Cette opération va de pair avec la promotion du dépistage des ITSS auprès de la population.

Mais qu'en est-il pour les personnes vulnérables qui fréquentent moins le réseau de la santé et qui sont plus susceptibles d'être infectées ? Il faut souvent tenter de les atteindre là où elles sont ou offrir des services dans un contexte mieux adapté à leurs besoins. Des formules comme les services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEPE) offrent un éventail de services de prévention des ITSS (p. ex. : *counseling*, dépistage,

vaccination) adaptés aux besoins des personnes plus vulnérables. Pour améliorer l'efficacité d'un dépistage ciblé, il faut faire en sorte que les groupes vulnérables y aient recours.

Le succès réside dans une approche plus dynamique du dépistage, dans la conjugaison de plusieurs stratégies et dans la mise à contribution de différents acteurs.

2.3 La capacité de mener des actions de partenariat : de la parole aux actes

La notion

Il y a un discours sur l'action commune qui existe depuis plusieurs années dans des politiques, notamment. L'action commune peut être de concertation, de collaboration, de partenariat, de coopération, de dynamique participative²⁷, d'intégration des soins²⁸ ou d'action intersectorielle. Quels que soient les concepts privilégiés, les dimensions qui leur sont rattachées ou les nuances qui leur sont apportées, ces modes de fonctionnement visent essentiellement une contribution multiple pour une cohérence dans la mise en œuvre de l'action. Pour les besoins présents, il sera question d'action en partenariat mettant à contribution, autour d'une action commune, des acteurs de différents secteurs (autres ministères ou autres acteurs extérieurs au réseau de la santé) mais aussi d'autres directions ou d'autres paliers du réseau.

Dans les précédentes stratégies, il était déjà question d'action en partenariat, mais depuis, on a avancé avec cette idée. Des initiatives ont été entreprises dans plusieurs circonstances autour de projets différents. Il en a résulté des collaborations heureuses, d'autres moins concluantes. À défaut de façons de faire appropriées, des domaines sont restés inexplorés. Des questions se posent et des difficultés demeurent. Une recherche sur l'action intersectorielle est en cours²⁹. Elle devrait fournir un éclairage supplémentaire sur le sujet. Quoi qu'il en soit, la volonté persiste d'aller de l'avant en matière d'action en partenariat. D'ailleurs, l'évolution des problèmes de l'infection par le VIH, de l'hépatite C et des ITS exige de plus en plus un tel fonctionnement.

Des initiatives

Quand on reconnaît que les personnes nouvellement infectées par le VIH sont aux prises avec plusieurs problèmes, il devient de plus en plus difficile de faire abstraction de leurs autres problèmes pour ne s'occuper que du VIH. Par exemple, quand on pense aux jeunes en difficulté ou aux toxicomanes, l'intervention de prévention doit s'ouvrir aux différents problèmes avec l'aide d'acteurs de différents secteurs. Quand il s'agit d'intervenir en milieu scolaire ou en centre de détention, par exemple, il s'avère essentiel de faire appel aux acteurs de ces milieux. Pour ce qui est de l'intégration de la prévention des ITS dans certains programmes, comme la prévention des grossesses précoces ou non planifiées, il faut persuader les acteurs en cause de coopérer. Quand il importe d'assurer la continuité et la globalité des soins en fonction des besoins des personnes infectées, il faut assurer des liens entre différents professionnels de diverses organisations.

Des pas de plus

De niveau local, régional, suprarégional ou national, l'action en partenariat repose sur une interdépendance des acteurs, interdépendance qui, comme on le constate, prend différentes formes. Sur la base des groupes vulnérables qui partagent parfois certains éléments reliés à l'infection par le VIH, à l'hépatite C et aux ITS, il y a intérêt à ce que la pratique des acteurs soit coordonnée pour une efficacité d'action à l'égard de ces groupes, notamment par rapport à certaines mesures, du domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale du PNSP. Mais tous les acteurs n'y trouvent pas nécessairement leur compte ; certains peuvent y voir une perte d'autonomie et de pouvoir direct.

Dans un espace relativement autonome à bâtir – entre soi et l'autre – pour permettre une réelle action en partenariat, les rôles des acteurs sont à redéfinir. Des relations conflictuelles ou concurrentielles peuvent surgir. Volontarisme, leadership, direction ou laisser-faire : quelle attitude est la plus opportune, selon les circonstances, les objectifs poursuivis et les caractéristiques de l'action en partenariat ? Par ailleurs, mettre toutes les responsabilités relatives à l'action en partenariat entre les seules mains des acteurs, c'est beaucoup leur confier. Quoique les acteurs soient très importants, il faut également mettre sur pied des mécanismes et des dynamiques locaux, régionaux et nationaux qui puissent encore exister après des changements d'acteurs et qui puissent soutenir et structurer l'action afin qu'elle soit moins fragile.

Aussi séduisante que puisse être cette idée d'action en partenariat, elle ne pourra se concrétiser pleinement que dans la mesure où l'on aura précisé encore davantage les formes qu'elle peut prendre dans la lutte contre l'infection par le VIH, le VHC et les ITS et où des leviers d'action auront été déterminés.

En fonction du contexte, les défis sont nombreux et vont de la diversification des stratégies pour toucher les groupes vulnérables, au renouvellement des messages pour sensibiliser la population aux infections, à l'adaptation des soins et des services pour répondre aux besoins des personnes infectées et à la mise en pratique d'actions en partenariat pour promouvoir la santé et toucher davantage les groupes vulnérables. C'est à travers les diverses activités des huit stratégies présentées ci-après que l'action devrait se concrétiser et que les défis devraient être relevés.

3 Orientations

Étant donné l'évolution actuelle de l'infection par le VIH, de l'hépatite C et des ITS, les problèmes qui persistent et ceux qui émergent, il faut orienter les actions dans ces domaines afin qu'elles soient mieux adaptées aux nouvelles réalités, mieux ciblées et plus efficaces et qu'elles permettent d'atteindre, notamment, les objectifs sociosanitaires du PNSP (voir l'annexe B).

La population ciblée

Ces orientations visent la population en général. Celle-ci représente le public cible par excellence des messages de promotion, de prévention et de protection et est le groupe de prédilection pour la création d'une norme sociale relative à l'acceptation des comportements sécuritaires, à la compassion et à la solidarité à l'égard des groupes vulnérables et des personnes infectées. Les jeunes, particulièrement les jeunes femmes, doivent être privilégiés, car ils sont à risque d'être infectés par des ITS, comme la chlamydie génitale, l'infection au VPH et l'herpès génital. De plus, les HRSH, les UDI, les personnes originaires de pays où l'infection est endémique, les personnes incarcérées, les jeunes en difficulté, les femmes vulnérables et les Autochtones sont particulièrement ciblés par des interventions adaptées. Ils sont à risque pour les infections et sont vulnérables^{xv} à divers égards. Enfin, des mesures particulières rattachées à la prévention secondaire et à l'accès aux soins et aux services, selon le type d'infection, s'adressent aux personnes touchées. Il est clair qu'il faut intervenir sur tous les plans, de manière différenciée.

Les réalités régionales

Les orientations reposent sur une lecture d'ensemble des problèmes et des interventions à réaliser pour améliorer la situation. Cependant, il faut être conscient que les réalités peuvent être différentes d'une région à l'autre. Les problèmes du VIH et du VHC n'ont pas la même ampleur partout ; ils sont particulièrement concentrés dans les zones urbaines et semi-urbaines et au sein de populations particulières, alors que les autres ITS sont plus largement répandues dans la population. De même, les groupes vulnérables se répartissent, non uniformément, selon la densité de population, l'étendue de territoire, les lieux de regroupement et d'acceptation ou de reconnaissance sociale. Les soins et les services ne sont pas tout à fait organisés de la même façon non plus. Enfin, les ressources, qu'elles soient humaines, financières ou techniques, varient.

Malgré cela, certaines orientations de la présente stratégie sont générales et applicables dans chacune des régions. D'autres nécessitent des adaptations à divers degrés et certaines sont davantage appropriées à des régions plus urbanisées. Quoi qu'il en soit, il appartient aux acteurs locaux et régionaux du réseau et aux acteurs communautaires d'adapter les

xv Pour les caractéristiques des groupes vulnérables, voir l'annexe A.

activités préconisées en fonction des besoins de leur population. Les plans d'action locaux (PAL) de santé publique et les plans d'action régionaux (PAR) de santé publique devraient refléter cette situation.

Les activités retenues pour la stratégie sont celles du PNSP, (ces actions sont en italique dans les encadrés qui suivent). À celles-ci s'ajoutent d'autres activités pour couvrir toutes les facettes de la lutte aux ITSS. Les mêmes signes du PNSP sont utilisés pour déterminer une :

- Activité existante à maintenir ;
- ◐ Activité existante à consolider ;
- Activité à mettre en place.

1^{re} stratégie : renforcer le potentiel des personnes

Le changement de comportements repose sur la motivation, tant de la population en général que des groupes vulnérables et des personnes touchées par les ITSS. Il passe également par le développement de la capacité de ces personnes à adopter et à maintenir des comportements sécuritaires.

Objectifs :

- sensibiliser la population en matière d'infection par le VIH, d'infection par le VHC et d'ITS ainsi qu'en matière de comportements sécuritaires ;
- favoriser l'adoption d'attitudes favorables envers les groupes vulnérables et les PVVIH ;
- favoriser l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires auprès de la population, des groupes vulnérables et des personnes infectées.

Maintenir un dispositif de communication

Pour éviter que la population croie, à tort, que les risques de contracter le VIH ou une ITS sont minces et que les conséquences de ces infections ne sont plus graves, il importe de maintenir un dispositif de communication sur la prévention des infections et sur la promotion de la santé. Ce dispositif doit viser à favoriser des attitudes et des comportements préventifs dans la population et le renforcement de normes préventives. Récemment, des campagnes nationales de communication sur la promotion de l'utilisation du condom et sur les habiletés à le négocier^{xvi} ont été menées auprès des jeunes. D'autres sur la banalisation du sida^{xvii} ont été réalisées auprès des jeunes adultes. Il faut poursuivre et renouveler sans cesse le matériel en s'appuyant notamment sur les recherches dans le domaine afin que la population soit toujours sensibilisée aux problèmes et qu'elle ait des attitudes favorables et des comportements préventifs.

xvi Il s'agit des campagnes *Équipées pour s'aimer et Parler, c'est grandir*.

xvii Il s'agit des campagnes *Solidarité et Le sida circule toujours*.

Dans les messages à transmettre, il faut accorder une attention à la prévention du passage à l'injection, à des modes particuliers de transmission du VHC (les pratiques de tatouage et de perçage). Il faut mettre l'accent sur le principe d'une responsabilité individuelle en matière de prévention des infections, que la personne soit infectée ou pas, et sur la promotion d'attitudes de tolérance, de compassion et de solidarité à l'égard des groupes vulnérables. Il faut aussi voir à sensibiliser les partenaires qui peuvent être associés dans les différents projets^{xviii}.

Faire la promotion de l'éducation à la sexualité et prévenir la consommation de drogues en milieu scolaire

L'éducation à la sexualité permet de favoriser l'intégration harmonieuse de la dimension sexuelle de la personne tout en considérant les normes de la collectivité³⁰. Abordée de façon plus large sous l'angle notamment des relations amoureuses, du plaisir, de l'affirmation de soi, de l'identité, de l'orientation sexuelle, de la planification des naissances et des rapports de sexe, la sexualité prend tout son sens et, en retour, tend à donner davantage de sens aux comportements sécuritaires². Agir au regard de l'usage de drogues, dans une perspective de promotion de la santé, c'est mettre en place des conditions et des environnements favorisant chez les individus l'adoption d'habitudes de vie saines et sécuritaires ainsi que d'attitudes responsables face aux substances psychotropes⁵.

Le milieu scolaire est un endroit privilégié pour faire de la prévention. Depuis 1989, un comité interministériel sur les ITSS, formé de membres du Ministère et du ministère de l'Éducation du Québec, produit, à intervalle régulier, un plan d'activités variées. Ces activités s'adressent surtout aux enseignants et aux élèves du primaire et du secondaire, mais aussi, à l'occasion, aux étudiants des cégeps et des universités. De plus, une entente de complémentarité de services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation³¹ a été conclue. Des engagements conjoints ont été pris, des objets et des modalités de concertation ont été précisés sur les plans local, régional et national. Conformément à cette entente et au PNSP, il faut participer à l'élaboration et à l'implantation d'une intervention globale et concertée pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents, voir à ce que l'éducation à la sexualité soit prise en compte, incluant la prévention des grossesses non planifiées, et s'assurer que des activités pédagogiques soient mises sur pied, accompagnées d'outils pour soutenir les enseignants.

xviii Notamment, il faut s'attacher aux activités relatives à l'organisation de campagne de communication du domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale du PNSP.

Activités à l'intention de la population en général :

- *Promotion des comportements préventifs par la sensibilisation de la population aux conséquences du VIH et du sida, du VHC et des ITS.*
- *Promotion d'attitudes favorables à l'égard des groupes vulnérables.*
- *Élaboration et implantation, en collaboration avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires communautaires, d'une intervention globale et concertée pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents et pour prévenir différents problèmes d'adaptation sociale. La sexualité se trouve parmi les thèmes considérés.*

Adapter le matériel de communication aux personnes vulnérables

Plusieurs campagnes destinées à des groupes spécifiques, notamment les HRSH, les UDI, les jeunes en difficulté et les femmes vulnérables, ont été menées autant par le réseau que par les organismes communautaires. Du matériel de communication (affiches, dépliants, publicités, bulletins, journaux, magazines, Internet, vidéos, pièces de théâtre, etc.) a été produit. Ce sont des activités qu'il faut sans cesse renouveler, et il faut adapter les messages de prévention en fonction des caractéristiques des groupes.

Consolider les activités de prévention les plus efficaces

De 1997 à 2001, plus de 200 projets de prévention du VIH et des ITS visant à renforcer les comportements plus sécuritaires en matière de relations sexuelles ou de consommation de drogues par injection ont été recensés^{32,33} dans 16 régions du Québec. Ces projets ont été mis sur pied en grande partie par les organismes communautaires. Ils prennent surtout la forme d'ateliers d'éducation, d'activités de sensibilisation, d'interventions par les pairs, de travail de proximité ou de rue et de distribution de moyens de protection. Certains méritent qu'on s'en inspire. À la lumière des connaissances dans le domaine et des années d'expérience en prévention, les efforts devraient être concentrés sur certaines interventions jugées plus efficaces. Par ailleurs, des projets novateurs pourront être expérimentés dans le cadre de la recherche et de l'innovation. Il importe aussi de continuer à privilégier les interventions dans le milieu de vie ou de fréquentation des groupes vulnérables pour favoriser un rapprochement avec le réseau sociosanitaire.

Activités à l'intention des personnes vulnérables :

- *Prévention auprès des adolescents et des adultes appartenant à des groupes vulnérables en ce qui concerne le VIH, le VHC et les ITS :*
 - Conception de stratégies de communication visant la promotion des comportements sécuritaires et adaptées aux diverses sous-cultures et aux particularités de pratiques sexuelles ou de consommation de drogues.
 - Interventions de sensibilisation et de distribution de brochures et de moyens de protection dans les milieux de vie : lieux de rencontre des communautés ethnoculturelles, centres de détention ou de transition, saunas, bars, parcs, campings, agences d'escorte, hôtels, salons de massage, sites d'échange de seringues, piqueries, rue, etc.
 - Interventions d'éducation à la sexualité et de prévention des toxicomanies adaptées aux groupes vulnérables, notamment réalisation d'ateliers sur la négociation du condom, l'estime de soi, les couples sérodiscordants, l'injection à risque réduit, etc.

Favoriser les projets de prévention à l'intention des PVVIH et des personnes infectées par le VHC

Si la prévention secondaire auprès des PVVIH a été quelque peu oubliée, supplantée par la nécessité de prodiguer des soins aux personnes malades, elle prend dorénavant de plus en plus d'importance. L'augmentation du nombre de PVVIH qui sont en meilleur état de santé et qui sont plus actives, fait en sorte qu'il faut se préoccuper davantage de leur offrir, ainsi qu'à leurs partenaires, un soutien pour favoriser une vie sexuelle sécuritaire et, selon le cas, la réduction des risques liés à la consommation de drogues. Tout en ne perdant pas de vue que la responsabilité de la prévention repose sur tous, y compris sur les PVVIH, il faut présenter une bonne image des PVVIH pour faciliter leur intégration sociale et leur participation active. En ce qui concerne la sexualité ou la réduction de risques liés à la consommation de drogues, il convient de trouver des réponses adaptées aux difficultés des PVVIH et des modes appropriés d'intervention en matière de prévention.

Il subsiste encore de la discrimination et de la stigmatisation rattachées au statut de PVVIH, celles-ci pouvant subir du rejet ou tendre à l'isolement. En dépit de ces obstacles, il est possible d'atteindre ces personnes par le biais d'interventions s'adressant aux principaux groupes à risque d'infection par le VIH, soit les HRSH, les UDI et les personnes originaires de pays où l'infection est endémique. Certaines PVVIH fréquentent les organismes communautaires de lutte contre le sida, d'autres pas, mais on peut croire que la plupart d'entre elles, du moins celles dont le statut sérologique est connu, ont recours aux services d'un médecin traitant.

Assurer des services psychosociaux et du soutien

On connaît les effets dévastateurs d'un diagnostic d'infection par le VIH ou le VHC sur la personne, les exigences des traitements, les effets secondaires importants et le soutien particulier qui est requis. De tels effets, généralement de moindre ampleur, sont aussi observés chez les personnes atteintes d'infection chronique, comme le VHS, ou d'infection persistante, comme le VPH. Les services adaptés peuvent être une thérapie, de l'information sur la maladie, de l'accompagnement dans le quotidien ou vers des ressources du réseau, du soutien à l'observance des traitements et de l'incitation à l'adoption et au maintien des comportements sexuels ou d'injections sécuritaires. Pour les personnes plus en difficulté, les besoins de services adaptés à leur situation sont plus aigus. Pour les PVVIH qui ont retrouvé une certaine forme physique ou qui maintiennent leurs activités, ce sont plutôt des mesures pouvant les soutenir dans leurs démarches et visant une certaine réadaptation physique et mentale ainsi qu'une réinsertion sociale ou professionnelle.

Un réseau de professionnels, composé de travailleurs sociaux et de psychologues intéressés au VIH et formés dans le domaine, offre des services psychosociaux adaptés un peu partout au Québec. Il importe que les PVVIH, surtout celles qui ne sont pas prises en charge par une équipe multidisciplinaire, puissent avoir accès à un soutien psychosocial, de même que les personnes atteintes d'hépatite C ou d'une ITS chronique qui en ont besoin.

Plusieurs organismes communautaires d'aide et d'entraide proposent des services d'information, de dépannage alimentaire ou vestimentaire, d'accompagnement et de soutien dans l'observance des traitements et dans la prévention individuelle. La plupart de ces organismes travaillent aussi à la défense des droits des personnes. Il faut favoriser ce genre d'initiatives.

Activités à l'intention des personnes touchées :

- Prévention auprès des PVVIH et des personnes infectées par le VHC.
- Services psychosociaux aux PVVIH ainsi qu'aux personnes atteintes d'hépatite C et, au besoin, aux personnes atteintes d'ITS chroniques.
- Pour les PVVIH et les personnes infectées par le VHC, accompagnement, encadrement, soutien individuel à la prévention et à l'observance des traitements ainsi qu'aide à la réinsertion sociale.

2^e stratégie : soutenir les groupes vulnérables

Il est possible de soutenir les groupes vulnérables de manières diverses, en agissant sur les facteurs de vulnérabilité ou sur les moyens pour réduire les conséquences négatives. Il a été jugé opportun de concentrer les efforts sur l'accès aux services pour ces groupes, étant donné qu'ils fréquentent moins que la population en général les services sociaux et les services de santé pour des raisons de prévention.

Objectifs :

- accroître le dépistage ciblé ;
- favoriser le traitement des infections ;
- rendre accessibles les services de première ligne aux groupes vulnérables.

Accès au dépistage

Sachant qu'environ 30 % des PVVIH ne connaîtraient pas leur statut¹², qu'un grand nombre de personnes ignoreraient qu'elles sont infectées par le VHC et qu'un nombre important d'ITS ne sont pas diagnostiquées, il y a lieu d'intensifier le dépistage des ITSS auprès des groupes vulnérables. Des moyens sont préconisés. Non seulement il faut faire la promotion du dépistage auprès des groupes vulnérables, mais il faut poursuivre l'organisation³⁴ des SIDEPS dans la perspective de mieux les adapter à leurs besoins.

En effet, les quelque 70 SIDEPS sont à élargir leur offre, notamment en matière de dépistage des ITS et des hépatites virales, de prévention auprès des partenaires de personnes infectées et de vaccination contre le virus de l'hépatite A (VHA) et le VHB, et ce, en assouplissant les modalités de fonctionnement pour faciliter l'accès aux groupes plus vulnérables. Certains fonctionnent en collaboration étroite avec les organismes communautaires et vont, dans certains cas, jusqu'à offrir leurs services en unité mobile ou en milieu de vie. L'accès à des tests de détection moins invasifs facilite la tâche, de même que le fait que, en vertu de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, les « mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique (2001, chapitre 60³⁵) » soient devenues une activité partageable à l'exercice infirmier. Enfin, une évaluation de l'implantation de ces services devrait permettre d'ajuster l'offre de service.

Accès à la vaccination et au traitement des ITS

Dans le cadre du Programme d'immunisation du Québec, il est prévu de vacciner contre le VHA et le VHB les personnes infectées par le VHC pour éviter d'aggraver l'atteinte hépatique.

Outre le dépistage précoce dont on a fait mention précédemment, il existe des médicaments qui sont réellement efficaces contre les ITS bactériennes et qui contribuent à réduire la propagation des infections et des complications qui pourraient en résulter. Le traitement à dose unique pour la chlamydie génitale et l'infection gonococcique simplifie l'administration de la médication et permet une meilleure observance thérapeutique. Le Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement, en vigueur depuis 1992, lève les derniers obstacles qui pourraient réduire l'accès. Il faut en faire la promotion auprès des médecins pour que les personnes infectées et leurs partenaires sexuels puissent en bénéficier.

Par ailleurs, il y aurait de 30 % à 40 %³⁶ des partenaires d'une personne infectée qui ne seraient pas informés d'une exposition possible à une ITSS, dont certains n'auraient pas de symptômes ou des symptômes mineurs, ce qui ne les amènerait pas à consulter un médecin. L'intervention de prévention auprès des partenaires d'une personne infectée par une ITS permet de les informer d'une exposition à une ITS, de les traiter, de leur donner la possibilité de subir un test de dépistage des ITSS selon les risques décelés, le cas échéant, et de les conseiller en matière de prévention. Un traitement précoce non seulement réduit les risques de séquelles liés à ces infections, mais permet de rompre la chaîne de transmission. Quoique ces interventions se fassent dans la plupart des régions, selon des modalités variables plus ou moins encadrées, il importe qu'un service spécialisé^{xix} d'intervention de prévention auprès des partenaires soit offert dans toutes les régions du Québec, en soutien aux actions des patients et de leurs médecins traitants. Il s'agit de la mise en œuvre du programme conçu à cette fin et de la formation des intervenants.

Accès à des services adaptés pour les usagers de drogues

Le Québec possède le réseau d'accès aux seringues stériles le plus étendu au Canada : près de 700 sites d'accès, dans 16 régions et plus d'un million de seringues stériles distribuées en 2001-2002. Ce programme doit être maintenu pour limiter la propagation du VIH. Devrait s'y ajouter l'accessibilité au matériel d'injection (eau stérile, filtres, contenants de chauffage), qui est une mesure prévue dans le Programme d'intervention auprès des personnes infectées par le VHC. Il y aurait lieu, toutefois, de voir à ce que l'utilisation de ce matériel d'injection soit évaluée.

Au Québec, la majorité des UDI sont cocaïnomanes. Il faut dire que le traitement à la méthadone n'est valable que pour les personnes qui ont une dépendance aux opiacés, principalement les héroïnomanes. Depuis quelques années, l'accès à ce traitement s'est passablement amélioré. Il est accessible dans 15 régions et est accompagné d'un soutien psychosocial dans bon nombre de cas. Le nombre de médecins prescripteurs, de

xix Afin d'augmenter l'efficacité d'un tel service, il est nécessaire d'en limiter le recours à certaines situations jugées prioritaires, notamment tous les cas de gonorrhée, de syphilis en phase contagieuse, de chancre mou, de lymphogranulome vénérien et de granulome inguinal ainsi que tous les cas de chlamydie génitale chez les personnes de 19 ans ou moins, chez celles qui présentent des ITS à répétition, qui ont plusieurs interruptions volontaires de grossesse ou qui ont une affection inflammatoire pelvienne, chez les femmes enceintes et chez les hommes dont les partenaires sont enceintes.

pharmacies et de bénéficiaires a doublé depuis 1997^{xx}. Il faut donc poursuivre sur cette lancée.

Toutefois, il semble toujours difficile de trouver des services de première ligne et d'insertion sociale pour les personnes qui n'ont pas arrêté de consommer des drogues, comme des services d'adaptation sociale et de réadaptation. Il faudrait davantage rendre accessibles ces services de première ligne et offrir, en centre de détention, un soutien à l'arrêt de consommation de drogues, le traitement à la méthadone et le choix de produits moins risqués. Il faudrait également explorer la possibilité d'offrir le matériel d'injection. Comme il est recommandé dans les orientations ministérielles en prévention de la toxicomanie⁵, il y aurait lieu d'expérimenter des projets pilotes de programmes à bas seuil (méthadone ou autres produits de substitution) dans le but précis de réduire la fréquence des injections. Enfin, il est convenu de procéder préalablement à une étude de faisabilité pour ce qui est des projets pilotes de sites d'insertion sociale et d'injection supervisés pour une approche plus large de la réduction des méfaits.

Activités à l'intention des groupes vulnérables et des personnes infectées :

- *Organisation des SIDEPE* : implantation, promotion, formation et évaluation de même que, notamment, promotion du dépistage des ITSS auprès des groupes vulnérables.
- *Vaccination contre le VHA et le VHB pour les personnes infectées par le VHC et pour les autres personnes visées par les directives ministérielles ou les programmes de vaccination.*
- *Gratuité des médicaments pour traiter des ITS* : maintien et promotion du programme.
- *Intervention de prévention auprès des partenaires d'une personne qui a contracté une ITS et, sur demande du médecin traitant, auprès d'une personne qui a contracté le VIH.*
- *Intervention visant l'échange de seringues pour prévenir la transmission du VHB, du VHC et du VIH et la distribution du matériel d'injection.*
- Mesures visant à rendre accessibles les services de première ligne (traitement à la méthadone^{xxi} à bas seuil, services d'adaptation sociale ou de réadaptation) à ceux qui ne peuvent arrêter de consommer et à rendre accessible le traitement à la méthadone en centre de détention. Aussi, projet pilote d'accès au matériel d'injection.
- Étude de faisabilité de projets pilotes de sites d'insertion sociale et d'injection supervisés pour les UDI et mise sur pied s'il y a lieu.

xx En 2001, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) dénombre 281 prescripteurs, 289 pharmacies et 2 060 bénéficiaires du régime public d'assurance médicaments.

xxi Il s'agit d'un traitement de substitution prévu au programme.

3^e stratégie : encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces

Objectif :

- accroître les pratiques cliniques préventives.

Trois manières sont privilégiées.

Généralisation des services du type clinique jeunesse

L'accès au dépistage des ITSS est passablement généralisé, surtout en cabinets et en cliniques privés, en CLSC et au sein des divers services, en centres hospitaliers (CH) ou dans des centres de santé et dans les groupes de médecine familiale. Des mesures additionnelles s'imposent pour favoriser le dépistage des infections. Comme il est recommandé dans le PNSP, il faut poursuivre « l'implantation de services du type clinique jeunesse, associés à des informations sur la sexualité et la contraception »³⁷.

Promotion et application des lignes directrices pour les ITS

De plus, la diffusion des lignes directrices canadiennes pour les ITS et les modifications que le Comité consultatif sur les ITS y a apportées conformément au contexte épidémiologique québécois, ainsi que l'organisation de diverses activités de promotion (colloques, publications, formation, etc.) auprès des médecins et des professionnels de la santé, ont contribué à favoriser un dépistage mieux ciblé de la chlamydie génitale et de l'infection gonococcique pour les populations à risque. L'utilisation de technologies plus performantes permet, notamment dans le cas de la chlamydie génitale, dont le test peut être réalisé à partir d'un prélèvement urinaire, d'améliorer considérablement le dépistage de cette infection. Loin de s'arrêter, on doit intensifier ce genre d'interventions. De même, il faut encourager les médecins et les professionnels de la santé, dont les infirmières qui obtiennent un rôle accru en vertu de l'application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, à effectuer du *counseling* pour une approche individualisée du dépistage et de la prévention.

Offre systématique du test de dépistage du VIH aux femmes enceintes

Le Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse, en vigueur depuis 1997, vise à ce que les médecins informent les femmes enceintes sur le test anti-VIH et sur le traitement pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Même si le taux de transmission de la mère à l'enfant a diminué à 1,5 % en 2001^{xxii} dans le sous-groupe des femmes qui ont reçu un traitement préventif complet, il n'y a probablement pas plus de la moitié des femmes enceintes qui sont testées pour le VIH au Québec. Un comité ad hoc s'est penché sur la politique de l'offre universelle du test anti-VIH aux femmes enceintes.

xxii Données du Centre maternel et infantile de l'Hôpital Sainte-Justine.

Il recommande l'approche systématique, c'est-à-dire que le test anti-VIH soit inclus dans un bilan prénatal complet et soit ainsi offert à toutes les femmes enceintes afin qu'elles puissent bénéficier, le cas échéant, du traitement et éviter que le VIH se transmette à l'enfant à naître. Toutefois, le dépistage du VIH doit demeurer volontaire et être fait avec le consentement de la femme enceinte.

Activités :

- *Généralisation des services concernant la consultation en matière de sexualité – du type clinique jeunesse – et la contraception orale d'urgence ainsi que des services gratuits d'interruption volontaire de grossesse à toutes les régions du Québec. Ces services contribuent également à la réduction des infections transmissibles sexuellement.*
- *Promotion et application des lignes directrices relatives aux ITS pour l'investigation des cas, la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions, tel que cela est prévu au chapitre XI de la Loi sur la santé publique.*
- *Soutien des pratiques cliniques préventives par l'approche systématique du test de dépistage du VIH aux femmes enceintes.*

4^e stratégie : mettre sur pied des mesures particulières de prévention

Objectifs :

- récupérer les seringues usagées dans l'environnement ;
- assurer l'accessibilité à une prophylaxie post-exposition au VIH et au VHB.

Récupération des seringues usagées

La présence de seringues usagées dans l'environnement suscite beaucoup de craintes de la part de la population et préoccupe grandement les milieux de santé publique. La récupération des seringues usagées soulève de nombreuses questions, notamment en ce qui a trait aux dispositions à favoriser pour réduire la présence de celles-ci dans l'environnement et faciliter la récupération du matériel d'injection usagé. Il convient de se pencher sur ces questions afin de déterminer les mesures qui conviennent et de réaliser par la suite les actions nécessaires.

Prophylaxie post-exposition

Il arrive que des personnes soient exposées accidentellement au sang et aux autres liquides biologiques pouvant comporter un risque de transmission du VIH, du VHB et du VHC. Des recommandations sur le suivi post-exposition dans le contexte d'une exposition professionnelle ont été largement diffusées, mais l'application des mesures semble inégale

dans tout le réseau de la santé et des secteurs impliqués. Quant à la question d'élargir le suivi post-exposition à d'autres contextes tels que l'exposition sexuelle ou le partage de seringues souillées, elle a été soulevée et devrait donner lieu à une prise de position précise. Néanmoins, il faut voir à assurer l'accessibilité, dans l'ensemble des régions du Québec, à une prophylaxie à la suite d'une exposition accidentelle au sang ou à d'autres liquides biologiques, afin de pouvoir appliquer les mesures cliniques pouvant prévenir la survenue des infections par le VHB ou le VIH ou la chronicité de l'hépatite C.

Activités :

- *Intervention visant la récupération de seringues usagées (VIH, VHB, VHC).*
- *Prophylaxie post-exposition (VIH et VHB) : offre de services et prise en charge clinique pour le VIH, le VHC et le VHB.*

5^e stratégie : soutenir le développement des communautés

Objectif :

- favoriser l'*empowerment* des communautés^{38, 39} pour une prise en charge de leur santé.

Il existe différentes communautés au sens strict du terme qui partagent, par exemple, des valeurs et qui sont particulièrement touchées par le VIH et les ITS. Ce sont les communautés ethnoculturelles, principalement celles dont les personnes sont originaires des Caraïbes et des pays d'Afrique, les Autochtones et, surtout, la communauté gaie qui a été la première à se mobiliser dans la lutte contre le sida. Il y aurait lieu de favoriser la formation d'autres groupes, comme les utilisateurs de drogues. Depuis 1973, il existe au Ministère un programme de soutien aux organismes communautaires (SOC) qui promeut l'action des organismes communautaires et qui prévoit qu'on leur offre soutien, information et soutien financier. Il importe de soutenir le processus d'*empowerment* de ces communautés afin qu'elles déterminent les problèmes les plus importants dans le domaine des ITSS et participent aux solutions.

Que ce soit le regroupement de personnes vulnérables en vue de défendre leurs droits et de favoriser les actions de prévention ou que ce soit des interventions qui suscitent la participation des personnes vulnérables, il convient d'appuyer ces initiatives qui contribuent à diminuer la vulnérabilité. Le Cercle de l'espoir – Stratégie des premières nations et des Inuits du Québec contre le VIH et le sida constitue un bel exemple d'une volonté de la communauté de prendre en mains ce problème. Il faut par ailleurs soutenir l'implantation de cette stratégie.

Activités à l'intention des communautés :

- *Activités de soutien aux communautés dans leur processus d'empowerment collectif ; notamment, soutien au regroupement des personnes vulnérables.*
- *Soutien à l'implantation de la Stratégie des premières nations et des Inuits du Québec contre le VIH et le sida et création de liens avec les communautés et les organismes autochtones hors communautés afin de faciliter l'accès aux soins et aux services.*

6^e stratégie : voir à une prise en charge adéquate des personnes infectées**Objectif :**

- améliorer l'accès aux soins et aux services.

Prise en charge clinique des PVVIH

Le recours à une expertise spécialisée est essentiel pour le traitement des PVVIH. De plus en plus, les cliniciens doivent traiter des patients présentant des co-infections avec le VHC ou les ITS, sans parler des complications sérieuses relatives au traitement de l'infection par le VIH. Toute PVVIH doit avoir accès à des soins et des services de qualité et à un traitement optimal.

La situation d'ensemble commande une meilleure intégration en réseau des soins et des services relatifs à l'infection par le VIH⁴⁰, comprenant les UHRESS, certains CH régionaux, les cliniques spécialisées privées, sur lesquels les PVVIH, les cliniciens et les professionnels de la santé pourront compter. En outre, du soutien à distance continuera d'être offert aux professionnels de la santé selon une formule révisée du service spécialisé de téléconsultation et du Programme national de mentorat mentionnés plus loin. Du même coup, il est nécessaire que chacune des régions se donne un plan d'organisation des soins et des services spécialisés pour les PVVIH.

Hébergement

En matière d'hébergement, les besoins ont passablement changé, eu égard aux effets positifs des traitements et aux répercussions sur le profil de la maladie de même qu'au vieillissement des PVVIH. Le taux d'occupation dans les 14 maisons d'hébergement gérées par les organismes communautaires est très variable selon les régions et les années. La demande en soins palliatifs a baissé ; il s'agirait bien davantage d'hébergement transitoire pour des PVVIH aux prises avec de multiples problèmes, tant médicaux que psychosociaux, exigeant ainsi du soutien et un certain encadrement.

Adapter l'hébergement aux besoins nécessite une réflexion et une organisation en fonction des caractéristiques des milieux où sont situées les maisons d'hébergement. Il faut, d'une part, faire preuve de prudence dans les réaménagements en raison des incertitudes qui demeurent quant aux effets bénéfiques à long terme des traitements de l'infection par le VIH et, d'autre part, explorer d'autres formes d'hébergement qui pourraient être mieux appropriées dans certains cas.

Prise en charge clinique des personnes infectées par le VHC

Les besoins augmentent en matière de prise en charge des personnes infectées par le VHC. Bon nombre de toxicomanes se trouvent parmi les personnes infectées par le VHC.

La prise en charge comprend le dépistage, l'examen clinique, la prévention, l'investigation et le suivi. Tous les patients infectés par le VHC doivent être évalués pour que l'on puisse détecter la présence d'une maladie chronique du foie. Des contrôles s'imposent périodiquement, notamment en matière d'enzymes hépatiques à différentes fréquences selon le cas. Il peut être également indiqué de procéder à une biopsie pour évaluer la sévérité de l'atteinte hépatique. Pour prévenir l'aggravation de l'atteinte hépatique, il faut informer les personnes atteintes sur les mesures appropriées d'hygiène de vie et offrir la vaccination contre le VHA et le VHB. Enfin, il peut être recommandé d'administrer une thérapie antivirale.

Une partie de la prise en charge médicale se faisant en première ligne, il faut certainement se pencher sur des modèles de suivi des patients. Par ailleurs, la biopsie hépatique et le traitement relèvent davantage des soins spécialisés, au même titre que les stades graves de la maladie. Or, les spécialistes en la matière ont de plus en plus de difficulté à suffire à la tâche. Il y a donc lieu de prévoir une organisation de soins et de services adéquate pour répondre à cette demande et rendre accessible le traitement antiviral afin de diminuer la proportion de personnes infectées qui pourraient développer une cirrhose du foie et nécessiter une greffe.

Activités :

- Mise en œuvre de plans régionaux d'organisation de soins et de services spécialisés pour les PVVIH afin de favoriser le développement de réseaux de services et l'utilisation optimale des ressources.
- Adaptation de l'hébergement à l'évolution des besoins dans la prise en charge des PVVIH, dont plusieurs de celles-ci sont aussi infectées par le VHC.
- Organisation des soins et des services afin de répondre à une demande accrue de la part des personnes infectées par le VHC.

7^e stratégie : participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être

Objectif :

- élaborer des projets d'actions intersectorielles.

Les problèmes reliés à l'infection par le VIH, à l'infection par le VHC et aux ITS ne se limitent pas à des virus et à des bactéries. Les groupes particulièrement touchés ont aussi d'autres problèmes. La solution ne réside pas strictement dans la promotion des comportements sécuritaires, le traitement des ITS ou le développement de soins et de services appropriés. La situation est complexe et oblige à faire appel à différents secteurs pour une intervention concertée auprès des groupes vulnérables et une action sur l'environnement de ces derniers pour permettre des pratiques plus sécuritaires.

Des collaborations de toutes sortes ont été établies avec d'autres secteurs, d'autres directions ou d'autres paliers du réseau de la santé et des services sociaux. On peut en mentionner quelques-unes particulièrement névralgiques : le travail de concertation au niveau régional avec les intervenants en toxicomanie, avec le milieu scolaire et avec des centres de détention ainsi que le travail de concertation au niveau national avec le ministère de la Sécurité publique, avec le ministère de l'Éducation du Québec, avec la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-sida), avec l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec (AITQ) et avec la Commission de la santé et des services sociaux des premières nations du Québec et du Labrador. Il s'agissait notamment d'entente de partenariat, d'accessibilité de services ou d'activités conjointes. Si, dans l'ensemble, le travail a eu des retombées positives, la concertation demeure fragile et doit sans cesse être ravivée.

Il faut poursuivre l'action amorcée, faire ressortir les dossiers ou les dimensions de l'action qui méritent de faire appel à des acteurs d'autres secteurs, d'autres directions. Notamment, il importe d'établir un rapport encore plus étroit avec le secteur de la toxicomanie afin de faire progresser les mesures de réduction des méfaits. Enfin, il faut explorer de nouvelles voies d'actions intersectorielles qui permettent la lutte aux ITSS.

8^e stratégie : consolider la surveillance et la vigie ainsi que les fonctions de soutien

La prise de décision de même que la conception, la planification et la mise en œuvre d'activités pertinentes et efficaces reposent sur la surveillance des ITSS et des comportements, sur la recherche dans ce domaine, sur l'évaluation des actions ainsi que sur le maintien et le développement des compétences.

Objectifs :

- informer la population et le réseau ;
- soutenir la prise de décision ;
- orienter les actions.

Surveillance et vigie

Depuis 1986, le sida – complication tardive de l’infection par le VIH – fait partie de la liste des maladies à déclaration obligatoire anonyme par les médecins. Il convient de poursuivre la surveillance du sida et de produire à fréquence régulière des rapports de surveillance.

En avril 2002, après plusieurs années de réflexion et de consultation sur le sujet, l’infection par le VIH a été ajoutée à la liste des MADO au Québec en vertu du Règlement d’application de la Loi sur la protection de la santé publique. Cette infection est déclarée par les laboratoires et les médecins selon des modalités particulières : les données sont compilées de façon anonyme, de sorte qu’il est impossible d’identifier les personnes atteintes. Grâce au lien établi avec les médecins à l’occasion de la collecte de renseignements épidémiologiques, il sera possible d’informer ces derniers sur les outils et les ressources disponibles pour la prise en charge médicale des PVVIH. Les données issues de ce programme permettront d’ici quelque temps de mieux suivre l’évolution de l’infection par le VIH, d’adapter les soins et les services offerts aux personnes atteintes et d’orienter plus précisément les actions de prévention.

En vertu de ce même règlement, le VHC a aussi été ajouté à la liste des MADO par les laboratoires, selon des modalités identiques à celles prévues pour les autres MADO.

Également, le Règlement d’application de la Loi sur la santé publique, dont l’entrée en vigueur est le 20 novembre 2003, vient uniformiser la déclaration obligatoire des ITS, notamment en rendant nominales la déclaration de l’infection gonococcique et la déclaration de la syphilis, tout comme l’étaient déjà la déclaration de la chlamydie, celle de l’hépatite B et celle de l’hépatite C. Cette disposition devrait conférer aux données plus de validité et permettre d’intensifier les activités de vigie sanitaire de ces infections dont l’incidence augmente. Un rapport annuel de surveillance est produit depuis 1992.

Enfin, on ne saurait trop insister sur l’importance de maintenir, à intervalle régulier, la surveillance des déterminants de la santé quant aux attitudes de même qu’aux comportements relatifs à la sexualité et à l’injection de drogues dans les groupes vulnérables et dans la population en général. Il s’agit d’une information de première importance qui permet d’ajuster les interventions de prévention en conséquence et qui peut permettre une baisse du nombre d’infections.

Activités :

- *Surveillance du sida : poursuite des activités.*
- *Surveillance de l'infection par le VIH afin d'obtenir un meilleur portrait de la situation.*
- *Surveillance du VHC et vigie sanitaire : poursuite des enquêtes et des études sur les modes de transmission.*
- *Surveillance des déterminants de la santé relatifs aux attitudes et aux comportements de la population en général et des populations vulnérables, au regard de la sexualité et de l'injection de drogues.*
- *Surveillance des ITS et vigie sanitaire : poursuite de la surveillance et des enquêtes épidémiologiques.*

Recherche et innovation

Plusieurs organismes contribuent à la recherche. Le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) voit à la réalisation d'un bon nombre de recherches fondamentales, cliniques et épidémiologiques en santé publique. Le Fonds voit aussi, depuis peu, à la réalisation de recherches psychosociales en ce qui a trait au VIH et au VHC. Le Réseau sida et maladies infectieuses du FRSQ favorise une approche plus intégrée de la recherche dans ce domaine. Des cliniciens et des chercheurs tant des universités que des directions de santé publique, de l'INSPQ et des UHRESS contribuent à la recherche.

Avec la Politique sur la recherche, entrée en vigueur en 2001, les organismes subventionnaires de recherche ont vu leur mandat se modifier. Le Conseil québécois de recherche sociale (CQRS), auquel se rattachait l'équipe multidisciplinaire sur la prévention des ITS et du VIH, a été remplacé par le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC), et le FRSQ a pris en charge le volet psychosocial sur la prévention des ITS et du VIH. Un programme de subventions mis sur pied conjointement par le FQRSC et le Ministère pour la recherche en matière de VIH et des ITS a suscité l'augmentation du nombre de projets de recherche dans le domaine. De plus, l'équipe multidisciplinaire sur la prévention des ITS et du VIH a poursuivi ses travaux sur les comportements individuels et interpersonnels ainsi que sur des aspects de l'environnement. Cependant, dans toute cette opération de transfert du volet psychosocial au sein du FRSQ, certaines modalités restent à préciser en ce qui a trait à l'intégration de l'équipe multidisciplinaire et du programme conjoint de subventions de recherche. De plus, il y a lieu de s'assurer que les ITS soient explicitement considérées avec le VIH et le VHC dans les axes de recherche élaborés par le FRSQ.

D'autre part, comme les organismes communautaires se préoccupent de rapprocher la recherche de leur milieu d'intervention, ils tentent de maintenir une infrastructure de recherche communautaire afin de mieux comprendre les phénomènes observés dans leur milieu, de sensibiliser les chercheurs à leur préoccupation, d'utiliser à bon escient les résultats de recherche et d'améliorer l'intervention. Des chercheurs universitaires y

participent, et un lien est assuré avec l'équipe de prévention des ITS et du VIH du FRSQ. Il s'agit d'un projet prometteur qui devrait faciliter le transfert des connaissances.

Bien sûr, il faut favoriser la recherche pour améliorer les connaissances sur l'épidémiologie de l'infection par le VIH, de l'infection par le VHC et des ITS, et sur différents aspects fondamentaux rattachés à l'évolution des infections, aux comportements et aux déterminants de la santé. Il faut également favoriser la recherche pour mieux connaître les éléments de la prise en charge clinique des patients et les stratégies les plus efficaces pour lutter contre les infections. Sans vouloir restreindre les champs possibles de recherche, il convient de rapprocher la recherche de l'intervention et de la prise de décision pour mener à bien cette lutte.

Activités :

- Soutien à la recherche pour améliorer les connaissances sur l'épidémiologie du VIH, du VHC et des ITS, la prise en charge clinique des patients et les stratégies de prévention contre ces infections.

Évaluation

Au cours de la mise en application des Priorités nationales de santé publique, l'infection par le VIH et les ITS ont fait l'objet d'une évaluation annuelle, en ce qui a trait aux interventions de prévention, à une éventuelle politique nationale de réduction des méfaits pour la toxicomanie, au Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse et aux données fiables sur l'infection par le VIH, les MADO, les ITS virales et les complications liées aux ITS.

D'autre part, une démarche d'évaluation des stratégies en cours de 1997 à 2001 a été entreprise. Le modèle organisationnel des UHRESS⁴¹ a été examiné en vue de favoriser le développement de l'expertise et une réponse plus adaptée aux besoins de soins et de services des PVVIH. Un bilan des actions en prévention, en soins et services et en activités de soutien a été confié à l'INSPQ⁴. Concurrément, deux recherches ont été lancées dans le cadre du Programme d'action concertée du FQRSC : l'une porte sur un bilan analytique des initiatives de prévention²⁹ et l'autre, sur les représentations des actions intersectorielles³⁰. Les résultats des recherches seront disponibles au cours de la prochaine stratégie et devraient permettre de mieux éclairer l'action dans différents secteurs et de procéder aux ajustements qui s'imposent. Enfin, diverses évaluations de projets ou de programmes ont été menées à l'initiative des directions de santé publique et des organismes communautaires.

Les besoins sont grands en évaluation de la stratégie et des activités qui sont dans le PNSP. Qu'il s'agisse d'évaluer les besoins, de suivre des activités, d'en évaluer l'implantation et les effets ou de comprendre des difficultés d'implantation, il faut voir à inscrire cela dans un processus de planification d'ensemble pour en assurer une meilleure pertinence.

Activité :

- Planification de l'évaluation de la stratégie et de la mise en œuvre des projets jugés prioritaires, conformément au plan global d'évaluation du PNSP.

Maintien et développement des compétences

Problème non négligeable actuellement, il semble y avoir peu de renouvellement parmi les experts dans le domaine et peu de candidats pour assurer l'éventuelle relève en recherche épidémiologique sur le VIH, l'hépatite C et les ITS ainsi que pour l'intervention de santé publique. Il y a lieu d'intéresser à ce domaine les étudiants sortants des différents programmes pertinents.

Outils indispensables pour amener un changement, transmettre de nouvelles connaissances et favoriser l'adaptation des pratiques des intervenants aux nouvelles réalités sociosanitaires, les programmes nationaux de formation ont porté notamment sur l'adaptation des interventions aux réalités homosexuelles, sur l'approche de réduction des méfaits liés à l'usage des drogues, notamment en milieu carcéral, sur le traitement à la méthadone pour les personnes héroïnomanes, sur la prévention et la prise en charge clinique des personnes infectées par l'hépatite C. D'autres formations, déjà éprouvées, ont continué à être données.

Il importe de poursuivre des activités de formation à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux, des intervenants dans les organismes communautaires et en milieu autochtone, qui s'inscrivent, pour le volet ayant trait à la santé publique, dans le plan d'ensemble de formation en soutien du PNSP. Il faut aussi demeurer à l'écoute des demandes et des besoins qui pourraient se manifester en cours de stratégie. Notamment, il est prévu que les SIDEPA ainsi que l'intervention de prévention auprès des partenaires de personnes infectées par une ITS, tous les deux en cours d'implantation, fassent l'objet d'offres de formation pour soutenir les professionnels et les intervenants dans leur action.

Des activités de transfert de connaissances adoptant différentes formes ont été réalisées. Il suffit de penser, notamment, au projet Outillons-nous de la COCQ-sida, aux colloques organisés par l'équipe de prévention des ITS et du VIH du FRSQ et à celui organisé pour les psychologues et les travailleurs sociaux, aux forums sur les ITSS et aux rencontres provinciales des représentants des réseaux de la santé et de la sécurité publique, des responsables régionaux ou des intervenants des programmes de prévention du VIH et du VHC chez les UDI. Il faut continuer ce genre d'activités en renouvelant les contenus et les formules.

Diverses mesures sont en place pour soutenir les cliniciens dans le suivi des PVVIH.

Le Comité consultatif sur la prise en charge clinique des PVVIH regroupe des experts de différents horizons. Non seulement ce comité conseille le Ministère, mais il publie aussi, à l'intention des médecins et des professionnels de la santé, différents guides relatifs au développement et à l'application des nouvelles thérapies. Les connaissances dans ce domaine évoluent suffisamment pour qu'il y ait lieu de favoriser la réunion d'experts pour discuter des questions relatives à la prise en charge diagnostique, clinique et thérapeutique des PVVIH et pour donner des avis.

De plus, il est possible pour les professionnels d'avoir du soutien à distance. En effet, le Programme national de mentorat prévoit une formation continue pour les médecins et les infirmières selon diverses modalités (pairage, ateliers de formation, stage, etc.). Accessible 24 heures par jour et 7 jours par semaine, le service spécialisé de consultation téléphonique rattaché à une UHRESS permet aux professionnels et aux intervenants d'obtenir de l'information d'experts sur l'infection par le VIH. Il y aurait lieu de revoir le fonctionnement de ces soutiens à distance pour maximiser leur utilisation.

Au chapitre des ITS, le Comité consultatif sur les ITS a récemment terminé ses travaux. Composé d'experts tant du domaine de la santé publique que du milieu clinique, il avait pour mandat de soutenir le Ministère dans l'implantation de la stratégie. Il conseillait ce dernier sur les aspects de surveillance, élaborait et mettait à jour un protocole d'intervention de santé publique, révisait les directives de dépistage et de traitement des ITS et jouait le rôle d'expert-conseil en prévention des ITS. Il faut voir à assurer le recours à l'expertise dans ce domaine.

Activités :

- Activités de formation pour les médecins, les professionnels et les intervenants, notamment au sujet de l'application des lignes directrices pour les ITS, de l'approche de réduction des méfaits, du traitement à la méthadone, des phénomènes en émergence, des caractéristiques des populations vulnérables, de la loi de l'immigration relative au test de dépistage du VIH ou de nouvelles activités en fonction des besoins.
- Mesures de soutien à la compétence des professionnels de la santé et des services sociaux :
 - Soutien à la réunion d'experts sur la prise en charge clinique des PVVIH.
 - Révision du Programme national de mentorat pour en faire une ressource permanente de formation pour les professionnels de la santé.
 - Révision de la mission du service de téléconsultation sur le VIH et le sida à l'intention des professionnels de la santé, notamment pour renforcer son rôle quant aux urgences médicales, en particulier l'exposition accidentelle aux liquides biologiques.

4 Mise en œuvre de la stratégie

4.1 Les acteurs : la force du réseau

La lutte contre le VIH, le VHC et les ITS se fait grâce aux multiples acteurs et partenaires sensibilisés à la cause : ce sont les intervenants, les professionnels et les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux, du réseau communautaire ainsi que d'autres réseaux impliqués dans la lutte contre les ITSS. La Loi sur les services de santé et les services sociaux, la Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec et, plus récemment, la Loi sur la santé publique et le PNSP qui en découle précisent les différentes responsabilités des acteurs, tant des instances que des établissements, dans l'exercice des fonctions de santé publique (surveillance, promotion de la santé et du bien-être, prévention des infections, protection de la santé et soutien) ainsi que dans l'offre et l'organisation de soins et de services.

Au regard des orientations de la présente stratégie, il est nécessaire de préciser davantage les rôles des acteurs dans leur champ d'action respectif.

Le Ministère

Au plan national, le Ministère voit à l'élaboration des orientations en matière de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les ITS, sur la base de la lecture d'ensemble des problèmes, tout en considérant que les réalités régionales sont parfois différentes. Afin de faciliter la mise en œuvre des orientations, le Ministère informe et sensibilise les acteurs et les partenaires nationaux et régionaux en cause sur la portée du PNSP et de la présente stratégie ; notamment, il participe aux tables de concertation et consulte les membres. Il travaille aussi sur les conditions nécessaires dans l'environnement national à la mise en œuvre de ces orientations : il peut s'agir de mobiliser les acteurs et les partenaires autour d'un même projet, de défendre ou de promouvoir un dossier auprès d'un autre ministère ou d'une autre direction, d'organiser des campagnes nationales de prévention, de mettre à jour des protocoles d'intervention et de voir au développement des compétences. De plus, il soutient les régions dans la traduction opérationnelle de ces orientations, comme la création d'outils. Enfin, il s'assure que les stratégies, les approches et les interventions soient évaluées et voit à la reddition de comptes.

Les instances régionales

Au plan régional, les instances régionales de la santé et des services sociaux sont maîtres d'œuvre de la présente stratégie sur leur territoire. Relativement à la nature et à l'ampleur des problèmes, aux ressources disponibles et aux besoins de leur population, elles traduisent dans leur PAR les interventions qui sont préconisées dans le PNSP et la présente stratégie. C'est à ce niveau que se font la planification et la coordination des

programmes et des soins et des services en matière d'infection par le VIH, d'hépatite C et d'ITS de même que leur adaptation aux réalités régionales.

À ce niveau, les dossiers en matière de protection, de promotion, de prévention, de recherche et de surveillance sont pris en charge par les directions de santé publique. Dans certaines régions, les directions de santé publique s'occupent aussi des soins et des services relatifs à l'infection par le VIH. Quelle que soit la répartition des dossiers sur les ITSS, il est essentiel d'assurer une concertation entre les différents secteurs pour une meilleure convergence de l'action. La place accordée à la lutte aux ITSS dans la planification régionale ne va pas de soi. Certaines régions en font une priorité, d'autres y donnent moins d'importance. Parfois, l'ampleur du problème justifie la place accordée ; parfois, la sensibilisation plus ou moins grande des décideurs ou des acteurs au problème est en cause. Il convient de mobiliser aussi à ce niveau les acteurs et les partenaires et de défendre le dossier.

Les CLSC et les cabinets privés

Sur le plan local, les CLSC jouent un rôle de premier plan en soins de première ligne ainsi qu'en prévention primaire et secondaire, surtout auprès des jeunes et des groupes vulnérables. La mise en œuvre de leurs actions dans les milieux de vie est tributaire de la diversité de leur programme, de leur disponibilité à l'égard des personnes, de la souplesse de leur organisation, de leur ancrage dans la communauté et de leur intervention pour répondre aux besoins de celle-ci. Leurs activités en matière de VIH et du sida, d'hépatite C et d'ITS seront intégrées aux PAL de santé publique en tenant compte, notamment, des activités des organismes communautaires.

Quant aux médecins en cabinet privé qu'on trouve un peu partout au Québec et aux groupes de médecine familiale à venir, ils constituent les acteurs primordiaux dans le dépistage des ITSS et le traitement des ITS.

Les UHRESS, les CH et les cliniques privées spécialisées

Dans le domaine des soins et des services spécialisés en VIH, les UHRESS jouent un rôle important au niveau régional dans l'offre de soins et de services par des équipes multidisciplinaires et au niveau suprarégional dans le déploiement de l'expertise, notamment par le truchement du Programme national de mentorat et du service spécialisé de téléconsultation. Cinq hôpitaux « satellites » assurent aussi des soins spécialisés pour le VIH, de même que des CH pour les ITSS. Autre maillon du réseau sur le plan local, trois cliniques privées accueillent chacune plusieurs centaines de patients infectés par le VIH parfois très vulnérables ; elles reçoivent également des stagiaires et participent à des activités de recherche clinique. L'accès plus large aux soins et aux services spécialisés demeure une préoccupation dans le domaine du VIH, mais aussi dans celui du VHC.

Les organismes communautaires

Par ailleurs, les organismes communautaires occupent un secteur particulier d'intervention dans le domaine de la santé et des services sociaux. Ils sont dotés d'un statut singulier qui leur confère une certaine autonomie reconnue par l'État. Les organismes définissent leur mission selon leur volonté propre d'agir, à partir des besoins qu'ils ont eux-mêmes perçus dans leur communauté, ce qui rend possible dans les circonstances une diversité d'organismes et d'interventions. Ils s'inscrivent dans une vision et une approche globales de la santé et du bien-être. Ils favorisent un fonctionnement démocratique et des rapports plus égalitaires entre les intervenants et les participants. Avec un autre univers, une autre philosophie, une autre façon d'agir et un statut singulier, les organismes communautaires ont un rapport plus différent avec le réseau de la santé et des services sociaux que ne l'ont les diverses instances.

Beaucoup d'organismes se sont formés^{xxiii}, au début de l'épidémie de sida afin de venir en aide aux personnes atteintes et défendre leurs droits. D'autres organismes voués à l'aide et à l'entraide auprès de groupes vulnérables (travailleuses du sexe, itinérants, jeunes de la rue, etc.) se sont associés à la cause. Pour les premiers, la lutte contre le sida a été, et est leur raison d'être et leur raison de se mobiliser. Selon les besoins et l'évolution du problème, certains organismes offrent des services d'aide et d'entraide, et certains, des services d'hébergement pour les PVVIH. Ils réalisent aussi la majorité des projets de promotion des comportements sécuritaires auprès des groupes vulnérables. Par leur approche, la nature de leurs actions et leur statut, les organismes communautaires apportent ainsi une contribution originale et essentielle au regard des besoins sociaux et des besoins de santé de la population vulnérable au VIH, au VHC et aux ITS. Il importe de favoriser un travail en partenariat avec ce secteur.

L'INSPQ

L'INSPQ a pour mission de soutenir le Ministère et les instances régionales dans l'exercice de leur mission de santé publique. Ce soutien se traduit par de l'assistance sous forme de conseils, de la formation, de l'information, de la recherche, de l'évaluation, des services de laboratoire spécialisés et de la coopération internationale. Non seulement l'INSPQ tente de répondre aux besoins d'expertise du Ministère et des instances régionales, mais il permet, d'une manière plus large, une meilleure accessibilité, une disponibilité accrue, une coordination efficace et un développement de l'expertise et des connaissances. Notamment, il planifie et coordonne des programmes nationaux de formation dans lesquels on tient compte de l'évolution du contexte épidémiologique et des défis de l'intervention. De même, il voit à l'élaboration et à la mise en œuvre du cadre d'évaluation de la stratégie. Quoique l'implantation de cette nouvelle organisation ne soit pas pleinement complétée, il importe d'accroître les liens entre le Ministère, les instances régionales et l'INSPQ pour une concertation accrue en matière d'ITSS.

xxiii Quelques organismes d'aide et d'entraide pour les personnes atteintes d'hépatite C ont été créés dans la foulée du rapport Krever ou existaient déjà et se sont préoccupés de ce problème.

Les milieux de la recherche

L'apport des milieux de la recherche est essentiel pour la lutte aux ITSS, les décisions à prendre et les interventions à réaliser. Qu'ils proviennent des universités, des centres de recherche ou du secteur de la santé publique, les chercheurs peuvent contribuer à la mise en œuvre de la stratégie en soutenant les différents acteurs par des activités de recherche, d'évaluation et de transferts des connaissances, par exemple.

Les partenaires

Le travail d'ensemble se fait difficilement en vase clos. L'action dans le domaine du VIH, du VHC et des ITS exige de multiples collaborations, non seulement entre les acteurs du domaine, mais aussi avec d'autres partenaires : les autres directions du Ministère, les autres ministères (ministère de l'Éducation du Québec, ministère de la Sécurité publique), les directions au sein des instances régionales, les municipalités, les organismes parapublics, les commissions scolaires, les écoles, les centres jeunesse, les centres d'accueil et de réadaptation, les milieux de travail ou de commerce, les centres de détention et de transition. Un partenariat avec différents acteurs d'autres secteurs ne s'établit pas toujours spontanément, sans contrainte. La dynamique de relations passe souvent par une redéfinition ou un ajustement des rôles de chacun.

4.2 La dynamique

Un outil

La présente stratégie se veut un outil complémentaire au PNSP en ce qui a trait aux ITSS. Plus détaillée que le PNSP quant à ce domaine, mais conforme à ce cadre, la stratégie englobe diverses composantes pour une action d'ensemble. Si les soins et les services y sont considérés avec la prévention et les mesures de soutien, si l'infection par le VIH, l'infection par le VHC et les ITS y sont toutes prises en compte, c'est pour mieux orchestrer l'action à l'intention de la population en général, des groupes vulnérables et des personnes touchées par les ITSS.

De plus, l'énoncé des problèmes et la mise en évidence des enjeux, de même que l'énumération des activités et les exemples à l'appui, constituent du matériel de référence pour tous les acteurs. Ceux-ci sont invités à effectuer une analyse des problèmes et des besoins sur leur territoire ainsi qu'à procéder à la planification régionale ou locale des actions dans le domaine.

Enfin, le document s'avère un outil de mobilisation des partenaires et d'acteurs autour de ces problèmes. Les orientations indiquent la direction que peut prendre l'action, permettent une convergence des efforts et un sentiment accru de travail collectif. Reste à sensibiliser et à convaincre des partenaires éventuels de participer à cette action.

Des façons de faire

Parler de responsabilités assumées et de plein accomplissement des rôles respectifs est incontournable pour bien définir l'action. Mais, il ne s'agit pas que de cela. Pour que les actions soient mises en œuvre, il faut des personnes qui s'engagent à les mener. C'est pourquoi il importe d'y faire appel.

Il existe chez les personnes dévouées à la cause dans le réseau de la santé et des services sociaux et à l'extérieur du réseau une richesse d'expérience et une polyvalence. L'engagement des acteurs, leur motivation, leur énergie, leur esprit d'initiative et leur ouverture à créer des liens sont essentiels à l'existence ainsi qu'à la vitalité d'un réseau de soins et de services. Il faut sans doute se le rappeler.

Pour encourager le réseau à adhérer aux orientations, il convient de prévoir des dispositions qui permettent aux acteurs de s'approprier le contenu de la stratégie et de voir ce que cela représente à leur échelle. Après, il faut assurer des mesures de soutien à la mise en œuvre, et ce, pour les différents paliers du réseau.

Sans penser à des changements majeurs dans le cadre de cette stratégie, il faut tout de même envisager de modifier certaines façons de faire. La lutte commune aux ITSS exige de la part des acteurs une ouverture à d'autres problèmes et, parfois, des pratiques plus diversifiées. Par ailleurs, il faut favoriser des approches de collaboration et de partenariat afin d'utiliser au mieux les ressources et les expertises.

S'il faut voir à créer un climat favorable à la promotion des comportements sécuritaires et à motiver les personnes à maintenir et à adopter ces comportements, il en est un peu ainsi pour la mise en œuvre de la stratégie. L'exemple doit partir de soi.

Conclusion

Le présent document marque une autre étape dans la lutte contre le VIH et le sida, le VHC et les ITS au Québec. Depuis 1997, des aspects du contexte ont suffisamment changé pour qu'il soit nécessaire de reconsidérer la stratégie d'ensemble afin d'en ajuster certains aspects. L'espérance de vie des PVVIH s'est accrue et leur état de santé s'est amélioré pour la plupart grâce à l'apparition des multithérapies. Les PVVIH sont de plus en plus nombreuses. Les traitements se sont complexifiés et les besoins des PVVIH se sont transformés. Le nombre de PVVIH aux prises avec de multiples problèmes a augmenté, mais aussi le nombre de personnes infectées par le VHC. On assiste ces dernières années à une augmentation des cas déclarés de chlamydie génitale et de gonorrhée ainsi qu'à une éclosion de syphilis infectieuse.

Si le phénomène de banalisation de l'infection par le VIH peut avoir un certain effet sur le relâchement des comportements sécuritaires, cela n'explique pas tout. On oublie souvent que la problématique d'ensemble du VIH, du VHC et des ITS s'inscrit dans un contexte socio-économique caractérisé notamment par l'augmentation de certains problèmes sociaux et de certains problèmes de santé, dont la pauvreté, la toxicomanie, la maladie mentale, l'itinérance et la violence. Les personnes les plus touchées par ces problèmes composent en partie les groupes vulnérables avec lesquels il faut travailler pour lutter contre les ITSS. C'est dire la complexité de l'intervention et la difficulté que cela représente de motiver ces personnes à adopter des comportements sécuritaires. Quoique le défi soit important, il n'est toutefois pas insurmontable dans la mesure où certaines conditions sont réunies : des actions de prévention diversifiées, intenses, soutenues et adaptées, des actions menées sur l'environnement social de façon à rendre meilleures ces actions de prévention ainsi qu'un accès à des services et des soins de qualité pour les personnes infectées.

La présente stratégie guide les efforts quelque peu différemment. Si plusieurs activités constituent le prolongement des stratégies précédentes, d'autres activités se doivent d'être mieux adaptées aux nouvelles réalités, et une dynamique de fonctionnement visant la collaboration et la cohérence doit s'intensifier.

En matière de prévention, il faut toujours poursuivre les activités de promotion des comportements sécuritaires et de prévention des ITSS. Ce n'est pas tant la nature des activités qui change que le contenu des messages, le choix plus judicieux de projets jugés efficaces, des modalités appropriées à certains programmes, un déploiement mieux orchestré des interventions ainsi qu'une ouverture et une participation plus grandes dans des dossiers connexes. De plus, il faut souligner l'accent qui est mis sur le dépistage des ITSS et l'intervention de prévention auprès des partenaires des personnes infectées par des ITS afin de tenter de briser la chaîne de transmission des infections.

Par rapport au domaine des soins et des services, la demande de services particuliers de maintien à domicile pour les PVVIH est beaucoup moins grande ; ils sont délaissés pour

que l'on puisse davantage miser sur des activités de prévention, de soutien à l'observance des traitements et de réinsertion sociale. Des transformations sont à prévoir en matière d'hébergement pour que les modalités répondent davantage aux besoins des PVVIH. L'accès aux soins et aux services demeure la principale préoccupation. Il se traduit, dans le cas de l'infection par le VIH, par la mise en réseau des services pour une utilisation optimale des ressources, par la planification de l'organisation des première et deuxième lignes pour répondre à une demande accrue de la part des personnes infectées par le VHC et par un dépistage des ITSS qui cible mieux les groupes vulnérables.

Par ailleurs, la surveillance et les fonctions de soutien sont consolidées. En matière de surveillance, c'est la Loi sur la santé publique et les règlements d'application qui prévoient des moyens accrus. La loi et ces règlements rendent nominales la déclaration de l'infection gonococcique et la déclaration de la syphilis. En ce qui a trait à la recherche et à l'innovation, on démontre une plus grande volonté de créer des liens plus étroits avec le milieu de l'intervention en faisant connaître les besoins dans le domaine et en favorisant les activités de transfert des connaissances. Enfin, en ce qui concerne l'évaluation ainsi que le maintien et le développement des compétences, il s'agit essentiellement de poursuivre les activités en respectant les plans d'ensemble du PNSP.

Mais au-delà de ces remaniements relatifs aux activités, il est une dynamique de fonctionnement qu'il importe de promouvoir. Il faut plus que jamais considérer les liens du domaine du VIH, du VHC et des ITS avec les autres domaines et les autres secteurs pour accroître la portée des actions et leur cohérence. Le fait que la présente stratégie soit un document complémentaire au PNSP et qu'elle réunisse à la fois l'infection par le VIH, l'hépatite C et les ITS démontre cette volonté d'assurer la cohésion des interventions en santé publique.

Cependant, aussi pertinente que puisse être une stratégie, si elle n'est pas soutenue par les acteurs, elle demeure une abstraction. C'est pourquoi le présent document se veut un outil de mobilisation, une source d'inspiration pour les acteurs afin que soit concertée l'action dans le domaine du VIH, du VHC et des ITS.

À nous d'agir.

Notes bibliographiques

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 133 p.
2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégie québécoise de lutte contre le sida – phase 4 – orientations 1997-2002*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 31 p.
3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégie québécoise de lutte contre les MTS – orientations 2000-2002*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, 36 p.
4. LABERGE, A. et autres. *Bilan de la mise en œuvre des orientations nationales en matière de VIH/sida, de MTS et de VHC : les points de vue des régions. Rapport synthèse*, Québec, Institut national de santé publique du Québec et Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Québec, 2002, 35 p.
5. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie. Orientations. Axes d'intervention. Actions*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 58 p.
6. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Agir ensemble. Cadre de référence pour l'élaboration d'un plan d'action national de lutte contre la toxicomanie*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 19 p.
7. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 48 p.
8. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (sida) : cas cumulatifs 1979-2003. Mise à jour no 2003-1 au 30 juin 2003*. Province de Québec, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, p. 1.
9. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (sida) : cas cumulatifs 1979-2003. Mise à jour no 2003-1 au 30 juin 2003*. Province de Québec, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, p. 16.
10. SANTÉ CANADA. *Le VIH et le sida au Canada. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2002*, Ottawa, Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada, 2003.
11. ARCHIBALD, C. *Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH*. Province de Québec 2002, Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada, 2003. Données non publiées.
12. SANTÉ CANADA. « Les infections prévalentes au VIH au Canada : près d'un tiers sans diagnostic ? », *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, Ottawa, Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada, 2003, p. 6-8.

13. ALARY, M. et autres. *Persistent increase in risky sexual behaviour but stable HIV incidence among men who have sex with men (MSM) in Montreal*. Communication présentée à la 12^e Conférence canadienne annuelle sur la recherche sur le VIH/sida, Halifax, avril 2003.
14. ALARY, M. et autres. *Decrease in needle sharing and HIV incidence among injection drug users in the province of Quebec and Ottawa*. Communication présentée à la 12^e Conférence canadienne annuelle sur la recherche sur le VIH/sida, Halifax, 2003.
15. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Protocole d'intervention – hépatite C*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 31 p.
16. ROY, E. et autres. *L'hépatite C et les facteurs psychosociaux associés au passage à l'injection chez les jeunes de la rue. Rapport d'étape numéro 2*, Montréal, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2003.
17. BRUNEAU, J. et autres. *Drug use patterns, social conditions and service utilisation according to HIV and HCV serostatus in a population of drug injectors (IDUs) in Montreal*. Affiche présentée à la 11^e Conférence canadienne annuelle sur la recherche sur le VIH/sida, Winnipeg, avril 2002.
18. LEAUNE, V. et autres. *Sondage sur les attitudes envers les personnes vivant avec le VIH dans la population générale du Québec. Rapport synthèse*, 2002, 49 p.
19. SONNEX, C. « Human Papillomavirus Infection with Particular Reference to Genital Disease », *J Can Pathol*, vol. 51, 1998, p. 643-648.
20. HALIOUA, B. et J.E. MALKIN. « Epidemiology of Genital Herpes – Recent Advances », *Eur J Dermatol*, vol. 9, 1999, p. 177-184.
21. AKOM, E. et S. VENNE. *L'infection au virus du papillome humain (VPH). Recension des écrits et consultation d'experts dans une perspective de santé publique. Ampleur et nature du problème, explorations des avenues de prévention de ces infections et de leurs complications*, Institut national de santé publique du Québec, 2002.
22. AKOM, E. et S. VENNE. *L'infection génitale au virus de l'herpès simplex (VHS). Recension des écrits et consultation d'experts dans une perspective de santé publique. Ampleur et nature du problème, explorations des avenues de prévention de ces infections et de leurs complications*, Institut national de santé publique du Québec, janvier 2003.
23. PARENT, R. et autres. *Analyse des cas d'infection génitale à chlamydia trachomatis, de gonorrhée, d'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile 1997-2002*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux (Collection analyses et surveillance). À paraître.
24. POULIN C. et M. ALARY. *Évaluation du programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement de 1996 à 2000*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002 (Collection analyses et surveillance).
25. VENNE, S. *Rapport d'analyse – Enquêtes épidémiologiques réalisées suite à une déclaration d'infection gonococcique*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1^{er} mars 2001 – 31 décembre 2001.
26. GENDRON, S. *La pratique participative en santé publique : l'émergence d'un paradigme*. Thèse de doctorat en santé publique, option promotion, Université de Montréal, novembre 2001, 348 p.

27. BILODEAU, A. et autres. *Les priorités nationales de santé publique 1997-2002 : une évaluation de l'actualisation de leurs principes directeurs. Le cas des programmes de prévention du VIH/sida chez les hommes gais dans la région de Montréal-Centre*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2002, 120 p.
28. CONTANDRIOPOULOS, A.-P. et autres. « Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre », *Ruptures*, vol. 8, no 2, 2001, p. 38-52.
29. ROY, S. et autres. *Représentations de l'action intersectorielle dans la lutte contre le VIH, les MTS et les hépatites : étude de cas comparative à Montréal, Sherbrooke et Québec*. Résultats attendus pour juin 2005.
30. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation. Outils pour l'intégration de l'éducation à la sexualité dans la réforme de l'éducation*, Québec, ministère de l'Éducation du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 56 p.
31. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes. Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*, Québec, ministère de l'Éducation du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 34 p.
32. GODIN, G. et autres. Bilan analytique des initiatives de promotion de la santé et de prévention des MTS et du VIH. Résultats attendus pour décembre 2003.
33. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Priorités nationales de santé publique. Vers l'atteinte des résultats attendus. 5e bilan*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 261 p.
34. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Le dépistage anonyme du VIH : vers des services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales. Orientations*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 27 p.
35. « Loi sur les infirmières et les infirmiers », dans Québec. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2002, chap. 12, art. 36.
36. COMITÉ CONSULTATIF SUR LES MTS. *Notification aux partenaires des personnes atteintes d'une MTS. État de la situation et recommandations*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 70 p.
37. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, p. 38.
38. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés. Revue de littérature*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2002, 46 p.
39. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés. Conceptions, actions, enjeux, défis et préoccupations : points de vue des acteurs de directions de santé publique*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 40 p.
40. GROUPE DE TRAVAIL POUR L'ÉLABORATION D'UN PLAN NATIONAL D'ORGANISATION DE SOINS ET DE SERVICES SPÉCIALISÉS DANS LE DOMAINE DU VIH. *Pour offrir les meilleurs soins et services possible à toutes les personnes vivant avec le VIH : recommandations au ministère de la Santé et des Services sociaux*, février 2003, 57 p.

41. LABERGE, A. et autres. *Évaluation des unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS)*, Québec, Direction de la santé publique de la région de Québec, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval et École nationale d'administration publique, 2000, 130 p.
42. REMIS, R. S. *L'estimation du nombre de transfusés infectés par le virus de l'hépatite C au Canada, 1960-1985 1990-1992*, Université de Toronto, Département de santé publique et sciences, 1998, 26 p.

Annexe A

Caractéristiques des groupes vulnérables

Qu'ils soient à risque d'être infectés ou en situation de vulnérabilité sociale, les groupes vulnérables se distinguent les uns des autres à plusieurs égards.

Les **HRSH** sont toujours les plus touchés par le VIH ; ils sont aussi vulnérables aux ITS, à l'hépatite B et à l'hépatite A. Parfois exposés à la discrimination et à l'homophobie, ils peuvent se trouver en situation de plus grande vulnérabilité. Plus organisés socialement comme groupe que bien d'autres groupes vulnérables, les HRSH sont surtout concentrés dans les milieux urbains ou semi-urbains où se trouvent les principaux lieux de rencontre et de socialisation. Ils ne forment pas un tout homogène ; divers sous-groupes le composent, notamment les jeunes, les bisexuels, les PVVIH et les hommes de communautés ethnoculturelles. Des problèmes d'isolement ou d'exclusion des hommes séropositifs se posent dans cette communauté. Une certaine indifférence face à l'infection par le VIH va croissante, dans un contexte où la maladie est moins visible, est considérée comme moins menaçante et peut sembler, pour certains, plus supportable.

Les personnes **UDI** sont très à risque de contracter surtout le VHC, le VIH et le VHB. Ce sont des personnes très vulnérables en raison de leur assuétude aux drogues et des effets de celles-ci sur leurs conditions de vie, sans parler du caractère illicite de leur consommation qui rend la situation encore plus difficile. Les UDI sont aussi concentrés dans les milieux urbains et semi-urbains. Les infections par le VIH ou celles par le VHC deviennent souvent des problèmes secondaires par rapport à ceux de la toxicomanie et de la survie. Quand ces personnes sont infectées, il est parfois difficile de les traiter à cause du cumul de problèmes médicaux et psychosociaux dont elles souffrent. Les interventions en prévention sont surtout de type instrumental (offre de matériel stérile d'injection). Trop peu d'interventions vont jusqu'à améliorer les conditions de vie des UDI dans une perspective de réduction des méfaits¹. Plus d'actions devraient être effectuées pour éviter que les toxicomanes passent à l'injection.

Les **personnes originaires de pays où l'infection par le VIH est endémique** sont à risque important d'avoir acquis une infection par le VIH dans leur pays d'origine et peuvent être particulièrement vulnérables en raison de difficultés d'intégration et d'un possible isolement culturel. Concentrées surtout à Montréal, ces personnes sont issues de plusieurs communautés ethnoculturelles distinctes, dont celles des Caraïbes et des pays d'Afrique. Elles ne fréquentent pas nécessairement les mêmes lieux, n'abordent pas forcément la santé et la sexualité de la même manière et les croyances et les tabous sont parfois différents. Ces personnes formant des groupes très hétérogènes, il est difficile de trouver des situations qui les rassemblent afin d'orchestrer des interventions de prévention, si ce n'est dans le cadre du Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse. Par ailleurs, depuis le 15 janvier 2002, le test de détection de l'infection par le VIH est devenu obligatoire chez les personnes qui immigreront au Canada, ce qui peut laisser croire à certains que tout nouvel arrivant est testé. Or, des parcours migratoires

différents peuvent faire en sorte que de nouveaux arrivants échappent à cette mesure, notamment les réfugiés et les étudiants.

Les **personnes incarcérées** ont dans leur rang une proportion importante d'UDI et bon nombre de personnes infectées avant leur incarcération. Des comportements à risque en matière d'injection, de tatouage, de *body piercing* et d'activités sexuelles subsistent en cours de détention. En centre de détention, il y a une concentration de personnes vulnérables qui le deviennent encore plus à cause des caractéristiques de ce milieu de vie. Les activités dans le domaine de la prévention et des soins et des services sont concentrées dans les centres de détention de juridiction provinciale ; ceux de juridiction fédérale sont pris en charge en matière de soins de santé par les autorités gouvernementales fédérales. La philosophie et les règles du système carcéral représentent souvent des obstacles aux activités de prévention conçues dans une approche de réduction des méfaits associés à la toxicomanie.

Les **jeunes en difficulté** sont les jeunes en centre jeunesse, les jeunes de la rue, les travailleurs du sexe, les jeunes toxicomanes, les jeunes en cheminement particulier. Pour la plupart, ils fréquentent peu le réseau sociosanitaire pour des questions de prévention. Ils sont à risque important de contracter une ITS, le VHC, le VHB et le VIH en raison de leurs comportements. Des situations de vie parfois difficiles les placent dans une grande vulnérabilité sociale et prennent le dessus sur des considérations de prévention des infections. Il faut tenir compte des préoccupations des jeunes en difficulté pour aborder la prévention des infections.

Les femmes constituent un groupe très à risque d'être infectées par une ITS, surtout les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans. Par rapport au VIH, elles sont moins touchées que les hommes et elles pourraient représenter environ 12 % des PVVIH. Tout comme les jeunes en difficulté, les **femmes vulnérables** correspondent à diverses réalités, mais constituent un groupe dont le contour est encore plus flou. En effet, si elles peuvent être vulnérables en fonction des mêmes critères que les autres groupes, soit le comportement à risque ou la situation de vulnérabilité sociale, leur statut de femmes, dans un rapport de sexe et de pouvoir, leur confère en plus une vulnérabilité accrue. Les femmes vulnérables se retrouvent donc dans d'autres groupes vulnérables (UDI, communautés ethnoculturelles, personnes incarcérées, jeunes en difficulté, Autochtones, etc.) et dans des groupes distinctifs tels que les travailleuses du sexe, les femmes victimes de violence ou d'agression sexuelle et les nouvelles arrivantes. Il faut examiner dans quelles circonstances il est pertinent d'avoir une intervention différenciée selon le genre.

Les **Autochtones** constituent un groupe à risque d'être infectés par des ITS. Les données provenant des régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, ou de certaines régions où se trouvent des populations autochtones, indiquent des taux d'incidence de chlamydie génitale et de gonorrhée pouvant être jusqu'à dix fois plus élevés que dans l'ensemble du Québec. Par ailleurs, les conditions de vie parfois difficiles des Autochtones qui vivent en milieux urbains ou se déplacent vers ceux-ci font en sorte qu'ils se retrouvent parfois dans des milieux où il y a utilisation de drogues par injection ou prostitution ; ils sont ainsi vulnérables au VIH.

Faut-il le rappeler, ces groupes ne sont pas mutuellement exclusifs, ils constituent surtout des repères pour l'intervention. Sur le terrain, ces groupes ne sont pas des entités fermées et figées, les personnes qui en sont issues se mêlent souvent à la population en général.

Annexe B

Objectifs sociosanitaires du PNSP en matière de VIH et de sida, de VHC et d'ITS

D'ici à 2012

- Réduire l'incidence annuelle de l'infection par le VIH.

D'ici à 2006

- Réduire à moins de cinq le nombre de nouveau-nés infectés par le VIH chaque année.
- Réduire à moins de 50 cas pour 100 000 personnes le taux d'infection annuel à Chlamydia trachomatis.
- Réduire de 50 % le taux d'infection annuel à Chlamydia trachomatis chez les jeunes de 15 à 24 ans.
- Maintenir l'incidence globale annuelle de syphilis récente (infectieuse) sous le seuil de l'élimination (à moins de 0,2 cas pour 100 000 personnes).
- Réduire à zéro le nombre de nouveau-nés infectés par la syphilis congénitale.
- Maintenir sous le seuil de l'élimination l'incidence annuelle des infections bactériennes rares transmissibles sexuellement.

D'ici à 2012

- Réduire l'incidence de l'hépatite C.
- Réduire la proportion des personnes infectées par l'hépatite C qui développent une cirrhose du foie.
- Réduire les infections à Neisseria gonorrhoeae jusque sous le seuil de l'élimination.
- Réduire à moins de 10 pour 1 000 la fréquence des complications (grossesses ectopiques) de l'infection à Chlamydia trachomatis et de l'infection gonococcique.
- Réduire l'incidence annuelle des infections virales transmissibles sexuellement.

