

BULLETIN LE CERCLE de l'espoir



Stratégie des
Premières
Nations
et des Inuits
du Québec sur
le VIH et le sida



Printemps 2015

Avez-vous la fièvre du printemps?

Sommaire

- | | | |
|---|--|--|
| 2 Éditorial | 5 Le dépistage de routine du VIH | 12 La navigation du système de santé |
| 2 Événements à venir | 6 Épidémiologie du VIH/sida chez les Autochtones au Canada | 15 Surveillance de l'infection à N. gonorrhoeae |
| 3 Dix faits actuels que vous ne connaissez peut-être pas sur le VIH | 10 L'exercice et son impact potentiel sur l'inflammation et l'humeur | 15 Formations de l'INSPQ à venir près de chez vous |
| 4 Projet FOXY | | |

« Travailler ensemble dans un esprit d'honneur
et de respect à établir une stratégie holistique
pour les Premières Nations et les Inuits du Québec sur le VIH/sida »

ÉDITORIAL

Bonjour à toutes et à tous,

Dans le cadre de la *Semaine nationale de sensibilisation au SIDA chez les Autochtones*, du 1^{er} au 5 décembre 2014, la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL), en collaboration avec le Conseil en Éducation des Premières Nations (CEPN) et l'Institut Tshakapesh, a lancé le concours « **Une campagne à mon image** », destiné aux jeunes des Premières Nations du Québec. Ce concours invitait les élèves inscrits dans une école secondaire à créer une campagne de sensibilisation à la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

Nous sommes heureux de vous présenter l'équipe gagnante, composée de trois jeunes de la Kitigan Zibi Kikinamadinan School : Alyssa Cote, Haylee Nottaway et Austin Commanda, sous la supervision de M. David M. Gilbert, enseignant. Ceux d'entre vous qui ont assisté au *Forum santé* à Québec du 24 au 26 mars dernier ont déjà eu la chance de les découvrir dans un clip vidéo qu'ils y ont présenté.

Le matériel produit par l'équipe gagnante sera diffusé dans l'ensemble des communautés du Québec en 2015. Vous pourrez alors constater tout le talent et la maîtrise des technologies qu'ils ont déployés pour réaliser leur projet!

Sur ce, bonne lecture!

Et souvenez-vous que vous pouvez toujours nous soumettre des textes sur des sujets que vous voulez partager avec les lecteurs ou sur des activités qui se déroulent chez vous!

Marie-Noëlle Caron
Conseillère en santé publique

BULLETIN LE CERCLE DE L'ESPOIR

Ce bulletin a pour objectif d'offrir une plate-forme d'information et de communication à l'ensemble des personnes concernées par le VIH et le Sida chez les Premières Nations et les Inuits du Québec. Il vise également à faire connaître l'avancée des projets VIH/SIDA de la CSSSPNQL. Si vous souhaitez vous abonner gratuitement à ce bulletin ou aimeriez y faire publier un texte, témoignage ou lettre ouverte, veuillez contacter la CSSSPNQL au 418 842-1540. Les opinions exprimées dans ce bulletin sont celles des auteurs uniquement et ne reflètent pas nécessairement les positions officielles de la CSSSPNQL.



Recherche de textes et rédaction :
Marie-Noëlle Caron, CSSSPNQL

Infographie : Siamois graphisme

ÉVÉNEMENTS À VENIR

► Congrès annuel canadien de recherche sur le VIH/sida – L'ACRV 2015, 24^e

l'Association canadienne de recherche sur le VIH (ACRV)
30 avril au 3 mai 2015
Toronto, ON

► 23^e conférence annuelle de l'Association des infirmières et infirmiers en VIH/sida

Association des infirmières et infirmiers en VIH/sida (ACIIS)
14 au 16 mai 2015
Ottawa, ON

► Santé publique 2015

L'Association canadienne de santé publique
25 au 28 mai 2015
Vancouver, CB

► 13^e Conférence sur la réduction des méfaits de l'Alberta

Streetworks, Alberta Addicts Who Educate and Advocate Responsibly (AAWEAR)
2 au 3 juin, 2015
Edmonton, AB

► La Tribune des PVVIH/sida et l'Assemblée annuelle de la Société canadienne du sida

Société canadienne du sida
12 au 15 juin 2015
Ottawa, ON

Dix faits actuels que vous ne connaissez peut-être pas sur le VIH

Point de mire sur la prévention | Printemps 2015

Si vous venez de cligner des yeux, il se peut que vous ayez manqué certains aspects de la façon dont le VIH a changé. La science relative au VIH est en constante évolution et ce que nous savions (ou croyions savoir) il y a seulement quelques années est incorrect, incomplet ou doit être mis à niveau. Chaque année, nous en apprenons davantage sur le virus et la recherche continue de nous fournir de nouveaux outils pour prévenir, tester et traiter celui-ci.

1 La PPrE fonctionne dans le « vrai monde »

La prophylaxie pré-exposition ou PPrE consiste en un traitement quotidien administré aux personnes séronégatives qui doivent prendre des médicaments anti-VIH afin de prévenir l'infection avant d'être exposées au VIH. Bien que ce dernier outil de prévention ait été accueilli avec prudence et scepticisme, de récentes études ont démontré son efficacité si le traitement est suivi scrupuleusement, dissipant ainsi les craintes que les personnes séronégatives abandonnent les autres stratégies de prévention comme les condoms.

2 Une exposition au VIH n'entraîne pas nécessairement l'infection

Même si la façon la plus efficace de prévenir la transmission sexuelle du VIH est d'éviter l'exposition aux liquides corporels contenant le virus, en réalité, toutes les expositions n'entraînent pas l'infection. Après une exposition, le VIH doit encore effectuer un parcours difficile avant de pouvoir se transmettre dans tout l'organisme. Dans certains cas, le VIH ne peut achever son parcours et il n'y a donc pas d'infection. Les chances d'être infecté dépendent de nombreux facteurs.

3 Le liquide rectal peut transmettre le VIH

Nous savons depuis longtemps que, sans protection efficace, les relations sexuelles anales sont une activité à risque élevé pour la transmission du VIH. Pour un partenaire séronégatif pénétrant (« top »), nous pensions auparavant que le risque d'infection était dû au fait que le VIH se transmettait par le sang du rectum en passant dans le pénis. Nous savons maintenant que le VIH peut aussi être présent dans le liquide rectal, et parfois que son taux est plus élevé que dans le sang. Donc, le risque d'infection associé aux relations sexuelles anales pénétrantes peut être élevé même lorsque des lésions ou du sang ne sont pas présents.

4 Une charge virale indétectable peut être une stratégie de prévention du VIH efficace

Une charge virale indétectable peut considérablement réduire la transmission du VIH chez les couples hétérosexuels et chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Au cours des dernières années, les études et les déclarations de consensus des spécialistes ont confirmé ceci, offrant une stratégie supplémentaire pour les personnes vivant avec le VIH de réduire le risque de transmission.

5 Les expositions répétées augmentent le risque d'une activité

L'une des questions les plus fréquentes que les éducateurs en VIH se font poser concerne le niveau de risque d'une activité sexuelle déterminée. Insatisfaits de la vaste catégorisation englobant les activités à « faible risque » ou à « risque élevé », plusieurs veulent « chiffrer les risques » pour connaître les probabilités statistiques de transmission pour chaque pratique. Toutefois, ces statistiques ne reflètent pas que les risques s'accumulent à mesure qu'augmente le nombre d'expositions. Ainsi, pour une activité à faible risque, le risque d'infection peut augmenter plus cette activité est pratiquée.

6 Le VIH peut être décelé en quelques semaines

Combien de temps après une exposition possible au VIH devriez-vous attendre avant de passer un test de dépistage? Même si les technologies varient d'une région à une autre, la vaste majorité des infections au VIH peuvent être décelées beaucoup plus tôt qu'avant. Pourquoi est-ce important de le savoir? Le dépistage précoce peut entraîner de meilleurs résultats pour la santé et une espérance de vie quasi normale. Cela permet également d'éviter d'autres transmissions étant donné qu'une large proportion des nouveaux cas d'infection au VIH pourrait provenir de personnes nouvellement infectées. ▶

7 Le dépistage tardif peut être mortel

Depuis l'introduction de la thérapie antirétrovirale efficace au milieu des années 90, les personnes vivant avec le VIH des pays à revenu élevé peuvent maintenant vivre plus longtemps et en meilleure santé. Le taux de mortalité chez les personnes séropositives est toutefois plus élevé que chez les personnes séronégatives, et la plupart des décès liés au VIH sont attribuables au dépistage tardif. Selon une étude menée en Angleterre, 80 % des personnes vivant avec le VIH et qui étaient décédées avaient été diagnostiquées seulement après avoir développé une grave immunodéficience.

8 Les personnes n'utilisent pas les condoms correctement

Les condoms sont une stratégie efficace pour prévenir le VIH, mais ils sont seulement efficaces lorsqu'ils sont utilisés régulièrement et correctement. Une récente analyse documentaire a révélé que l'utilisation incorrecte des condoms est étonnamment courante, et parmi les problèmes recensés, notons des condoms qui se déchirent, glissent, coulent et qui sont enfilés trop tard. La recherche indique que l'éducation et l'expérience peuvent aider à réduire les taux de défaillance de condoms, alors pratiquez-vous!

9 Les personnes vivant avec le VIH peuvent avoir une espérance de vie quasi normale

Diagnostiqué tôt et arimé au traitement et aux soins, un jeune Canadien vivant avec le VIH peut maintenant s'attendre à vivre jusqu'au début de ses soixante-dix ans. Une récente étude a conclu qu'en général l'espérance de vie des personnes séropositives avait augmenté au cours de la dernière décennie et qu'elle approchait celle des personnes séronégatives aux circonstances semblables. Bénéficier de soins réguliers est essentiel pour avoir une espérance de vie maximale.

10 Se préparer à une épidémie de VIH qui prend de l'âge

Étant donné que les personnes continuent de vivre plus longtemps avec le VIH, les données démographiques de la population séropositive changent. Autrefois une infection qui touchait principalement les jeunes hommes gais du Canada, la proportion des personnes séropositives âgées de plus de 50 ans a augmenté graduellement dans les pays à revenu élevé. En plus des nouveaux cas d'infection au VIH survenant à un âge plus avancé, les fournisseurs de soins de santé doivent s'attendre à voir dans les prochaines années un besoin accru de services de la part de personnes âgées séropositives.

Source : www.catie.ca

Projet FOXY

LAURÉATS 2014

La troisième cérémonie annuelle de remise du Prix Inspiration Arctique a eu lieu à Ottawa, en Ontario, le 10 décembre 2014, en même temps que la conférence internationale Arctic Change 2014. Pour la première fois, le prix de 1 M\$ a été décerné à une seule équipe pour son plan extraordinaire de conversion des connaissances en action.

FOXY (FOSTERING OPEN EXPRESSION AMONG YOUTH)

La santé sexuelle des jeunes résidents du Nord est une préoccupation de taille en matière de santé publique, car les taux d'infections transmises sexuellement, de grossesse d'adolescentes et de violence sexuelle sont extrêmement élevés aux Territoires du Nord-Ouest, au Nunavut et au Yukon. En travaillant avec une équipe exceptionnelle de jeunes, d'Anciens, d'éducateurs, de chercheurs communautaires et d'artistes, le projet de recherche participative FOXY en milieu communautaire s'est vu décerner 1 M\$ pour son plan de conversion des connaissances en action. Le plan vise à reconnaître et à aborder les déterminants complexes de la santé sexuelle par le biais d'un programme pertinent accessible aux jeunes hommes et femmes résidents du Nord, à l'échelle des trois territoires.



arcticfoxy.com

Grâce à des ateliers scolaires, des retraites de leadership avec des pairs, un plan de recherche participative communautaire et des activités de diffusion des connaissances, FOXY travaillera avec les jeunes hommes et femmes du Nord pour faciliter le dialogue sur les questions de santé sexuelle, développer leur leadership et leurs capacités d'adaptation et rehausser la confiance en soi qui permet de faire des choix de vie sains. arcticfoxy.com.

Source : <http://www.arcticinspirationprize.ca/laureates/2014laureates-fr.php>

Mise à jour sur la recherche : Le dépistage de routine pourrait-il aider à réduire le nombre de personnes qui ne savent pas qu'elles sont séropositives au VIH?

Point de mire sur la prévention | Printemps 2015
par Laurel Challacombe

En 2011, on estimait que 25 % des 71 300 personnes vivant avec le VIH au Canada n'étaient pas au courant de leur infection. Les personnes qui ne sont ni dépistées ni diagnostiquées ne peuvent pas bénéficier de l'arrimage à des soins, à du soutien et à des traitements qui améliorent la santé et réduisent la transmission du VIH.

En 2013, l'Agence de la santé publique du Canada a publié un *Guide pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH* visant à « réduire le nombre d'infections par le VIH non diagnostiquées au Canada en offrant aux fournisseurs de soins un cadre de travail pour explorer les options qui amélioreront leur capacité à offrir le dépistage du VIH, ainsi que pour mieux adapter leurs approches de dépistage afin de répondre aux besoins précis de leur pratique et de leurs clients. » Une des recommandations pour améliorer le dépistage du VIH au Canada consiste à ajouter l'offre d'un test de dépistage du VIH aux soins médicaux de routine. Cette approche pourrait-elle contribuer à améliorer le diagnostic du VIH?

Le dépistage de routine à New York et à la Nouvelle-Orléans

Entre 2011 et 2013, le dépistage périodique de routine a été intégré dans deux contextes de soins de santé, dans les villes de New York et de la Nouvelle-Orléans; l'approche s'est avérée très efficace pour diagnostiquer des cas d'infection à VIH et pour arrimer les patients à des soins.

À New York, le pourcentage de personnes dépistées pour le VIH est passé de 8 % avant l'introduction du dépistage de routine, à 56 % après celle-ci. Entre 2011 et 2013, 32 534 individus ont été dépistés pour le VIH; 0,45 % d'entre eux ont reçu un résultat positif. Des personnes trouvées séropositives, 99 % ont été informées de leur résultat et 81 % ont été dirigées vers des soins.

À la Nouvelle-Orléans, le test de routine a été mis en œuvre dans deux centres. Dans le premier, le pourcentage de personnes dépistées pour le VIH est passé de 17 % avant l'introduction du dépistage de routine, à 26 % après celle-ci. Dans l'autre, le taux de dépistage a augmenté de 3 % à 17 % . En 2012, 11 257 individus ont été dépistés pour le VIH et 0,94 % d'entre eux ont reçu un résultat positif. Toutes les

personnes trouvées séropositives ont été informées de leur résultat et 74 % ont été dirigées vers des soins.

Un modèle canadien

Des programmes de dépistage de routine comme ceux de New York et de la Nouvelle-Orléans pourraient servir de modèles à adapter. Toutefois, les Canadien-nes n'ont pas besoin de chercher aussi loin les exemples de programmes de dépistage de routine. À Vancouver, l'offre systématique de test de dépistage du VIH a été intégrée dans l'amédecine familiale et dans les soins aigus, dans le cadre du Projet STOP de Vancouver. Le dépistage de routine dans ces contextes fait partie d'une stratégie à multiples facettes, qui continue d'inclure un dépistage ciblé chez les personnes à risque élevé d'infection par le VIH. Dans le contexte des soins aigus, par exemple, 10 102 tests de dépistage du VIH ont livré un résultat positif dans 0,3 % à 0,8 % des cas. Ces taux de diagnostic sont semblables à ceux mesurés à New York et à la Nouvelle-Orléans. Ils sont supérieurs au seuil de rentabilité, généralement établi à 0,1 % pour les soins aigus.

Une approche prometteuse

Ces résultats démontrent que l'offre routinière d'un test de dépistage du VIH dans les soins de santé, en complément à d'autres initiatives de test, peut accroître la connaissance du statut VIH chez les personnes qui ne demanderaient peut-être pas d'elles-mêmes ce dépistage. Elle peut également favoriser une meilleure implication dans les soins continus, parmi les personnes diagnostiquées séropositives au VIH.

**Pour obtenir l'ensemble des références,
consultez le www.catie.ca**

Source : www.catie.ca

Épidémiologie du VIH/sida chez les Autochtones au Canada

Points saillants

- Au Canada, les Autochtones sont touchés par le VIH de manière disproportionnée.
- **L'utilisation de drogues injectables demeure la principale cause de transmission du VIH chez les Autochtones au Canada.** La proportion estimée de nouvelles infections au VIH en 2011 attribuable à l'exposition à l'utilisation de drogues injectables était beaucoup plus élevée chez les Autochtones (58,1 %) que dans l'ensemble de la population canadienne (13,7 %).
- **Le VIH a un impact important chez les femmes autochtones.** Entre 1998 et 2012, près de la moitié (47,3 %) de toutes les déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les Autochtones touchaient les femmes autochtones, alors que cette proportion était de 20,1 % chez les autres groupes ethniques.
- **L'âge au moment du diagnostic d'infection au VIH chez les Autochtones tend à être plus précoce que chez les personnes d'autres origines ethniques.** Près d'un tiers (31,6 %) des déclarations de résultats positifs au test du VIH de 1998 à 2012 parmi les Autochtones touchaient des jeunes âgés de 15 à 29 ans, comparativement à 22,2 % chez les personnes d'autres origines ethniques.
- **Le risque d'infection au VIH chez les Autochtones est étroitement lié à divers déterminants de la santé qui influent sur la vulnérabilité à l'infection,** y compris la pauvreté, la précarité du logement, la santé mentale et la toxicomanie, les expériences traumatisantes pendant l'enfance, le racisme et les effets transmis de génération en génération du colonialisme et du système de pensionnats.

INTRODUCTION

L'Agence de santé publique du Canada produit des estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH à l'échelle nationale tous les trois ans. Un résumé de ces estimations chez les Autochtones pour 2011 est fourni ci-dessous. Pour obtenir une description complète des estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH à l'échelle nationale pour l'année 2011, veuillez vous reporter au document Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida publié par l'Agence.

Il est à noter que le présent résumé n'as pas une portée nationale. En effet, de 1998 à la fin de décembre 2012, 35 319 résultats positifs au test de dépistage du VIH ont été signalés à l'Agence. Cependant, les données sur la race ou l'origine étaient accessibles pour seulement 38 % des cas, et selon la province et le territoire, les rapports de déclaration ne comprenaient pas toujours tous les renseignements souhaités. Plus particulièrement, le Québec ne soumet pas de données sur la race ou l'origine ethnique à l'Agence. Des 13 435 déclarations pour lesquelles des données sur la race ou l'origine ethnique étaient disponibles, 3 124 déclarations (23,3 %) ont été recensées chez des Autochtones. Toutes les analyses décrites dans la présente section ne concernent que les cas pour lesquels des données sur la race ou l'origine ethnique étaient disponibles.

LIMITES DES DONNÉES

Les données de surveillance comportent plusieurs limites qui doivent être prises en compte dans le cadre de l'interprétation des données et des tendances possibles, notamment les retards de déclaration, la sous-déclaration et les déclarations en double. Il est important de noter que les données de surveillance comprennent uniquement des renseignements sur les personnes qui ont subi un test de dépistage et qui ont reçu un diagnostic de VIH ou de sida (appelés « cas » dans le présent rapport). Les données de surveillance du VIH **ne comprennent pas** les personnes atteintes d'une infection au VIH qui n'ont pas subi un test de dépistage du VIH. Il est important de le préciser puisque le VIH est une infection chronique dont la période de latence est longue, et de nombreuses personnes infectées au cours d'une année donnée peuvent n'être diagnostiquées que plusieurs années plus tard.

LES AUTOCHTONES CONTINUENT D'ÊTRE TOUCHÉS DE FAÇON DISPROPORTIONNÉE PAR L'ÉPIDÉMIE DE VIH/SIDA AU CANADA

Prévalence : **ensemble des cas** de VIH ou de sida dans une population à un moment donné.

Incidence : **nouveaux cas** de VIH ou de sida qui surviennent dans une population pendant une période de temps définie.

Bien que les Autochtones ne représentent que 4,3 % de la population canadienne, il a été estimé qu'ils représentaient 8,9 % de toutes les personnes vivant avec le VIH au Canada à la fin de 2011 (prévalence du VIH). Il s'agit d'une hausse de 17,3 % par rapport à la proportion estimée en 2008 à 8,5 %.

L'épidémie d'infection au VIH semble plutôt active au sein des populations autochtones au Canada. En effet, en 2011, le taux global de nouveaux cas d'infection au VIH (incidence du VIH) était environ 3,5 fois plus élevé chez les Autochtones que chez les autres Canadiens. De plus, on estime que la proportion de nouveaux cas d'infection à VIH chez les Autochtones représentait 12,2 % de toutes les nouvelles infections au Canada. Cette proportion était légèrement inférieure à l'estimation correspondante pour 2008 (12,5%).

L'INJECTION DE DROGUES DEMEURE UN MODE DE TRANSMISSION IMPORTANT DANS LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

On peut contracter le VIH ou le sida de différentes manières, ou voies d'exposition : relations sexuelles entre hommes, injection de drogues, relations hétérosexuelles, transmission périnatale, transfusion sanguine, etc... Le tableau 1 présente l'incidence et la prévalence des cas de VIH en 2011 selon la catégorie d'exposition en comparant les Autochtones à l'ensemble de la population canadienne.

La proportion des nouvelles infections au VIH estimées en 2011 et attribuées à l'utilisation de drogues injectables était plus élevée chez les Autochtones (58,1 %) que chez tous les Canadiens (13,7 %). Ces constatations mettent en évidence le caractère unique de l'épidémie du VIH chez les peuples autochtones et soulignent la complexité de l'épidémie de VIH au Canada.

En revanche, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) représentaient une plus faible proportion des nouveaux cas de VIH chez les Autochtones (8,5%), comparativement à l'ensemble des Canadiens (46,6 %). Parmi les cas de sida signalés chez les Autochtones, la proportion de cas attribuables à l'utilisation de drogues injectables a augmenté au fil du temps, passant de 17,9 % au cours de la période de 1979 à 1994, à 68,6 % au cours de la période de 2007 à 2012.

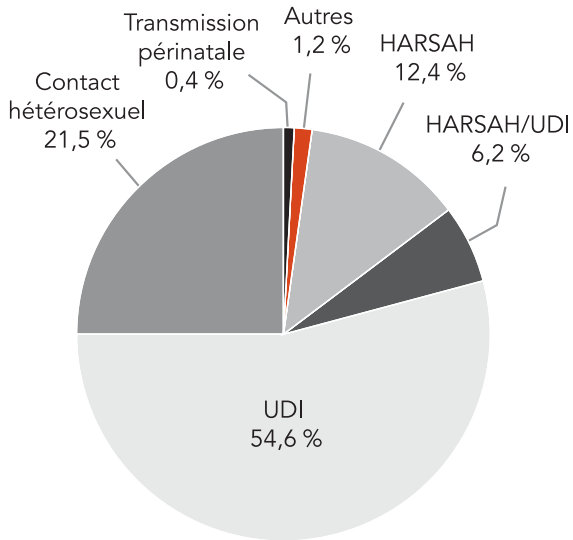
TABLEAU 1. RÉPARTITION PAR CATÉGORIE D'EXPOSITION DE L'INCIDENCE ET DE LA PRÉVALENCE D'INFECTIONS AU VIH EN 2011, COMPARANT LES ESTIMATIONS POUR LES PEUPLES AUTOCHTONES À L'ENSEMBLE DU CANADA

Catégorie d'exposition	Nombre estimé de nouvelles infections au VIH en 2011		Nombre estimé d'infections au VIH prévalentes en 2011	
	Autochtones 390 (280-500)	Population canadienne 3 175 (2 250-4 100)	Autochtones 6 380 (5 160-7 600)	Population canadienne 71 300 (58 600-84 000)
HARSAH	8,5 %	46,6 %	9,1 %	46,7 %
HARSAH/UDI	3,1 %	2,5 %	3,0 %	3,0 %
UDI	58,1 %	13,7 %	58,2 %	16,9 %
Contact hétérosexuel	30,2 %	37,2 %	28,5 %	32,5 %

HARSAH : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes; UDI: utilisation de drogues injectables; HARSAH/UDI: personnes ayant déclaré à la fois l'exposition HARSAH et UDI; Contact hétérosexuel: personnes nées dans un pays où le VIH est endémique, personnes qui déclarent un contact hétérosexuel avec une personne infectée par le VIH ou à risque élevée d'infection par le VIH, et personnes qui déclarent le contact hétérosexuel en tant que seul facteur de risque.

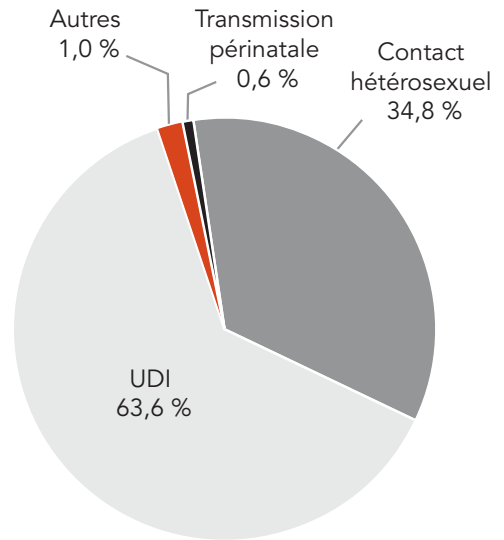


FIGURE 1A. RÉPARTITION PAR CATÉGORIE D'EXPOSITION DES CAS DE VIH AU CANADA, COMPARANT LES HOMMES AUTOCHTONES (N = 1 539) AUX HOMMES D'AUTRES ORIGINES ETHNIQUES (N = 6 245), DE 1998 À 2012

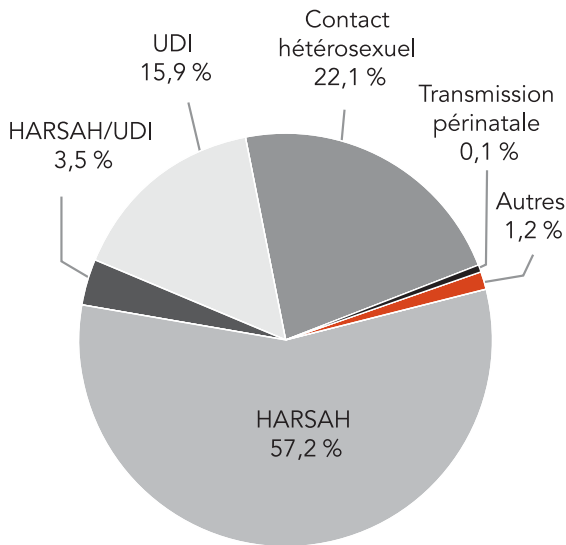


Hommes autochtones

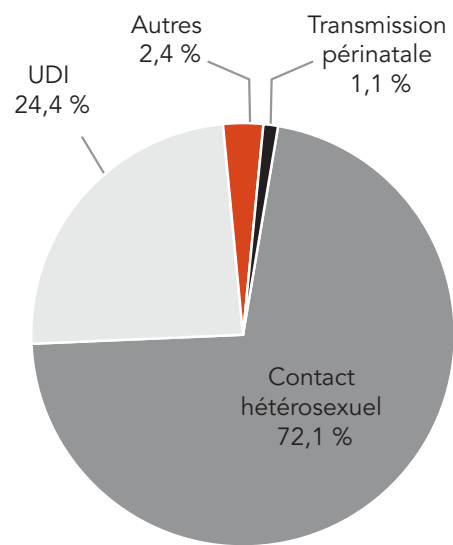
FIGURE 1B. RÉPARTITION PAR CATÉGORIE D'EXPOSITION DES CAS DE VIH AU CANADA, COMPARANT LES FEMMES AUTOCHTONES (N = 1 389) AUX FEMMES D'AUTRES ORIGINES ETHNIQUES (N = 1 579), DE 1998 À 2012



Femmes autochtones



Hommes d'autres origines ethniques



Femmes d'autres origines ethniques

LES FEMMES AUTOCHTONES MONTRENT UNE EXTRÊME VULNÉRABILITÉ À L'INFECTION AU VIH

Le VIH a un impact important chez les femmes autochtones. Entre 1998 et 2012, près de la moitié (47,3 %) de toutes les déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les Autochtones touchaient les femmes, alors que cette proportion était de 20,1 % chez les autres groupes ethniques. La majorité (63 %) des cas chez les femmes autochtones enceintes étaient liés à la catégorie d'exposition UDI.

Selon les données du Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada de 2009, les femmes autochtones représentaient 19 % de toutes les femmes séropositives ayant accouché au cours de cette année. De plus, les femmes enceintes autochtones étaient surreprésentées parmi celles qui n'avaient pas reçu de traitement antirétroviral.

Les données du Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada pour les années 1997 à 2008 indiquent que le taux de transmission de la mère à l'enfant (transmission « verticale ») chez les femmes en général au cours de cette période était de 3,5 % (n = 1 857), comparativement à 0,7 % chez les femmes traitées avec le traitement antirétroviral hautement actif (HAART). Le taux de recours au traitement HAART chez les mères autochtones a été de 55 % et le taux de transmission verticale était de 5,6 %. Parmi les mères non autochtones, le taux de recours au traitement HAART a été de 71 % et le taux de transmission était de 3,1 %.

Le Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Femmes indique que les femmes autochtones sont discriminées à travers les inégalités de genre et les normes sociales basées sur le genre, ainsi qu'à travers les inégalités raciales. Les répercussions du racisme et du sexisme accroissent la vulnérabilité des femmes autochtones à l'infection au VIH en raison de facteurs qui contribuent tous à des comportements à risque liés au VIH comme la dynamique de pouvoir inégal dans les relations intimes, le statut socioéconomique plus faible et la pauvreté.

LES AUTOCHTONES SONT INFECTÉS PAR LE VIH PLUS TÔT DANS LA VIE QUE LES NON-AUTOCHTONES

Au cours de la période de 1998 à 2012, parmi les cas de VIH qui ont été recensés chez des Autochtones, près du tiers (31,6 %) étaient des jeunes âgés de 15 à 29 ans, et plus des deux tiers (67,4 %), des gens âgés de moins de 40 ans (tableau 4). Par opposition, parmi les cas de VIH concernant d'autres origines ethniques, les proportions des groupes d'âge plus jeunes étaient plus faibles.

L'exposition à l'utilisation de drogues injectables représentait la plus grande proportion des cas de VIH concernant les

Autochtones âgés de 15 à 29 ans (63,0 %), de 30 à 39 ans (62,6 %) et de 40 à 49 ans (56,7 %). Cependant, chez les personnes âgées de 50 ans et plus, l'infection a été transmise par contact hétérosexuel chez près de la moitié des cas (48,4 %), suivie par une exposition à l'utilisation de drogues injectables (40,9 %).

FACTEURS DE RISQUE DES JEUNES AUTOCHTONES

- Connaissances inadéquates sur le VIH
- Utilisation non systématique du condom
- Consommation de drogues

TABLEAU 2. RÉPARTITION DES DÉCLARATIONS DE CAS DE VIH AU CANADA, PAR GROUPE D'ÂGE ET PAR ORIGINE ETHNIQUE*, DE 1998 À 2012

Groupe d'âge	Autochtones (n = 3 124)	Personnes d'autres origines ethniques (n = 10 310)
< 15 ans	0,7 %	0,4 %
De 15 à 19 ans	4,3 %	1,1 %
De 20 à 29 ans	27,3 %	21,1 %
De 30 à 39 ans	35,1 %	33,4 %
De 40 à 49 ans	24,2 %	28,0 %
50 ans et plus	8,4 %	16,0 %

* Les données proviennent de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick, de l'Île-du-Prince-Édouard, de Terre-Neuve-et-Labrador, du Nunavut, des territoires du Nord-Ouest et du Yukon pour la période de 1998 à 2012, et comprennent aussi l'Ontario pour la période de 2009 à 2012. n: nombre de cas pour lesquels on dispose de l'information.

EN CONCLUSION...

Les Autochtones constituent un segment particulier de l'épidémie concentrée du VIH au Canada, ce qui fait ressortir la nécessité d'interventions adaptées et propres à la culture autochtone pour prévenir l'infection au VIH et fournir des soins, des traitements et un soutien aux personnes vivant avec le VIH. Il existe un besoin continu de poursuivre la recherche qui détermine et évalue les interventions et les programmes soutenant la prévention et favorisant la résilience, particulièrement chez les populations spécialement touchées et vulnérables à l'infection au VIH, telles que les femmes et les jeunes autochtones.

PLUS DE RENSEIGNEMENTS?

Agence de la santé publique du Canada (2014), Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida – Chapitre 8 : Le VIH/sida chez les Autochtones au Canada. Accessible sur Internet à l'adresse suivante : www.phac-aspc.gc.ca

L'exercice et son impact potentiel sur l'inflammation et l'humeur

TRAITEMENTSIDA

L'infection au VIH est associée à l'activation du système immunitaire et à l'inflammation. La TAR (thérapie antirétrovirale) ne réussit que partiellement à supprimer cette inflammation. Les chercheurs ne savent pas avec certitude pourquoi l'inflammation chronique se produit chez les personnes séropositives suivant une TAR, mais ils soupçonnent que le problème est attribuable à au moins l'un des facteurs suivants :

- production continue de faibles quantités de VIH dans les profondeurs du corps, notamment dans des endroits comme les ganglions et tissus lymphatiques
- changements dans le système immunitaire causés par le VIH
- présence d'autres microbes ou d'autres facteurs inconnus

Des chercheurs de l'Université de Rome (Italie) et d'Atlanta (États-Unis) ont proposé l'exercice physique comme méthode pour réduire potentiellement l'inflammation et l'activation immunitaire chez les personnes vivant avec le VIH.

Problèmes d'adiposité

L'incitation à explorer les effets de l'exercice vient de scientifiques de l'Université Harvard qui ont souligné les tendances suivantes parmi les personnes séronégatives :

- le nombre de personnes obèses ne cesse de croître
- l'obésité nuit au système immunitaire et contribue probablement à l'inflammation
- l'obésité et l'inflammation semblent accroître le risque de résultats défavorables pour la santé, tels que le diabète de type 2, la crise cardiaque, les taux problématiques de lipides dans le sang (cholestérol et triglycérides), la dépression, la démence et le cancer du sein ou du côlon

Même si une personne n'est pas obèse, la recherche sur l'inflammation liée à l'obésité souligne l'existence d'un lien antérieurement sous-estimé entre le système immunitaire et le métabolisme.

L'exercice et l'absence d'exercice

De nombreuses études sur l'exercice ont été menées auprès de personnes séronégatives, et les chercheurs ont découvert que l'activité physique procurait de nombreux bienfaits, y compris la réduction du risque de diabète de type 2 et de maladies cardiovasculaires.

Les études menées auprès de personnes séronégatives qui ne faisaient pas d'exercice ont révélé que celles-ci étaient plus à risque de présenter une inflammation chronique de faible grade. Le problème de l'inflammation se produit parce

que de nombreuses personnes sédentaires ont tendance à accumuler de la graisse dans les régions profondes de l'abdomen. Cette graisse viscérale enveloppe les organes vitaux et produit des hormones et des signaux chimiques qui favorisent l'apparition de l'inflammation. Les hormones et les signaux chimiques produits par la graisse viscérale nuisent également au système immunitaire.

L'exercice chez les personnes séropositives

Des chercheurs œuvrant dans plusieurs centres autour du monde ont récemment étudié l'impact de l'exercice sur des personnes vivant avec le VIH. Nous en résumons les résultats ci-dessous.

Brésil

Des chercheurs de l'Université de Bahia ont mené une étude randomisée et contrôlée de six mois auprès de 63 participants séropositifs. L'équipe a prescrit l'une des interventions suivantes aux participants :

- une heure d'activité supervisée dans un centre de conditionnement physique (étirements, musculation et activités aérobiques) trois fois par semaine, ainsi que du counseling nutritionnel une fois par mois
- un atelier mensuel pour discuter de l'importance de l'activité physique et recevoir du counseling nutritionnel

À la fin de l'étude, les évaluations révélaient une baisse des mesures suivantes chez les participants qui faisaient régulièrement de l'exercice :

- graisse corporelle
- tour de taille
- glycémie

Ces mêmes participants ont connu des gains par rapport aux mesures suivantes :

- masse musculaire
- compte de CD4+ (augmentation très modeste)
- amélioration de l'humeur



Australie

Des chercheurs de l'Alfred Hospital de Melbourne ont mené une étude randomisée et contrôlée de six mois auprès de 35 hommes séropositifs qui ont reçu l'une des interventions suivantes :

- deux cours de conditionnement physique supervisés d'une heure par semaine (incluant entraînement aérobique et musculation)
- marche non supervisée deux fois par semaine et participation à une réunion de groupe mensuelle

Comme cela s'était produit lors d'autres études, les participants qui recevaient des séances d'entraînement supervisées ont connu des améliorations sur le plan de la santé cardiovasculaire, de la qualité de vie et de la fonction cognitive.

Italie : même la marche rapide fait du bien

Certaines personnes séropositives connaissent des pannes d'énergie ou se fatiguent très facilement. Pour ces personnes, il est possible qu'un programme de marche rapide convienne mieux. Des chercheurs de Milan ont recruté 59 personnes séropositives et leur ont assigné l'une des interventions suivantes pour une période de 12 semaines :

- trois séances d'une heure par semaine de marche rapide à l'extérieur
- trois séances d'une heure par semaine de marche rapide et trois séances de musculation de 30 minutes par semaine

À la fin de l'étude, tous les participants présentaient une réduction statistiquement significative de leur cholestérol total, de leur mauvais cholestérol (LDL-C) et de leur tour de taille.

Les taux de protéines sanguines associées à l'activation immunitaire ont également diminué de façon significative, y compris les suivantes :

- interleukine-6 (IL-6)
- D-dimère
- protéine C-réactive de haute sensibilité (hsCRP)
- cellules CD8+ activées

Ces résultats révèlent que même une quantité modeste d'activité physique a un effet bénéfique sur l'inflammation.

Plaisir

Les personnes qui font régulièrement de l'exercice affirment qu'elles éprouvent un sentiment de bien-être voire d'euphorie après l'activité. Selon les chercheurs, il est probable que ce résultat est attribuable aux propriétés suivantes, entre autres :

- L'exercice peut inciter les cellules à produire des signaux chimiques appelés endorphines. Ces dernières exercent un effet semblable à celui de l'analgésique morphine. De plus, les personnes qui font régulièrement de l'exercice ont souvent une meilleure tolérance à la douleur en raison de la libération d'endorphines. Ces signaux chimiques sont également utilisés par les cellules immunitaires pour communiquer entre elles.
- L'exercice incite le cerveau et d'autres parties du corps à produire et à libérer un autre groupe de signaux chimiques appelés neurotransmetteurs. Autrefois, les chercheurs pensaient que ces signaux chimiques n'étaient utilisés que pour faciliter la communication entre les cellules cérébrales, mais on a découvert que d'autres cellules étaient également sensibles aux neurotransmetteurs. Par exemple, lorsqu'on commence à faire de l'exercice, l'organisme produit des neurotransmetteurs pour aider le cœur à tolérer l'effort de l'activité. De plus, tout comme les endorphines, les neurotransmetteurs peuvent aider les gens à mieux gérer l'anxiété et le stress. L'exercice a aussi un autre bienfait : il aide le cerveau à faire la transition vers un état de détente qui facilite l'endormissement.
- Les résultats d'expériences menées auprès de personnes séronégatives portent à croire que l'exercice régulier peut améliorer la fonction cognitive. Le mécanisme précis en question n'est pas clair, mais certains chercheurs croient que l'exercice fait augmenter le volume de certaines parties du cerveau. D'autres scientifiques ont trouvé que l'exercice pouvait accroître la production de signaux chimiques tels que le BDNF (facteur neurotrophique dérivé du cerveau). Les signaux en question sont associés au développement de nouvelles cellules cérébrales et de la mémoire.

À la lumière de ces études et d'autres, de plus en plus de chercheurs se prononcent en faveur de la prescription de programmes d'exercices aux personnes séropositives afin qu'elles puissent bénéficier d'un meilleur conditionnement physique, d'une bonne qualité de vie, d'un sentiment de bien-être global et d'une réduction de l'inflammation.

Des essais cliniques à long terme sont nécessaires pour évaluer les effets de l'exercice et d'autres interventions sur la santé générale des personnes séropositives, ainsi que sur les mesures de l'inflammation.

—Sean R. Hosein

Pour obtenir l'ensemble des références, consultez le www.catie.ca
Source : CATIE

La navigation du système de santé : un examen des données probantes

Point de mire sur la prévention | Automne 2014
par Logan Broeckaert et Laurel Challacombe

La navigation du système de santé est une approche visant à améliorer la prestation des soins de santé; elle consiste à offrir de l'assistance aux individus afin qu'ils obtiennent les soins dont ils ont besoin. Un intervenant, ou « navigateur », travaille avec un client à repérer et à atténuer les obstacles qu'il peut rencontrer et qui compliquent son accès à des soins de qualité en temps opportun. Le service, adapté selon chaque individu, peut comprendre la prise de rendez-vous, le transport, l'accompagnement, l'aiguillage vers des services, l'éducation à la santé et le counseling. Le but général d'un service de navigation est de saisir les besoins de santé du client et de faire en sorte que celui-ci obtienne des soins optimaux, sans égard à sa race, à son genre, à son statut socioéconomique ou à d'autres facteurs susceptibles de rendre plus difficile l'accès à des soins de qualité.

Depuis la mise en œuvre du premier programme de navigation santé (c'était en 1990, pour des femmes à faible revenu atteintes de cancer du sein), une multitude d'autres programmes de navigation ont vu le jour, que ce soit pour d'autres cancers, le diabète, la maladie mentale ou le VIH. Les navigateurs sont aujourd'hui très répandus en Amérique du Nord, parce qu'ils peuvent jouer un rôle déterminant dans l'amélioration de la coordination des soins de santé.

La majeure partie des données probantes faisant état de l'impact de la navigation santé sur la coordination des soins et sur les résultats de santé provient de centres de soins pour le cancer – mais certaines données probantes viennent également d'autres domaines, comme celui du VIH. La navigation santé est si prometteuse que plusieurs nouvelles initiatives sont en cours. Le National Cancer Institute des États-Unis finance des essais cliniques randomisés à grande échelle afin d'examiner de plus près l'utilité de ces programmes. En ce qui concerne les soins pour le VIH, les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis considèrent que la navigation est une intervention efficace.

Le présent examen des données probantes définit ce qu'est la navigation santé et présente une description des navigateurs, de leur rôle ainsi que de leur clientèle. Il fait état des données qui existent en lien avec les soins pour le cancer, le diabète et le VIH, à l'appui des effets de la navigation sur les aspects du dépistage, des tests cliniques, de même que des résultats du diagnostic, des soins et des traitements. En outre, il fait état de résultats déclarés par les clients, notamment en ce qui concerne la satisfaction, la santé mentale et les compétences d'autogestion.

Les personnes vivant avec le VIH ont-elles besoin de navigateurs pour accéder aux soins?

Nous savons que les personnes vivant avec le VIH ont besoin de soutien pour l'aiguillage vers des soins et des traitements, puis pour y demeurer impliquées. Le concept de la cascade du traitement du VIH (qu'on appelle aussi continuum des soins) est un moyen de voir dans quelle mesure le système

arrive à impliquer les personnes dans les soins et à les retenir. La cascade se compose des étapes successives qui permettent à une personne vivant avec le VIH de réduire sa charge virale à un niveau indétectable — le résultat clinique optimal. Nous savons qu'en plus d'améliorer la santé, le traitement contre le VIH rehausse la qualité de vie.

Nous savons aussi qu'une charge virale indétectable joue un rôle déterminant dans la prévention de la transmission du VIH, donc que la rétention dans les soins et traitements est bénéfique à la fois pour la personne qui vit avec le VIH et pour ses partenaires.

Le travail des navigateurs dans le domaine de la santé peut avoir des effets déterminants sur l'implication des clients dans leurs soins pour le VIH à toutes les étapes de la cascade du traitement. Il peut s'agir d'assistance pour l'accès au dépistage et au diagnostic du VIH, d'arrimage vers des soins médicaux appropriés (et autres services de santé), de soutien pendant les soins, d'assistance pour l'accès à des traitements antirétroviraux si et quand la personne est prête, ou d'un soutien pendant le traitement.

Nous savons que plusieurs personnes vivant avec le VIH ne sont pas impliquées de façon optimale dans les soins. Des recherches démontrent que des individus tombent entre les mailles du filet à toutes les étapes du continuum des soins. Aux États-Unis, par exemple, on estime qu'entre 19 % et 28 % des personnes vivant avec le VIH ont une charge virale indétectable. On peut en conclure que jusqu'à 80 % des personnes séropositives aux États-Unis ne reçoivent peut-être pas des soins optimaux parce qu'elles n'ont pas pu suivre les étapes nécessaires ou recevoir l'aide dont elles auraient eu besoin pour y arriver. Au Canada, bien qu'il n'existe pas de statistiques nationales sur la cascade du traitement du VIH, des données de l'Alberta (54 %) et de la Colombie-Britannique (65 %) indiquent que la plupart des personnes vivant avec le VIH ne reçoivent pas des soins optimaux se soldant par une charge virale indétectable.

Quels types d'obstacles aux soins les gens rencontrent-ils?

Deux genres de facteurs peuvent faire obstacle à l'accès de clients à des soins de santé : des facteurs systémiques et des facteurs individuels. Les obstacles systémiques résultent de la structure du système des soins de santé. Il peut s'agir, par exemple, du processus de prise de rendez-vous, d'un manque d'unité dans la prestation de services ou d'un manque de services de santé spécialisés au palier local. Les navigateurs peuvent faire valoir la nécessité d'atténuer ces obstacles avec le temps; mais, pour son client particulier, un navigateur cherche des moyens de réduire les répercussions immédiates de ces obstacles sur ses soins en travaillant avec lui et avec d'autres fournisseurs de services.

Les obstacles d'ordre individuel, quant à eux, varient d'un client à l'autre. Le manque de moyens pour accéder à un transport ou à une alimentation et à un logement adéquats, le manque de ressources financières et l'absence de soutien social sont des obstacles individuels. Dans le contexte des soins pour le VIH, il se peut que la consommation de drogues et la maladie mentale fassent également partie des obstacles individuels à l'obtention de soins.

Le navigateur aide son client à cerner les obstacles qu'il rencontre, le cas échéant, puis à trouver et à mettre en œuvre des solutions et, avec le temps, à développer sa capacité de gérer ces obstacles par ses propres moyens. En développant une relation avec chacun de leurs clients, les navigateurs peuvent contribuer à atténuer les répercussions de tous les obstacles sur l'accès du client à des soins, ce qui peut contribuer à améliorer l'implication de celui-ci dans les soins, même en présence d'obstacles capables de rendre difficile l'accès aux soins.

Qu'est-ce que la navigation santé?

La navigation santé est une approche à l'amélioration de la prestation des soins de santé; elle consiste à offrir de l'assistance aux individus afin qu'ils reçoivent les soins dont ils ont besoin. Appelée également « service de pairs navigateurs », « service d'intervenants pivots » ou « orientation des patients », elle peut comporter des approches similaires à certaines interventions de coordination des soins et de gestion de cas. Il n'en existe pas de définition normative, puisque chaque programme de navigation répond aux besoins particuliers des clients dans le contexte local. Dans le présent examen, nous utilisons l'expression « navigation santé », ou le terme « navigation », pour inclure tous ces rôles en plus des rôles de certains pairs éducateurs et intervenants en santé communautaire qui peuvent fournir des services de navigation.

Les services de navigation santé peuvent être considérés selon deux catégories distinctes :

1. Des services logistiques : le navigateur s'occupe des obstacles qui concernent des actions; il peut s'agir de prendre des rendez-vous, de trouver un moyen de transport pour se rendre à un rendez-vous, d'avoir de l'information sur la santé, par exemple;

2. Des services relationnels : le navigateur fournit du soutien émotionnel, développe une relation avec le client, gagne sa confiance et renforce la relation entre son client et l'intervenant.

Dans la plupart des cas, les programmes de navigation santé fournissent les services suivants :

3. Assistance personnalisée pour surmonter des obstacles aux soins
4. Assistance pour répondre à des préoccupations émergentes du client
5. Éducation à la santé, à toutes les étapes du continuum des soins, de la prévention au traitement
6. Soutien psychosocial
7. Évolution des services de navigation

Qui sont les navigateurs?

Dans les premiers programmes de navigation des soins pour le cancer, les intervenants étaient des travailleurs volontaires, non professionnels, en santé communautaire et souvent des survivants du cancer. Depuis ce temps, le recours à des intervenants non professionnels en santé communautaire, souvent appelés « pairs » dans le domaine du VIH, a connu une évolution dans plusieurs programmes de navigation. Des professionnels — généralement en soins infirmiers ou en travail social — ont à présent des rôles de navigateurs dans plusieurs programmes.

Les navigateurs, qu'ils soient des professionnels ou non, doivent avoir les connaissances culturelles et compétences linguistiques appropriées au travail avec les clients et être en mesure de développer un lien de confiance avec ceux-ci. Ils devraient aussi être capables d'améliorer la capacité des clients de prendre des décisions quant à leur santé, d'éduquer les clients et de répondre aux enjeux psychosociaux qui se manifestent en lien avec leurs soins.

À qui s'adressent les programmes de navigation?

La plupart des programmes de navigation des soins pour le cancer s'adressent à des populations qui ont un risque élevé de ne pas recevoir des soins adéquats (par exemple, les résidents de quartiers urbains défavorisés, les peuples autochtones, les populations à faible revenu, les minorités et les populations rurales), mais on observe une tendance à offrir des services de navigation à tous les clients, quels que soient leurs besoins. Il faut plus de recherche afin de connaître les meilleures populations que la navigation pourrait cibler.

Au Canada, certaines populations pourraient être plus susceptibles d'avoir du mal à recevoir des soins appropriés. Nous savons que les peuples autochtones, les hommes gais et hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes de descendance africaine et caribéenne ainsi que les personnes qui s'injectent des drogues sont tous des groupes à risque plus élevé de contracter le VIH, et possiblement moins susceptibles d'obtenir des soins optimaux après un diagnostic. Ces populations sont susceptibles de trouver le plus de bienfaits des services de navigation concernant le VIH.

Absence de normalisation

Il n'existe pas de modèle standard de navigation santé correspondant aux besoins de toutes les populations, ni de tous les contextes et systèmes de santé, puisque les programmes de navigation sont développés pour répondre aux besoins d'un contexte local. Malgré la diversité des approches, le but de la navigation — accroître l'accès aux soins — demeure la même. Les services de navigation peuvent être offerts dans divers contextes (communautaire ou hospitalier), à diverses populations, et par divers intervenants (infirmiers ou pairs).

Les navigateurs reçoivent généralement une formation, mais il n'existe pas d'approche normalisée ou de contenu standard. En 2012, l'International Association of Providers of AIDS Care et le National Minority AIDS Council des États-Unis ont répondu à la nécessité de matériel de formation, en développant un manuel.

La navigation est-elle utile?

La littérature scientifique existante a été examinée, afin de savoir si la navigation santé fonctionne. Les détails de la méthodologie que nous avons utilisée sont expliqués à la fin du présent article.

Les données scientifiques disponibles à l'appui de chaque résultat ont été évaluées et nous avons attribué à chaque source une cote de qualité des données. Bien que l'évaluation des données laisse une marge de souplesse, les cotes ont été attribuées à partir des critères suivants :

- **Preuves solides** : au moins un examen systématique ou un corpus important d'essais cliniques randomisés (et d'études observationnelles) a conclu à la capacité de l'intervention d'influencer le résultat.
- **Preuves modérées** : au moins un essai clinique randomisé a conclu à la capacité de l'intervention d'influencer le résultat; des études observationnelles existent généralement.
- **Preuves limitées** : des études observationnelles ont conclu à la capacité de l'intervention d'influencer le résultat.
- **Pas de preuve**. Il n'existe pas de recherches publiées qui ont conclu à la capacité de l'intervention d'influencer le résultat.

TABLEAU SOMMAIRE : PREUVES DE L'IMPACT DE LA NAVIGATION SUR LES RÉSULTATS À TOUTES LES ÉTAPES DU CONTINUUM DES SOINS

	Solides	Modérées	Limitées	Aucunes	Inefficaces
Dépistage/test	X				
Test de confirmation	X				
Diagnostic			X		
Accès aux soins			X		
Rétention dans les soins			X		
Traitement			X		
Satisfaction à l'égard des soins		X			
Satisfaction des médecins à l'égard de la navigation			X		
Résultats de santé mentale		X			
Autogestion de la maladie		X			

Qu'est-ce que cela veut dire pour les organismes qui envisagent un programme de navigation santé dans le contexte des soins pour le VIH?

Des preuves indiquent que la navigation santé peut être bénéfique aux patients qui recourent à des services de dépistage, de soins et de traitement pour certains problèmes de santé, y compris le VIH. Fait crucial, des preuves démontrent également que la navigation est acceptable, du point de vue des clients, et que ceux qui ont un navigateur sont plus satisfaits que les autres de leurs soins de santé. Bien que les preuves issues d'essais comparatifs randomisés soient limitées en ce qui concerne l'efficacité de la navigation dans le domaine du VIH, des études observationnelles en fournissent une bonne quantité. Les essais comparatifs randomisés sont généralement le meilleur type d'étude, mais il ne s'agit peut-être pas du meilleur moyen de mesurer la réussite de ce type d'intervention. On observe une diversité de programmes de navigation et il peut arriver qu'il soit plus approprié, pour mesurer leur impact sur la santé des personnes vivant avec le VIH, de recourir à des études observationnelles.

Il n'existe pas de modèle standard de navigation santé, puisque chaque programme est adapté aux besoins du contexte local. Les organismes qui envisagent de mettre en œuvre un programme de navigation pour le VIH devraient procéder à une évaluation des besoins. Ceci aiderait à identifier une approche à la navigation qui convient aux besoins de la communauté et du milieu de soins de santé ainsi qu'au type de système médical existant.

Les évaluations devraient également identifier les obstacles locaux aux soins et les types d'interventions qui pourraient aider à surmonter ces obstacles; examiner si des intervenants généraux ou des professionnels sont mieux placés pour fournir la navigation; et repérer des partenaires communautaires et/ou cliniques potentiels pour le programme.

Les organismes qui envisagent de mettre en œuvre un programme de navigation pour le VIH pourraient trouver utile d'examiner les leçons à tirer de l'expérience d'autres organismes qui l'ont déjà fait. Il existe à ce jour trois programmes de navigation pour les personnes vivant avec le VIH, au Canada : les Services de pairs navigateurs de Vancouver, C.-B.; le Programme de navigation pour problèmes de santé chroniques de Kamloops, C.-B.; et le Programme d'entraide par les pairs de Regina, SK.

Pour lire l'article complet, consultez le www.catie.ca

Source : CATIE

Surveillance de l'infection à *N. gonorrhoeae*

Les cas ont doublé de 2006 à 2013

9 janv. 2015 | Espace ITSS

Le nombre de cas d'infections à *Neisseria gonorrhoeae* augmente de façon importante depuis quelques années au Québec comme au Canada. Le contrôle des gonococcies constitue un défi de taille et une priorité en santé publique puisque cette infection est une cause importante de maladies inflammatoires pelviennes qui entraînent parfois l'infertilité, des grossesses ectopiques et des douleurs chroniques.

Les programmes de contrôle des infections gonococciques incluent la prévention, le diagnostic et le traitement des patients et de leur(s) contact(s) tandis que le Programme de surveillance des souches de *Neisseria gonorrhoeae* résistantes aux antibiotiques permet d'étudier l'évolution de l'infection et son diagnostic de laboratoire ainsi que le profil de sensibilité aux antibiotiques des souches de gonocoques.

L'analyse des données de ce Programme de surveillance permet donc d'établir un portrait des infections à *N. gonorrhoeae* survenues au cours des dernières années au Québec avec une emphase, dans ce cas, sur les résultats de 2013.

Faits saillants du Rapport 2013 du Programme de surveillance des souches de *N. gonorrhoeae*

- Le nombre de cas d'infections à *N. gonorrhoeae* rapportés au LSPQ a plus que doublé en 2013 (3024 cas) par rapport à 2006 (1299 cas) pour une incidence provinciale de 37,3 cas/100 000 habitants.
- L'utilisation des TAAN augmente rapidement; la majorité (76 %) des cas ayant été détectés par ces épreuves.
- Presque la totalité des souches de *N. gonorrhoeae*, soit 714/716 (99,7 %) ont été reçues au LSPQ pour étude des profils de sensibilité aux antibiotiques.
- Douze souches (1,7 %) ont été trouvées résistantes à l'azithromycine, dont 10 isolées chez des hommes (6 de la région de Montréal et 4 de la région de la Montérégie).
- Aucune souche résistante à la ceftriaxone ou à la céfixime n'a été observée.

- Près de 40 % des souches (38,6 %) ont été trouvées résistantes, en 2013, à la ciprofloxacine.
- Trente-deux souches (4,5 %) possédaient des CMI s'approchant de la valeur seuil de non sensibilité pour la céfixime (0,12 mg/L [n = 29] - 0,25 mg/L [n = 3]).
- Une sensibilité réduite à la céfixime (0,25 mg/L) et à la ceftriaxone (0,12 - 0,25 mg/L) ont été respectivement identifiées chez 3 souches. Une seule souche a présenté une sensibilité réduite pour la céfixime et la ceftriaxone.
- Pour la première fois en 2013, une souche avec sensibilité réduite à la céfixime a été identifiée chez une femme.
- La proportion de souches possédant une CMI de 0,12 ou 0,25 mg/L pour la céfixime est similaire entre les femmes et les hommes; le traitement différentiel selon le sexe n'est donc pas supporté par les données québécoises.
- Depuis 2012, des données sont disponibles au Québec pour certains antibiotiques alternatifs (ertapénème et gentamicine) en cas de résistance ou de contre-indications aux choix habituellement recommandés.
- Les données épidémiologiques actuelles sont limitées à l'âge et au sexe des patients. Il serait souhaitable de mieux corréler les données de laboratoires aux données épidémiologiques et cliniques.

Source : www.espaceitss.ca. Rapport 2013 du Programme de surveillance des souches de *N. gonorrhoeae* résistantes aux antibiotiques

Formations de l'INSPQ à venir près de chez vous

Programmes nationaux de formation sur les ITSS

L'intervention de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang : la contribution de l'infirmière

- ▶ 30 avril au 1^{er} mai 2015
- ▶ 22 et 23 juin 2015
- ▶ DSP de Montréal

Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement (ITS) et auprès de leurs partenaires (IPPAP)

- ▶ 6 mai 2015
- ▶ 30 juin 2015
- ▶ DSP de Montréal

Sexualité et drogue chez les jeunes en difficulté : repères pour mieux intervenir

- ▶ 25 et 26 mai 2015
- ▶ Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue, Val-d'Or

Pour vous inscrire ou obtenir plus d'information, contactez M^{me} Linda Cléroux par courriel : linda.cleroux@inspq.qc.ca ou par téléphone : 514-864-1600 #3250.



NOTRE MISSION

PROMOUVOIR ET VEILLER AU MIEUX-ÊTRE PHYSIQUE, MENTAL, ÉMOTIONNEL ET SPIRITUEL DES PERSONNES, DES FAMILLES ET DES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS.

FAVORISER L'ACCÈS À DES PROGRAMMES GLOBAUX DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ADAPTÉS AUX PREMIÈRES NATIONS ET CONÇUS PAR DES ORGANISATIONS RECONNUES ET SANCTIONNÉES PAR LES AUTORITÉS LOCALES, LE TOUT DANS LE RESPECT DES CULTURES ET DE L'AUTONOMIE LOCALES.

1

S'assurer de la disponibilité de services requis par les communautés des Premières Nations et Inuits et les organismes membres de la CSSSPNQL dans l'exercice de notre droit inhérent de concevoir et de contrôler de façon autonome la prestation de services sociaux et de services de santé aux membres de nos nations respectives.

4

Encourager, faciliter et soutenir l'échange d'informations et d'idées, entre les communautés des Premières Nations et inuites et les organismes membres de la CSSSPNQL, portant sur tous les éléments du développement et les initiatives en matière de santé et services sociaux.

2

À la demande des communautés des Premières Nations et des Inuits, promouvoir des modèles de réussites communautaires et offrir un soutien technique aux organismes des Premières Nations et Inuits en matière de santé, services sociaux, pratiques innovatrices, recherche, développement et formation.

5

Appuyer et assister, sur demande, les communautés des Premières Nations et inuites et les organismes membres de la CSSSPNQL dans nos efforts à faire reconnaître notre pleine juridiction ou autorité en matière de santé et de services sociaux.

3

Dans le respect de pratiques et de besoins existants dans les communautés, maintenir et améliorer la communication et la consultation auprès des communautés des Premières Nations et Inuits et des organismes membres de la CSSSPNQL afin d'assurer des services de santé et des services sociaux adaptés à nos besoins.

6

Soutenir l'acquisition des compétences par les communautés des Premières Nations et inuites et des organismes membres de la CSSSPNQL afin qu'ils puissent prendre en charge de plus en plus de responsabilités en matière de santé et de services sociaux au niveau local.

Vous pouvez en tout temps adresser vos commentaires ou vos suggestions concernant le contenu de ce bulletin à la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador.

**250, Place Chef Michel Laveau, local 102, Wendake, Québec GOA 4V0
Tél. : 418 842-1540
Télééc. : 418 842-7045
Courriel : info@cssspnql.com**

Il nous fera également plaisir d'y publier vos messages, articles et annonces!

La CSSSPNQL remercie le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour son soutien financier au Cercle de l'Espoir.

www.cssspnql.com

**Santé
et Services sociaux**

Québec

