

ÉPIDÉMIE
d'infections transmissibles
sexuellement et par le sang



Inversons la tendance!

RAPPORT DE LA DIRECTRICE DE SANTÉ PUBLIQUE 2010

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie

Québec 

UNE PUBLICATION DE LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

SOUS LA DIRECTION DE

Jocelyne Sauvé, directrice de santé publique

COORDINATION DES TRAVAUX

Ginette Lafontaine, adjointe à la planification,
 valuation-recherche, DSP

COMITÉ RESTREINT

Suzanne Auger, coordonnatrice,
Programme enfance-jeunesse, DSP

Louise de la Boissier , chef du service vigie sanitaire et ITSS,
Programme maladies transmissibles, DSP

Patricia Hudson, coordonnatrice,
Programme maladies transmissibles, DSP

France Janelle, médecin conseil,
Programme maladies transmissibles, DSP

Ginette Lafontaine, adjointe à la planification,
 valuation-recherche, DSP

COMITÉ D'ORIENTATION

Nancy Chouinard, agente de planification, programmation
et recherche, Programme enfance-jeunesse, DSP

Suzanne Coache, conseillère à la coordination des activités
et programmes de santé publique et santé au travail,
CSSS Haut-Richelieu-Rouville

Lise M. Desautels, chef d'administration des programmes,
CSSS Richelieu-Yamaska

Marie-Josée Guilbault, conseillère-cadre à l'information de santé
publique, DSP

Thérèse Monast, agente de planification, programmation
et recherche, Programme maladies transmissibles, DSP

Andrée Perreault, agente de planification, programmation
et recherche, Programme maladies transmissibles, DSP

Catherine Risi, médecin conseil, Programme enfance-jeunesse, DSP

Dominique Tremblay, médecin conseil,
Programme maladies transmissibles, DSP

RÉDACTION DES TEXTES

Colette Pilon-Bergman, rédactrice et consultante

RÉVISION LINGUISTIQUE

Louise Desnoyers, technicienne administrative, DSP

CONCEPTION GRAPHIQUE ET INFOGRAPHIE

René Larivière

CITATION SUGGÉRÉE :

Direction de santé publique de la Montérégie (2010). Rapport de la directrice de santé publique 2010.

 pid mie d'infections transmissibles sexuellement et par le sang : Invertissons la tendance!

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 36 pages.

REPRODUCTION AUTORISÉE   DES FINS NON COMMERCIALES AVEC MENTION DE LA SOURCE.

**CE DOCUMENT A  T   DIT  EN QUANTITÉ LIMITÉE ET EST DISPONIBLE EN VERSION ÉLECTRONIQUE   L'ADRESSE
WWW.SANTEMONTEREGIE.QC.CA, SECTION SANTÉ PUBLIQUE.**

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Document déposé à Sant com (www.santecom.qc.ca)

Dépôt légal – 2  trimestre

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISBN (version imprimée) : 978-2-89342-462-0

ISBN (version PDF) : 978-2-89342-463-7

MOT DE LA DIRECTRICE DE SANTÉ PUBLIQUE



D'aucuns diront que le sujet est épuisé depuis longtemps. D'autres, que le spectre du sida a forcé la population à modifier ses comportements. Alors, pourquoi un rapport de la directrice de santé publique sur les ITSS en 2010?

C'est que, il faut bien l'admettre, le sujet est malheureusement encore et toujours d'actualité. En effet, alors qu'on croyait avoir enrayé les ITSS, les voici qui refont surface et menacent la santé publique, et pas seulement en Montérégie! D'ailleurs, le directeur national de santé publique du Québec et le directeur de santé publique de Montréal ont choisi, cette année, d'en faire le thème de leur rapport sur la santé de la population. Ce n'est pas un hasard. Véritable problème de santé publique, on aurait tort de croire que les ITSS sont sans conséquence grave. Chez les jeunes comme chez les moins jeunes, chez les femmes comme chez les hommes, elles peuvent causer beaucoup de souffrance et entraîner des coûts énormes pour le système de santé.

Dès l'introduction du présent rapport, le lecteur est interpellé : « Et vous, comment pouvez-vous contribuer à inverser la tendance? ». Cette question prend tout son sens dans l'approche adoptée par la Direction de santé publique de la Montérégie. Axée sur le partenariat, la collaboration interprofessionnelle et intersectorielle, la variété des stratégies, la continuité du travail et la modification des pratiques, cette approche est prometteuse, car elle tient compte de la réalité de notre région. Elle le sera d'autant plus si tous les secteurs et les partenaires concernés acceptent de redéfinir le rôle qu'ils peuvent jouer dans l'offensive dirigée contre les ITSS, pour le bien-être de la population.

On tend à l'oublier, mais les ITSS touchent beaucoup de monde et leur transmission est évitable. Leur tendance à la hausse est inquiétante et l'inverser doit être une responsabilité partagée. C'est bien pourquoi la Direction de santé publique de la Montérégie propose de mener une action concertée sur la base d'une compréhension commune du problème. Pour l'essentiel, c'est ce qui a motivé la rédaction du présent rapport.

Jocelyne Sauvé, M.D.



REMERCIEMENTS

Nous tenons à exprimer toute notre reconnaissance aux personnes suivantes qui ont accepté de lire et de commenter ce document :

Denise Bettez, coordonnatrice, secteur santé physique et services d'urgence, Direction générale associée de la coordination des programmes et du réseau, ASSSM

Carole De Gagné, responsable développement régional et services complémentaires, Direction régionale du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

Julie Dufort, médecin conseil, DSP

Marie-Ève Gadoua, coordonnatrice, Direction des affaires médicales, universitaires et des partenariats professionnels, ASSSM

Sylvain Gauthier, directeur général, Émiss-ère

Maryse Guay, médecin conseil, DSP

Jean-Pierre Landriault, coordonnateur, Programme adultes-personnes âgées, DSP

Danièle Moore, agente de planification, programmation et recherche, Programme enfance-jeunesse, DSP

Guylaine Langlois, infirmière, CSSS Haut-Richelieu-Rouville

Shirley Lussier, infirmière clinicienne en milieu scolaire, CSSS du Haut-Saint-Laurent

Claude Sirois, directeur adjoint, Macadam Sud



TABLE DES MATIÈRES

Introduction	6
Des infections tenaces	8
Les groupes vulnérables : de qui parlons-nous?	16
De lourdes conséquences	18
La clé : briser le cycle de transmission	20
Un vaste programme, trois priorités	22
Responsabilités et engagements de la DSP	30
Conclusion	31
Références	32

Épidémie d'infections transmissibles sexuellement et par le sang

Inversons la tendance!

Introduction

On croyait bien avoir gagné la bataille... mais voilà que des infections qu'on pensait avoir enrayées reviennent en force; c'est le cas de la syphilis infectieuse, notamment. D'autres, comme la chlamydie, la gonorrhée et l'infection par le virus de l'hépatite C font couler moins d'encre que l'infection par le VIH. Leurs conséquences sur le plan de la santé individuelle comme sur les plans économique et social ne sont pas négligeables pour autant. De plus, de nouvelles infections sont en émergence.



Loin d'être un phénomène marginal, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) touchent beaucoup de monde. C'est pourquoi on doit s'en préoccuper, surtout qu'elles connaissent une hausse alarmante. Surveillance, promotion, prévention, dépistage et traitement sont toujours à l'ordre du jour. Mais comment inverser la tendance actuelle? En intensifiant la prévention auprès des jeunes et des clientèles vulnérables, en brisant le cycle de transmission et en favorisant l'accès aux soins et aux services. Pour y parvenir, une action concertée s'impose. Lutter contre les ITSS n'est pas le combat d'une seule organisation ni d'une seule profession; c'est l'affaire de tout le monde, d'où la nécessité de travailler en partenariat, de combiner diverses stratégies et de revoir nos façons de faire. Une démarche qui suppose que chacun des partenaires redéfinisse sa contribution.

*Et vous,
comment pouvez-vous
contribuer à inverser la tendance?*

Des infections tenaces

En Montérégie :

- De 1999 à 2008, les cas de chlamydiae déclarés annuellement ont plus que doublé.
- Depuis 1999, le nombre de cas déclarés de gonorrhée a presque triplé.
- De 2002 à 2008, un peu plus de 2 000 cas d'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) ont été déclarés.
- On estime qu'environ 500 Montérégiens vivent avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).
- Quant à la syphilis infectieuse, le nombre de personnes atteintes n'a cessé d'augmenter depuis 2003.

Comme quoi les ITSS sont tenaces.

LES PRINCIPALES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

ITSS À DÉCLARATION OBLIGATOIRE	
ITSS BACTÉRIENNES	ITSS VIRALES
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> Infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> Syphilis infectieuse Lymphogranulomatose vénérienne (LGV) Granulome inguinal Chancre mou	Infection par le virus de l'hépatite B (VHB) Infection par le virus de l'hépatite C (VHC) Infection par le VIH et sida (seulement si présence de don ou réception de sang et produits sanguins, organes et tissus)
AUTRES ITSS	
	Infection par le virus du papillome humain (VPH) Infection par le virus de l'herpès simplex (VHS)



Les infections bactériennes comme la chlamydie, la gonorrhée et la syphilis ont connu au cours des années 1990 une diminution constante, au Québec comme en Montérégie. La découverte du VIH et de ses conséquences fatales, au début des années 1980, est certainement l'un des facteurs qui a favorisé l'adoption de comportements sécuritaires. Du coup, l'incidence des ITSS a diminué. Cependant, depuis 2000, on assiste à leur recrudescence.

Quant aux infections virales, la situation est un peu plus nuancée. D'une part, comme l'indique le tableau suivant, l'hépatite B aiguë a connu une diminution très importante. Ce recul est attribuable à l'implantation du Programme de vaccination contre l'hépatite B en 4^e année du primaire, en 1994, et du Programme de vaccination contre les hépatites A et B destiné à des groupes particuliers, en 1999. Dans l'ensemble de la population, l'hépatite C a également diminué. Le Programme québécois d'intervention auprès des personnes contaminées par le virus de l'hépatite C, mis en œuvre

en 2000, a permis de dépister la majorité des personnes contaminées par transfusion ou par administration de produits sanguins, ce qui peut expliquer le nombre élevé de cas déclarés jusqu'à 2004 environ. D'autre part, on suppose que les infections associées aux virus du papillome humain (VPH) et de l'herpès simplex augmentent comme les infections bactériennes bien qu'elles ne fassent pas l'objet de surveillance.

NOMBRE DE CAS D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG DÉCLARÉS EN MONTÉRÉGIE, DE 1999 À 2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Hépatite B aiguë	41	32	14	20	20	13	4	5	3	3
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	969	1157	1313	1325	1489	1665	1523	1604	1832	2136
Infection gonococcique	66	48	62	96	91	68	94	133	135	181
Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)							3			
Syphilis infectieuse			1	3	14	19	28	29	34	39
Hépatite C	305	352	304	379	362	399	319	290	235	199

Source : Registre central MADO du Laboratoire de santé publique du Québec, 17 décembre 2009

Pour ce qui est du VIH, on ne connaît pas précisément le nombre de personnes qui contractent l'infection chaque année en Montérégie. Toutefois, depuis 2002, on sait qu'annuellement environ 30 personnes reçoivent pour la première fois un diagnostic d'infection par le VIH.

Un nouveau contexte

La situation actuelle s'explique en bonne partie par un certain relâchement des comportements sexuels sécuritaires et la banalisation du VIH et du sida. En outre, les comportements et les pratiques les plus à risque sont souvent associés à des activités illicites (ex. : consommation de drogues, prostitution) qui constituent encore de nos jours des tabous bien ancrés. Et c'est sans parler des contacts anonymes facilités par Internet et la multiplication des lieux de rencontre spécialisés et des regroupements festifs qui, en favorisant la consommation d'alcool et de drogues, contribuent à relâcher la vigilance.

La surveillance, mais...

Le registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO) permet de suivre l'évolution de la plupart des ITSS, mais la surveillance a ses limites : faute d'être détectées, certaines ITSS ne sont pas déclarées. De plus, certaines infections virales très courantes, l'herpès et les condylomes par exemple, ne sont pas à déclaration obligatoire. C'est pour ces raisons qu'on estime généralement que le nombre de personnes touchées par les ITSS est beaucoup plus élevé que le nombre de cas déclarés.



*Voilà une situation
pour le moins préoccupante.*



L'histoire de Caroline

Caroline est une jeune femme de 30 ans à qui tout réussit... ou presque.

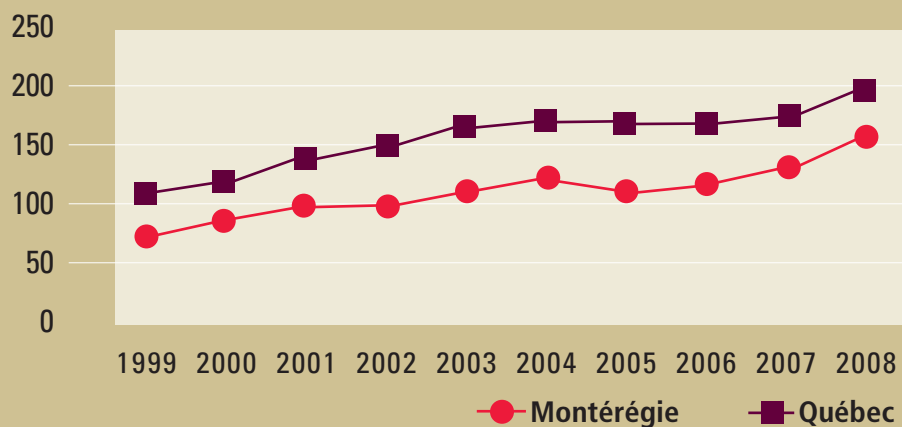
Mariée et cadre dans une grande entreprise, elle espère devenir enceinte depuis trois ans, sans résultat. En fait, Caroline a appris la semaine dernière qu'elle n'aura jamais d'enfant.

Comme lui a expliqué son médecin, l'infertilité est une des complications de l'atteinte inflammatoire pelvienne dont elle a souffert il y a quelques années. L'infection à Chlamydia trachomatis, détectée et traitée trop tard, en était la cause. À l'époque, comme bien des jeunes filles de son âge, elle a connu plusieurs partenaires avant de rencontrer son mari. Il lui arrivait de temps à autre d'avoir des relations sexuelles non protégées. La pilule, croyait-elle, la protégeait de l'essentiel. Aujourd'hui, sa situation lui semble bien injuste. Elle est même un peu déprimée et il lui arrive de plus en plus souvent de ne pas se présenter au travail.

Malheureusement, l'histoire se répète... et, comme Caroline il y a plusieurs années, beaucoup de jeunes femmes sont atteintes de chlamydie génitale sans le savoir.

La **chlamydiose génitale** est en progression surtout chez les adolescentes et les jeunes adultes. Elle représente, en 2008, 51 % des MADO déclarées à la DSP. Elle touche particulièrement les femmes dont 77 % sont âgées de 15 à 24 ans. Le nombre réel de personnes atteintes serait de deux à trois fois plus élevé que le nombre de cas diagnostiqués.

Incidence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* par 100 000 personnes, en Montérégie et au Québec, de 1999 à 2008



Source : Registre central MADO du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), 17 décembre 2009

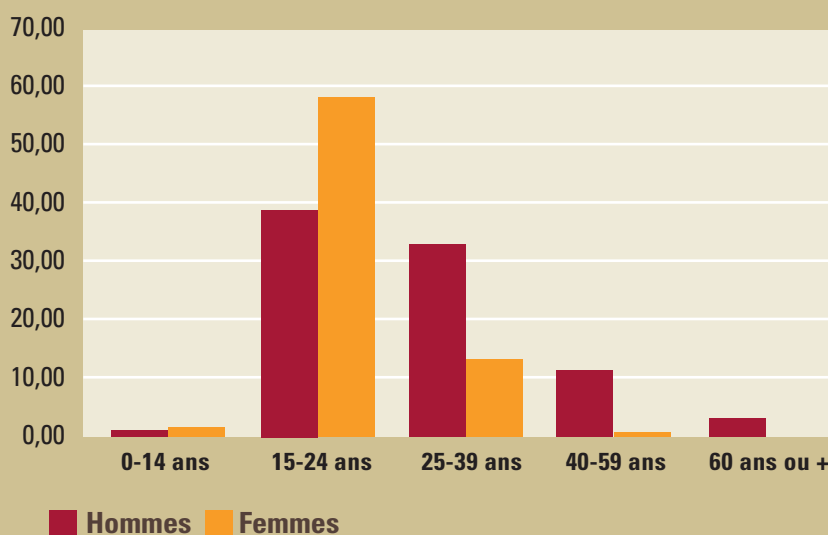
N.B. Les dénominateurs employés pour calculer les taux d'incidence par 100 000 personnes proviennent des perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056, produites par l'Institut de la statistique du Québec. Les données de population avant 2006 proviennent de projections démographiques basées sur des recensements antérieurs.



Alerte !
L'infection à *Chlamydia trachomatis* touche particulièrement les femmes dont 77 % sont âgées de 15 à 24 ans.

Le nombre de cas de **gonorrhée** déclarés a augmenté de 34 % en 2008 pour atteindre un taux d'incidence de 12,8 par 100 000 personnes. Il s'agit du taux le plus élevé des cinq dernières années. Et bien que l'infection touche davantage les hommes, on note que les cas déclarés chez les femmes sont en hausse depuis 2006 et qu'en 2008, 71 % d'entre elles sont âgées de 15 à 24 ans. Une augmentation d'autant plus dramatique que 50 % des femmes ne ressentent aucun symptôme.

Incidence de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* par 100 000 personnes, selon l'âge et le sexe, en Montérégie, 2008



Source : Registre central MADQ du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), 17 décembre 2009

N.B. Les dénominateurs employés pour calculer les taux d'incidence par 100 000 personnes proviennent des perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056, produites par l'Institut de la statistique du Québec.



Alerte!
Le taux d'incidence des infections à *Neisseria gonorrhoeae* chez les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans est passé de **40,4 par 100 000 personnes, en 2007, à 57,8 en 2008.**



L'histoire de Jean-Pierre

Âgé de 45 ans, Jean-Pierre est marié et père de deux enfants.

Son travail nécessite qu'il s'absente souvent de la maison et qu'il voyage un peu partout au pays. Il planifie ses déplacements sur Internet et en profite pour prendre contact avec d'autres hommes qui, comme lui, recherchent des partenaires sexuels. Une fois sur place, les rencontres se déroulent dans des lieux qui favorisent l'anonymat et où les pratiques à risque sont courantes. Bien que Jean-Pierre tienne à maintenir son mode de vie, il souhaite aussi protéger sa femme et ses enfants.

C'est ce qui l'a motivé à se soumettre à un test de dépistage du VIH. Aujourd'hui, il est bouleversé d'apprendre que son résultat est positif. Outre la menace que représente le VIH pour sa santé, Jean-Pierre craint par-dessus tout de perdre l'estime de sa famille, d'être marginalisé et de devoir éventuellement quitter son emploi.

L'histoire de Jean-Pierre n'est pas unique.

Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) sont les plus touchés par le **VIH**. En Montérégie, en 2008, ils représentent 60 % des nouveaux cas diagnostiqués chez les hommes.

Le nombre d'hommes atteints de **syphilis infectieuse** n'a cessé d'augmenter, passant de 0 en 2000 à 37 en 2008. C'est un nombre qui peut sembler modeste, mais pour une maladie qu'on croyait disparue, il indique une progression inquiétante. Les HARSAH sont aussi particulièrement touchés par la syphilis infectieuse.



L'histoire de Nico

Nico a quitté la maison à 17 ans et n'a plus de contact avec sa famille. Depuis quelques années, il vit dans un deux-pièces qu'il partage avec un jeune homme de son âge impliqué dans le trafic de drogues. Nico survit grâce à de petits boulots qu'il ne garde jamais très longtemps, mais juste assez pour payer sa part de loyer, la cocaïne et les drogues injectables qui sont à sa portée. Le partage de seringues, il en a l'habitude. Il connaît vaguement les risques que ça représente mais, pour l'instant, il ne craint rien, sauf peut-être les policiers. Quand l'argent vient à manquer, Nico sait où trouver des clients qui, en échange de faveurs sexuelles, lui donnent de quoi boucler ses fins de mois. Nico est porteur du virus de l'hépatite C depuis peu et l'ignore encore. Comme il fuit les hôpitaux et les intervenants de toutes sortes, il échappe à tout effort de dépistage. En continuant de partager ses seringues, il contribue à propager l'infection.

Alors que l'**hépatite C** touchait principalement les personnes transfusées avant 1992, voici qu'elle atteint surtout les personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI). En effet, la presque totalité des nouveaux cas font partie de ce groupe bien ciblé et très à risque : une véritable épidémie! Le virus se transmet facilement par le partage de matériel d'injection contaminé et, également, bien que dans une moindre mesure, de matériel servant à la consommation par voie nasale. Plus de la moitié des personnes qui ont recours à l'injection comme mode de consommation sont infectées par le VHC dans un délai de 6 à 12 mois suivant leur première injection.



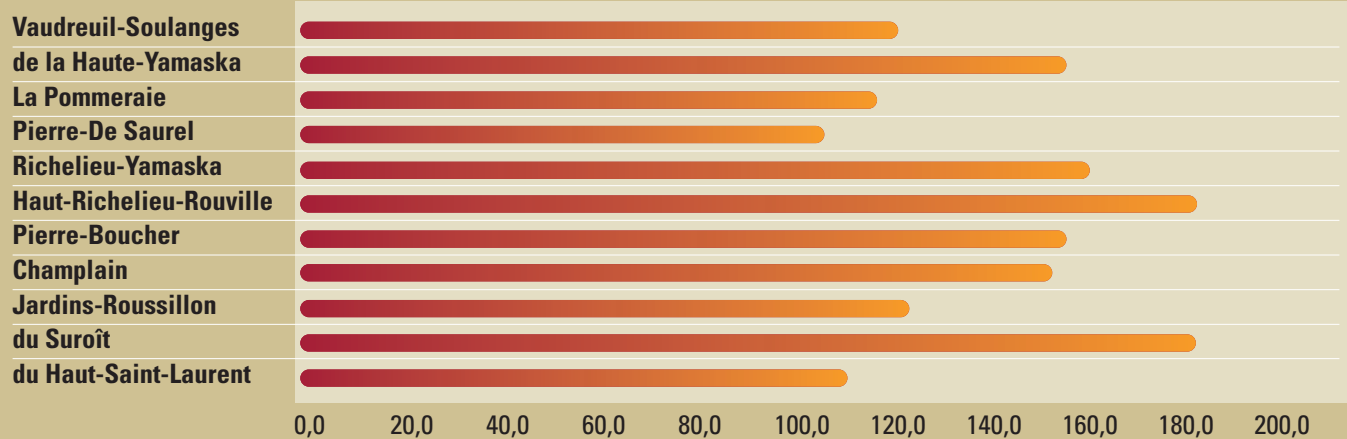
Alerte !
Hépatite C : Près de 50 %
des personnes UDI de la Montérégie
sont porteuses du virus.



Le **virus du papillome humain (VPH)** et l'**herpès** ne sont pas en reste. Le premier, responsable du cancer du col et des condylomes, est le plus fréquent, bien que l'incidence soit en hausse dans les deux cas. Au cours de leur vie, de 70 % à 80 % des hommes et des femmes contractent un type de VPH. La personne devient porteuse du virus très tôt après la première relation sexuelle; d'ailleurs, c'est chez les femmes âgées de 15 à 29 ans que la prévalence est la plus élevée. Quant à la prévalence de l'herpès parmi la population du Québec, elle demeure inconnue. Cependant, on sait que l'infection génitale par le virus de l'herpès simplex est une affection chronique dont la prévalence augmente avec l'âge.

Alerte!
*Au cours de leur vie, de 70 à 80 %
 des hommes et des femmes
 contractent un type de VPH.*

Incidence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* par 100 000 personnes, selon le CSSS, Montérégie, 2008



La bataille est loin d'être gagnée et tous les territoires de la Montérégie sont concernés même si, par exemple, on observe des variations du taux d'incidence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* parmi la population des différents territoires de CSSS. Il faut interpréter ces données avec prudence, car l'accessibilité variable des services de dépistage et de traitement et la disponibilité inégale des tests de détection d'un CSSS à un autre peuvent expliquer ces variations.

En Montérégie, certains groupes de personnes sont vulnérables ou particulièrement à risque. Les interventions et les programmes de santé publique s'adressent à eux en priorité.

Source : Registre central MADO du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), 17 décembre 2009

N.B. Les dénominateurs employés pour calculer les taux d'incidence par 100 000 personnes proviennent du document : MSSS (2010), *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire, de 1981 à 2031*.

Les groupes vulnérables : de qui parlons-nous?

Si l'on prend en compte tous les modes de transmission, les ITSS touchent une très grande partie de la population : les personnes sexuellement actives et les personnes qui sont exposées à du sang, que ce soit en raison de leur travail, d'un accident ou que ce soit parce qu'elles ont reçu des transfusions sanguines ou, encore, qu'elles ont bénéficié d'un don d'organes.

Néanmoins, on identifie au sein de la population certains groupes dits « vulnérables ». On entend par là des groupes de personnes dont la situation personnelle, économique et sociale les rend plus susceptibles d'être exposés aux ITSS que les autres. On peut penser à leurs conditions de vie, leurs modes de vie, ainsi qu'à certains facteurs qui les prédisposent à prendre des risques, par exemple une faible estime de soi, une difficulté à s'affirmer, une consommation abusive d'alcool et de drogues. Ce sont des groupes souvent marginalisés, dont les personnes sont « à risque » dans la mesure où elles adoptent des comportements non sécuritaires. Bien que les adolescents et les jeunes adultes ne soient pas marginalisés, ils sont aussi considérés à risque.

En Montérégie, les six principaux groupes vulnérables visés par les interventions de santé publique sont les suivants :

Les adolescents et les jeunes adultes âgés de moins de 25 ans

L'omniprésence de la sexualité dans la société actuelle, y compris l'hypersexualisation des jeunes, a engendré l'idée que la première relation sexuelle survient beaucoup plus tôt qu'avant. Or, à ce jour, les études indiquent que, depuis le milieu des années 1990, c'est en moyenne à l'âge de 16 ans que survient la première relation. Toutefois, on note que les adolescents et les jeunes adultes âgés de moins de 25 ans ont des partenaires successifs et n'utilisent pas toujours le condom – un phénomène relié notamment à la sous-estimation du risque de contracter une ITSS. On sait, par exemple, qu'un jeune sur trois âgé de 15 à 19 ans n'a pas utilisé le condom à l'occasion de sa dernière relation sexuelle. La prévalence élevée de la chlamydie au sein de ce groupe augmente évidemment les risques de transmettre ou de contracter une infection. Les croyances, les attitudes et les habiletés, notamment celles qui sont relatives à l'utilisation du condom, sont les principaux facteurs individuels associés à l'adoption de comportements sexuels sécuritaires chez les moins de 18 ans. Quant aux facteurs environnementaux, les plus fréquemment désignés sont la norme sociale et l'attitude des pairs, la communication avec leurs parents sur la sexualité et l'accessibilité aux moyens de prévention et aux services.

Les jeunes en difficulté

Comme les jeunes en général, les jeunes marginaux et les jeunes de la rue sous-estiment le risque de contracter une ITSS et pratiquent la monogamie en série. Leurs conditions de vie difficiles, voire précaires pour bon nombre d'entre eux, en font un groupe particulièrement atteint par les ITSS. Souvent victimes d'abus, de violence, ils vivent une instabilité familiale et affective importante. Confrontés à la prostitution, à l'itinérance, à la consommation abusive d'alcool et de drogues, ils se préoccupent d'abord et avant tout de survivre et de répondre à leurs besoins élémentaires tels que manger et trouver un gîte.



Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH)

Les pratiques sexuelles à risque et le nombre élevé de partenaires constituent des facteurs de risque pour ce groupe de personnes. De plus, l'anonymat des contacts entre hommes n'est pas rare. Il est permis de croire qu'un certain nombre d'entre eux vivent leur homosexualité ou leur bisexualité en secret, ce qui oblige les intervenants à faire preuve d'imagination pour arriver à les joindre. Souvent victimes des préjugés, de la collectivité comme du réseau de la santé, plusieurs HARSAH éprouvent de la difficulté à s'affirmer. Le VIH et la syphilis les touchent particulièrement.

Les personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI)

Les conditions de vie précaires, non propices à l'adoption de comportements sécuritaires, l'isolement social, la méfiance par rapport au réseau de la santé, les actes criminels fréquents et la répression qui s'ensuit sont le lot quotidien des personnes UDI. Le besoin d'argent et de drogues, ainsi que la fréquentation de lieux où la consommation est encouragée peuvent pousser ces personnes à adopter des comportements qui présentent un risque élevé. Il va sans dire que le partage du matériel d'injection constitue un facteur de risque majeur qui les rend vulnérables surtout au VIH et au VHC.

Les travailleurs et les travailleuses du sexe

Ces personnes, principalement des femmes, adoptent couramment des comportements sexuels non sécuritaires et sont plus à risque de consommer de l'alcool et des drogues. La stigmatisation et les préjugés à leur égard sont monnaie courante. Leurs conditions de vie généralement précaires ne favorisent pas l'adoption de comportements sécuritaires. À noter : les clients des travailleurs et des travailleuses du sexe, en adoptant des comportements non sécuritaires, augmentent eux aussi leur risque de contracter des ITSS.

Les personnes incarcérées ou qui l'ont déjà été

Le tatouage et le perçage sont courants chez les personnes incarcérées et se pratiquent habituellement dans des conditions artisanales et non stériles. De plus, il n'est pas rare que cette clientèle consomme des drogues bien qu'il ne s'agisse pas principalement de drogues par injection. Il convient de souligner que, même si l'injection de drogues est moins fréquente que le tatouage, dans les centres de détention, le risque de transmission du VIH et surtout du VHC lié au partage du matériel d'injection est beaucoup plus élevé.

En conclusion, il convient de rappeler que les personnes qui font partie des groupes vulnérables sont à risque dans la mesure où elles adoptent des comportements non sécuritaires. Ces comportements, difficiles à modifier, entraînent parfois des conséquences qui peuvent être irréversibles, voire même fatales.

De lourdes conséquences

On ne saurait trop insister : les ITSS sont lourdes de conséquences. En plus d'affecter la santé des personnes qui en sont atteintes, comme Caroline, Jean-Pierre et Nico, elles engendrent des coûts énormes pour le système de santé.

Des effets graves et souvent irréversibles

Les effets des ITS bactériennes, comme la chlamydiose et la gonorrhée, nuisent considérablement à la santé générale et sexuelle des personnes qui en sont atteintes, particulièrement celle des jeunes femmes.

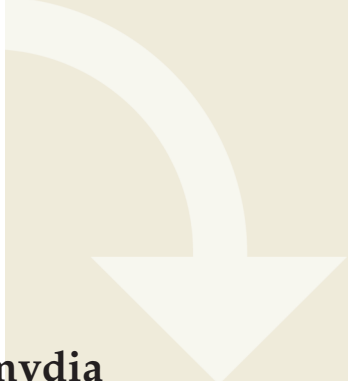
Chez les femmes, ces infections sont souvent asymptomatiques. C'est ce qui explique que la plupart des femmes infectées, comme Caroline il y a plusieurs années, ne subissent ni test ni examen et vivent avec une infection persistante.

L'infection à *Chlamydia trachomatis*, même asymptomatique, est la principale cause d'atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) qui touche 20 % des femmes infectées. Dans le quart des cas, les AIP entraînent des complications comme l'infertilité, une grossesse ectopique ou des douleurs pelviennes chroniques. L'infection gonococcique peut également causer de tels dommages. Compte tenu de la tendance actuelle qui prévaut chez les jeunes femmes en particulier, une augmentation des complications liées à ces infections est à prévoir au cours des prochaines années. De plus, ces deux infections peuvent accroître le risque de contracter le VIH ou de le transmettre en causant une irritation des voies génitales inférieures.

Lorsqu'elles ne sont pas traitées, les infections à *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae* sont fréquemment transmissibles aux nouveau-nés au moment de l'accouchement. Ainsi, l'enfant né d'une mère infectée par *Chlamydia trachomatis* peut développer une conjonctivite ou une pneumopathie inflammatoire durant la période néonatale. Une infection gonococcique durant la grossesse peut également entraîner chez le nouveau-né des complications graves, dont une infection néonatale systémique.

Quant aux conséquences économiques de la chlamydiose et de la gonorrhée, elles sont difficiles à évaluer, faute de données récentes. Cependant, compte tenu de la sous-détection des ITS bactériennes et de l'augmentation significative des infections à *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae* depuis 2004, on peut supposer que les coûts directs liés au traitement de ces deux infections n'ont cessé de croître. Et c'est sans compter les coûts afférents aux soins, au dépistage et au traitement des complications telles l'AIP et l'infertilité tubaire.

Le virus du papillome humain et le virus de l'herpès causent tous deux des infections dont la prévalence est très élevée. Ils sont associés à une morbidité et à des séquelles importantes. Les types de VPH dits « à haut risque » peuvent provoquer la formation de cellules précancéreuses éventuellement responsables du cancer du col, de la vulve, du vagin et de l'anus, ainsi que des condylomes. La présence de ces cellules, révélée par des résultats anormaux lors d'un test de dépistage du cancer du col utérin (test PAP), entraîne non seulement une série de consultations médicales et de traitements longs et coûteux, mais aussi des effets psychologiques non négligeables.



Alerte !
L'infection à *Chlamydia trachomatis* est la principale cause d'atteinte inflammatoire pelvienne.

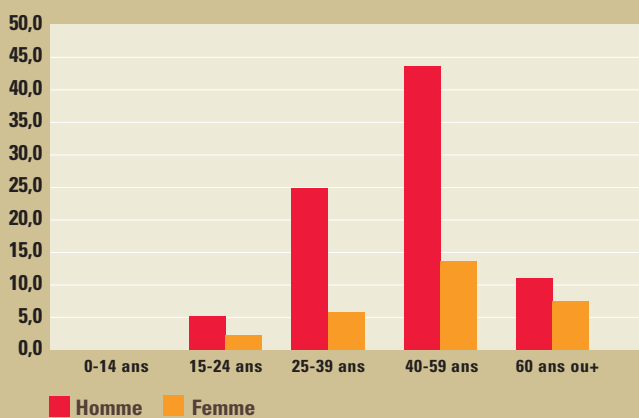


Quant à l'herpès génital, il s'agit d'une maladie chronique ayant des conséquences notables, particulièrement au plan psychosocial. La crainte de la transmission, du jugement d'autrui (voire du rejet), la solitude, la perte d'estime de soi, la dépression et l'anxiété associées aux effets éventuels sur la grossesse influencent beaucoup la santé et le bien-être psychosocial des personnes atteintes.

La cirrhose du foie survient en moyenne chez 20 % des personnes atteintes d'hépatite C chronique depuis 20 ans. On estime que 20 % de celles qui souffrent d'une cirrhose causée par ce virus développeront un cancer du foie (carcinome). Deux ans après le diagnostic de cancer, les probabilités de survie des personnes atteintes et non traitées sont très minces.

Alerte!
Deux types de VPH sont responsables de 70 % des cas de cancer du col utérin.

Incidence de l'infection par le VHC par 100 000 personnes, selon l'âge et le sexe, Montérégie, 2008



Source : Registre central MADO du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), 17 décembre 2009

N.B. Les dénominateurs employés pour calculer les taux d'incidence par 100 000 personnes proviennent des perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056, produites par l'Institut de la statistique du Québec.

Avant la mise au point de la multithérapie antirétrovirale, l'espérance de vie moyenne des personnes atteintes d'une infection par le VIH était de huit à dix ans. Bien que la maladie demeure incurable, la médication a permis de diminuer de façon importante l'incidence des infections opportunistes, des hospitalisations et des décès. Ainsi, les personnes atteintes du VIH vivent maintenant plus longtemps, bien que le poids de la maladie soit encore très lourd sur le plan physique comme sur le plan psychologique.

Le traitement est coûteux (près de 20 000 \$ par année en 2008) et complexe; il entraîne de nombreux effets secondaires, notamment la neuropathie périphérique, la colique néphrétique, la diarrhée, la lipodystrophie et l'hyper-cholestérolémie. Certaines de ces complications augmentent les risques de mortalité liés aux maladies cardiovasculaires.

Compte tenu de l'évolution des ITSS en Montérégie, du nombre élevé de personnes faisant partie des groupes vulnérables et des conséquences parfois désastreuses que ces infections entraînent, il faut se demander à nouveau :

Comment intervenir?
Quelles priorités établir?
Quels moyens prendre?

Alerte!
Depuis 2002, 2 184 cas d'hépatite C ont été diagnostiqués en Montérégie.

La clé :

briser le cycle de transmission

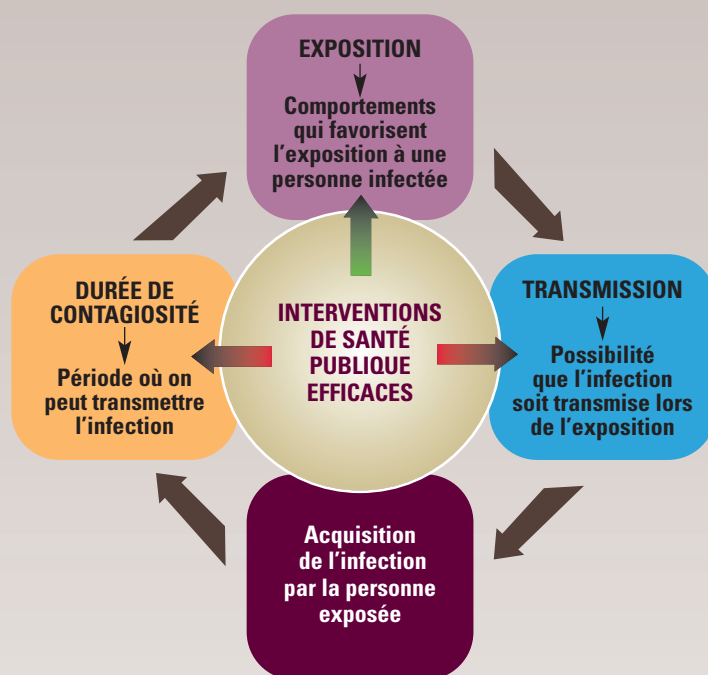
La surveillance des ITSS permet de suivre l'évolution de la situation sur le territoire de la Montérégie, d'en informer la population et d'adapter les programmes et les interventions aux besoins. Mais comment inverser la tendance? La clé : briser le cycle de transmission.

Le schéma illustre les trois composantes du cycle de transmission des ITSS : le taux d'exposition, l'efficacité de la transmission et la durée de la contagiosité.

- Le taux d'exposition renvoie directement au nombre de partenaires et aux facteurs de risque de ces partenaires ainsi qu'aux caractéristiques des réseaux fréquentés.
- L'efficacité de la transmission se rapporte au niveau de risque des pratiques sexuelles d'une personne ou d'autres comportements pouvant être à la source d'une ITSS (ex. : échange de matériel d'injection).
- La durée de la contagiosité est liée à la période de temps durant laquelle une personne infectée peut transmettre une ITSS.

La prévention des ITSS peut s'exercer à un moment ou à un autre du cycle de transmission et les stratégies à utiliser ou à développer doivent être multiples. Elles doivent cibler autant l'environnement que les individus étant donné que l'environnement physique, social et politique influence les comportements, y compris les comportements sexuels. Par exemple, chez les personnes vivant dans des conditions précaires, la satisfaction des besoins élémentaires (logement, nourriture, sécurité) priment sur les préoccupations liées à la santé. Nos interventions doivent donc en tenir compte.

CYCLE DE TRANSMISSION DES ITSS



Adapté du document : MSSS (2002), *Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire. Situation et orientation.*



EXEMPLES D'INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE SELON LEUR PRINCIPAL IMPACT SUR LA TRANSMISSION DES ITSS

DIMINUER LE TAUX D'EXPOSITION À DES PERSONNES INFECTÉES

Interventions pour diminuer les inégalités sociales (ex. : pauvreté, éducation)

Interventions pour promouvoir la santé et le bien-être et prévenir différents problèmes chez les enfants et les adolescents en milieu scolaire et développer leurs habiletés sociales (ex. : École en santé, Fluppy, éducation à la sexualité)

Campagnes de communication

Counseling préventif individuel

Activités visant le développement d'une sexualité saine et responsable auprès des clientèles à haut risque

Programmes et services pour diminuer les méfaits liés à la consommation de drogues (ex. : programme d'échange de seringues, accès à la méthadone, activités relatives à la prévention du passage à l'injection)

RÉDUIRE L'EFFICACITÉ DE LA TRANSMISSION AU MOMENT DE L'EXPOSITION

Programmes de vaccination gratuit contre les hépatites A et B et le VPH (milieu scolaire et groupes vulnérables)

Promotion et accessibilité du condom pour les jeunes et les clientèles à haut risque

Promotion des comportements sexuels à moindre risque

Accès à la prophylaxie postexposition accidentelle (PPE) au sang et aux liquides biologiques

DIMINUER LA DURÉE DE LA CONTAGIOSITÉ

Promotion et application des lignes directrices pour le dépistage et le traitement des ITSS

Accessibilité aux services de dépistage et de traitement des ITSS et intervention préventive auprès des personnes atteintes et de leurs partenaires (IPPAP) :

- Cliniques jeunesse
- Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDE) dans les milieux de vie ou à proximité des clientèles vulnérables sur le plan psychosocial
- Services courants en CSSS, en GMF et en cabinet privé

Promotion et soutien de l'implantation de l'ordonnance collective relativement au traitement de la chlamydie génitale et de la gonorrhée

Promotion et application du programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des ITS

Un vaste programme, trois priorités

Parmi l'ensemble des stratégies et des interventions reconnues efficaces pour lutter contre les ITSS, la Direction de santé publique de la Montérégie a choisi de donner priorité à la promotion d'une sexualité saine et responsable chez les jeunes, l'intervention préventive auprès des groupes vulnérables et l'organisation des services de dépistage et de traitement des ITSS.

Voilà un vaste programme dont le succès dépend d'abord et avant tout de notre capacité à relever collectivement les nombreux défis que cela représente, en particulier :

- Renforcer l'éducation à la sexualité en milieu scolaire.
- Développer notre capacité de rejoindre les groupes vulnérables dans leurs milieux de vie.
- Améliorer la collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle.

Renforcer l'éducation à la sexualité en milieu scolaire afin de promouvoir une sexualité saine et responsable chez les jeunes

Le renouveau pédagogique remet en question les méthodes traditionnelles et fait de l'éducation à la sexualité une responsabilité partagée entre les différents intervenants des réseaux de l'éducation et de la santé. Ainsi, les notions liées à la sexualité peuvent être abordées autant dans les activités éducatives des services complémentaires que dans certains domaines d'apprentissage tel Science et technologie.

L'élaboration et la réalisation des activités et des situations d'apprentissage en rapport avec la sexualité demeurent un défi malgré les outils disponibles conçus pour faciliter les interventions, comme le guide de soutien *L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation* et les formations annuelles. De plus, les valeurs personnelles et sociales en matière de sexualité et le malaise d'en parler dans le contexte scolaire font partie de la réalité et sont autant d'obstacles à surmonter.

L'éducation à la sexualité au niveau secondaire, combinée à l'existence d'une clinique jeunesse située à proximité des milieux de vie des jeunes – les écoles, notamment – constituent des moyens reconnus de prévention des ITSS et des grossesses à l'adolescence. Bien entendu, les services de dépistage, de counseling et de traitement qu'on y offre doivent être adaptés aux caractéristiques des jeunes. Pour cette raison, le Plan d'action régional (PAR) de santé publique encourage les CSSS à collaborer aux interventions d'éducation à la sexualité réalisées dans les écoles pour lesquelles une clinique jeunesse est accessible. Ces interventions, il va sans dire, doivent répondre à certains critères d'efficacité.



Bon coup

UNE CLINIQUE JEUNESSE À L'ÉCOLE

« On est chanceux d'avoir ce service à l'école », confie une élève d'une école secondaire de Longueuil. Chanceux, en effet, car cette école d'environ 2 400 élèves abrite une clinique jeunesse qui offre différents services : dépistage, contraception, counseling, soins en santé sexuelle, physique et mentale.

Les élèves peuvent y consulter l'infirmière quatre jours par semaine ou le médecin deux avant-midi par mois pendant les heures de classe. La clinique accueille environ 25 élèves par semaine.

Tout a commencé en 2006. L'infirmière du CSSS Pierre-Boucher, responsable de la clinique jeunesse au CLSC, s'était rendu compte que plusieurs des jeunes qui la consultaient fréquentaient l'école en question. Elle a rapidement convaincu médecins et gestionnaires de l'épauler et obtenu la collaboration du milieu scolaire pour implanter une clinique jeunesse à l'école. Outre d'avoir amélioré l'accessibilité des soins et des services, le plus grand mérite de l'infirmière est d'avoir établi un lien de confiance avec les élèves et de favoriser leur autonomie. « Quand on les respecte et qu'on leur en donne l'occasion, les jeunes savent se montrer responsables », confie-t-elle.



Quelques critères d'efficacité des interventions d'éducation à la sexualité

- S'appuyer sur des fondements théoriques reconnus.
- Favoriser l'engagement actif des jeunes quant au développement de leurs compétences et de leurs habiletés.
- Proposer un contenu adapté aux phases de développement des jeunes.
- Agir à plusieurs niveaux (jeune, école, famille, communauté), mettre en place des moyens pour soutenir et impliquer les parents, et rendre accessible une clinique jeunesse près de l'école.
- Ne pas se limiter à des activités ponctuelles (intensité et durée suffisante).
- En prévention des ITSS et des grossesses à l'adolescence, communiquer un message clair concernant l'activité sexuelle, l'utilisation du condom et la contraception.

L'Approche globale et concertée « École en santé » (AES) vise essentiellement à déployer en milieu scolaire des pratiques de promotion et de prévention qui ont fait leurs preuves. Elle a été conçue pour répondre adéquatement aux besoins des jeunes quant aux situations préoccupantes de santé et de bien-être jugées prioritaires dans le projet éducatif et le plan de réussite de l'école. Elle propose une démarche concertée et des outils afin d'accroître l'efficacité des interventions de promotion et de prévention tout en respectant la mission première de l'école. Le développement optimal des jeunes, y compris leur réussite sur le plan éducatif, est au cœur de la démarche. Dans cette perspective, l'AES met l'accent sur le développement de compétences personnelles et sociales qui permettent aux jeunes de mieux s'affirmer, de résoudre des problèmes, d'exercer leur jugement critique, de faire de bons choix, de résister à la pression négative de leurs pairs et de négocier; bref, des compétences aussi précieuses et nécessaires dans le domaine de la sexualité que dans tout autre domaine. De surcroît, l'éducation à la sexualité et l'accessibilité aux cliniques jeunesse et aux condoms s'inscrivent dans les interventions privilégiées par l'AES.

À ce jour, 15,5 % des écoles de la Montérégie (64 au primaire et 14 au secondaire) ont amorcé l'implantation de l'AES. On ne peut qu'espérer que le mouvement s'étende encore davantage! Toutefois, malgré la collaboration fructueuse des réseaux de la santé et de l'éducation, il reste des difficultés à surmonter, par exemple l'arrimage des nombreuses demandes faites au milieu scolaire, la vision parfois différente des deux réseaux quant à la conception et l'importance accordée à cette approche, la rotation du personnel et le manque de ressources et de temps. Une meilleure connaissance de sa valeur ajoutée pourrait sans doute favoriser une plus grande adhésion à l'AES.

Bon coup

L'ABC DE LA SEXUALITÉ

L'abc de la sexualité, ça s'apprend aussi à l'école! Grâce à l'Approche « École en santé », la clientèle de l'école primaire Montpetit-Saint-Joseph, à Saint-Chrysostome, bénéficie d'une intervention planifiée et structurée en harmonie avec les priorités de l'établissement. La prévention, la promotion du bien-être et de la santé, tout comme le développement des compétences sociales, y occupent une place importante. Au cours des premières années du primaire, des jeux offrent l'occasion de sensibiliser les enfants à l'existence des rôles et des stéréotypes sexuels tout en favorisant la coopération. Avec les élèves plus vieux, l'infirmière aborde des sujets comme la puberté. En 6^e année, l'éducation sexuelle fait partie du programme académique et complète le travail de l'infirmière. Lorsque l'école accueillait encore des élèves de 1^{re} et 2^e secondaire, on sensibilisait ces derniers à une sexualité saine et responsable en abordant, par exemple, la contraception et la prévention des ITSS. Voilà un bon exemple de collaboration entre le milieu scolaire et le CSSS dont tout le monde profite, même les enseignants et les parents!

Intervenir auprès des groupes vulnérables en les rejoignant davantage dans leurs milieux de vie

C'est un secret de polichinelle : intervenir d'une façon soutenue dans les milieux de vie des groupes vulnérables pose des défis particuliers quels que soient les objectifs des interventions. Qu'il s'agisse de développer une sexualité saine et responsable, de réduire les méfaits liés à la consommation de drogues, de promouvoir des comportements sexuels à moindre risque, de dépister ou de traiter les personnes atteintes, il importe de trouver des solutions adaptées. Faut-il s'en étonner quand on sait que, en général, ces groupes font peu appel aux services offerts sur le territoire?

Prenons l'exemple des HARSAH, dont les lieux de socialisation sont peu nombreux en Montérégie et difficiles d'accès pour les intervenants. Par désir de préserver leur anonymat, certains d'entre eux fréquentent des lieux et consultent des services de santé situés à l'extérieur de leur région.

Pensons également aux jeunes en difficulté, aux personnes toxicomanes, y compris les personnes UDI, aux travailleurs et travailleuses du sexe. En raison du caractère illicite de leurs activités et de la coexistence de problèmes de santé mentale et de conditions de vie marquées par la pauvreté, l'itinérance et la violence, ces clientèles souffrent des préjugés de certains soignants et d'une partie de la population. Cette situation contribue à augmenter leur méfiance vis-à-vis du réseau de la santé, ce qui limite leur accès aux services de santé.



Bon coup

SANTÉ SEXUELLE ET JEUNES EN DIFFICULTÉ

« Malgré ce que l'on pourrait croire, les jeunes se montrent très intéressés par l'éducation à la sexualité », affirme le représentant d'ÉMISS-ère. L'implantation d'un programme d'éducation à la santé sexuelle dans les Centres d'éducation aux adultes et les Carrefours jeunesse-emploi de la Montérégie en est la preuve.

En effet, quelques centaines de jeunes âgés de 16 à 24 ans s'inscrivent chaque année aux ateliers et les apprécient grandement. Le programme « Sexeprimer » rejoint les jeunes en difficulté qui fréquentent ces milieux. Les thèmes abordés sont nombreux et variés : sexualité, orientation sexuelle, ITS, VIH, paternité/maternité, contraception, pornographie, contrôle dans les relations amoureuses. Après avoir participé aux ateliers du programme, bien des jeunes se questionnent sur leurs comportements sexuels et décident de consulter une infirmière des SIDEp pour un dépistage d'ITSS. Ces infirmières travaillent en étroite collaboration avec les intervenants d'ÉMISS-ère. Un travail d'éducation indispensable, comme l'exprime un garçon de 18 ans : « C'est génial, pis c'est important qu'on parle de ça. »



De toute évidence, rejoindre les clientèles vulnérables dans leurs milieux constitue une stratégie efficace à privilégier. À cet égard, le travail de rue a démontré son efficacité. Dans les six villes montréalaises où il est implanté, ses retombées touchent à la fois les comportements sexuels à risque et ceux liés à l'usage de drogues par injection. Là où des études ont été conduites, ses effets se font particulièrement sentir sur la diminution du partage de seringues et du nombre d'injections, la baisse de fréquentation des piqueries et l'augmentation de l'admission dans les centres de désintoxication. De plus, on note une amélioration de l'accessibilité aux condoms ainsi qu'une augmentation du dépistage du VIH, du counseling et de la demande de services sociaux.

Quant aux Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEP), ils constituent une porte d'entrée pour les personnes en situation de vulnérabilité. Implantés dans six territoires de la Montérégie, ils offrent une gamme étendue de services préventifs (counseling, dépistage, vaccination, orientation) tout en privilégiant l'intervention dans les milieux de vie comme les refuges pour les itinérants, les centres de détention, les maisons de réadaptation pour les toxicomanes, etc.

Bon coup

QUAND PRÉVENTION RIME AVEC DÉTENTION

Décembre 2008. La première clinique de dépistage des ITSS en milieu carcéral voit le jour en Montérégie. Les détenus du Centre de détention Sorel-Tracy constituent une clientèle à risque élevé.

Outre la vaccination contre les hépatites A et B qu'elle y pratiquait depuis quatre ans, l'infirmière du programme SIDEP décide d'offrir une fois par mois aux détenus asymptomatiques le service de counseling et de dépistage des ITSS. En plus du suivi médical auquel elle avait déjà accès, la clientèle peut également bénéficier du suivi psychosocial assuré par une sexologue d'ÉMISS-ère lorsqu'un détenu apprend qu'il est atteint d'hépatite ou du VIH.

La pratique en milieu carcéral comporte des conditions d'intervention particulières qui ont exigé une collaboration exceptionnelle entre le personnel médical et infirmier du CSSS, les représentants du Centre de détention et ÉMISS-ère. À ce jour, le bilan est positif. Il a même inspiré le CSSS de Trois-Rivières qui entend lancer un projet semblable avec le centre de détention de sa région. Comme quoi les bonnes idées font toujours leur chemin...

Au Québec, les programmes d'échange de seringues (PES) se sont avérés efficaces pour diminuer la progression du VIH parmi les personnes utilisatrices de drogues par injection. Compte tenu de certaines caractéristiques du VHC, on estime que l'ajout de nouveau matériel (eau stérile, stéricup et filtre) devrait augmenter l'impact des PES sur la transmission du virus. Quant aux centres d'accès au matériel d'injection (CAMI) répartis dans tous les CSSS et plusieurs pharmacies communautaires, ce sont des lieux privilégiés pour rejoindre les personnes UDI.

La mise en place des SIDEPS sur certains territoires de la Montérégie a haussé d'un cran l'offre des services de prévention, mais ce n'est pas suffisant. Il faut redoubler nos efforts pour assurer l'expansion et la pérennité de ces services.

Quant aux PES, il faut non seulement poursuivre leur consolidation, mais il faut intensifier leur travail sur les plans de l'information et de l'éducation, de l'écoute et du soutien, ainsi que de l'orientation vers les services appropriés.

Pour ce qui est de l'épidémie d'hépatite C chez les personnes UDI, il faut trouver de nouveaux moyens pour la combattre, en particulier pour prévenir le passage à l'injection. Aussi, des ateliers consacrés à la prévention du passage à l'injection ont été offerts depuis 2007 aux consommateurs de drogues de différents milieux, en Montérégie. Des données indiquent que des programmes communautaires encourageant la participation des personnes UDI à des activités d'éducation destinées à leurs pairs seraient également pertinents.

Tous ces défis sont de taille, mais ils ne sont pas insurmontables! Il faut garder en tête que l'intensité et la continuité de l'intervention auprès des groupes vulnérables sont indispensables pour marquer des progrès. De ce point de vue, la collaboration des organismes communautaires est primordiale tout comme celle, d'ailleurs, des intervenants en toxicomanie et des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, d'où la nécessité de consolider les présents partenariats et d'en établir de nouveaux.

Bon coup

UN ATELIER POUR MIEUX RÉSISTER

Apprendre à résister aux drogues injectables, c'est possible! C'est du moins ce qu'a découvert une dizaine de jeunes du campus de Valleyfield du Centre jeunesse de la Montérégie, dont le comportement augmentait le risque du passage à l'injection. Conçu pour informer et sensibiliser les jeunes aux aspects négatifs de l'injection de drogues, le projet pilote a été lancé en 2007 par l'organisme communautaire Pacte de rue, en collaboration avec la DSP. Sélectionnés avec le concours des intervenants pivots en toxicomanie et à l'aide de l'outil Dep Ado, les jeunes ont participé à un atelier concernant les aspects négatifs de l'injection de drogues, mais aussi l'importance d'un réseau social et de soutien, l'existence des ressources du milieu et du travail de rue. Vu le succès de son initiative, Pacte de rue a repris l'activité en 2009-2010 auprès des jeunes à risque, avec le soutien financier de la DSP et du MSSS.



Améliorer les services de dépistage et de traitement des ITSS en misant sur la collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle

L'organisation et l'accessibilité des services de counseling, de dépistage, de traitement et d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et de leurs partenaires (IPPAP) visent toutes les clientèles sans exception, y compris les jeunes et les autres groupes vulnérables. Pour cette raison, il est indispensable d'offrir ces services dans tous les milieux cliniques. Il importe également de mettre en place tous les mécanismes de collaboration nécessaires pour en garantir l'efficacité. En d'autres mots, il faut réellement « travailler en réseau ».

D'ailleurs, l'organisation efficace des services suppose la présence des éléments suivants :

- Un continuum de services qui inclut les trois volets « prévenir-guérir-soutenir ».
- Une hiérarchisation de services qui exploite tout le potentiel de la Loi 90.
- La mise en place d'équipes interdisciplinaires (VIH-VHC).
- La collaboration interprofessionnelle (ex. : médecin-infirmière, médecin-pharmacien communautaire).
- La collaboration interétablissements (ex. : CSSS-Virage) et intersectorielle, ainsi qu'avec les organismes communautaires concernés.
- Une accessibilité des services à proximité des milieux de vie ou dans les milieux de vie des populations les plus vulnérables.



Bon coup

UN INFIRMIER, DEUX INFIRMIÈRES, TROIS CLINIQUES

Pour dépister et traiter plus rapidement les ITSS, la direction des Services multicientèles du CSSS Jardins-Roussillon n'a pas hésité à redéfinir son offre de service et à miser sur la compétence infirmière. Aujourd'hui, une clinique de dépistage des ITSS existe au CLSC Châteauguay (depuis octobre 2008), une deuxième au CLSC Kateri (depuis février 2009) et une troisième au CLSC Jardin-du-Québec (depuis juillet 2009). L'infirmier et les deux infirmières qui assurent le service dans ces cliniques possèdent les habiletés techniques nécessaires aux activités de dépistage ainsi que la formation prévue pour l'IPPAP. Au CLSC Châteauguay, qui fait figure de pionnier sur le territoire, une règle de soins a été élaborée pour que les infirmières puissent procéder au dépistage des ITSS sans prescription médicale. Counseling, prévention, enseignement et suivi médical sont au programme. De plus, une ordonnance collective permettant aux infirmières de traiter les personnes asymptomatiques sera mise en place dans un avenir rapproché. Qui dit mieux?

La Montérégie compte près de 200 infirmières qui ont reçu la formation théorique nécessaire aux activités de dépistage.

La DSP a documenté qu'un peu plus d'une cinquantaine d'infirmières font actuellement du dépistage, et ce, sur la majorité des territoires de CSSS. Quoique encourageante, cette situation soulève l'importance de travailler sur l'ensemble des éléments essentiels aux changements de pratiques. En fait, en plus d'offrir une formation théorique, il faut remplir d'autres conditions essentielles, notamment proposer une formation pratique et établir un « corridor de services médicaux » qui permettra aux infirmières de diriger les personnes dépistées pour qu'elles soient traitées.

Comment agir dans un tel contexte? La réponse est plus claire que jamais : il faut inscrire la collaboration interprofessionnelle au cœur de nos actions et travailler dans le respect des compétences de chacun. Le tandem médecin-infirmière se trouve particulièrement, mais non exclusivement, visé par ces changements qui nécessitent un climat de confiance. Compte tenu de la pénurie et de la surcharge de travail des médecins et des infirmières, la mise en place dans les milieux cliniques de mesures qui favorisent la modification des pratiques est incontournable. L'ordonnance collective relative au traitement de la chlamydie et de la gonorrhée, d'une part, et l'organisation des services visant la prise en charge des personnes atteintes du VIH et du VHC tant au plan médical que psychosocial, d'autre part, en sont de bons exemples.

Aujourd'hui, collaboration interprofessionnelle, confiance mutuelle et environnement clinique favorable constituent les piliers d'une nouvelle organisation des soins au plan de la prévention comme du traitement des ITSS. Depuis plusieurs années, l'accessibilité des cliniques jeunesse s'est grandement améliorée en Montérégie. Toutefois, ces services demeurent variables d'un CSSS à un autre et leur accessibilité pour la clientèle des jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans constitue un objectif à atteindre. Pour d'autres groupes, par exemple les personnes toxicomanes, l'accessibilité aux services n'est pas acquise non plus. Les préjugés qui perdurent dans le réseau de la santé envers ces personnes qui vivent en marge du système contribuent sans aucun doute à aggraver la situation.

L'entrée en vigueur de la Loi 90, qui permet le dépistage des ITSS par les infirmières, ainsi que la rémunération des médecins pour le counseling relatif aux ITSS constituent deux mesures qui auraient dû faciliter l'accès aux services préventifs. Or, il reste encore beaucoup à faire pour que ces professionnels adoptent des pratiques qui favorisent une meilleure accessibilité des services de dépistage.



Et si Caroline avait 16 ans aujourd'hui?

Inquiète d'avoir contracté une ITS en apprenant que son nouveau petit ami a eu des relations sexuelles avec une fille de sa classe, Caroline se décide d'appeler Info-Santé.

L'infirmière au bout du fil est compréhensive; elle lui pose quelques « bonnes » questions.

Plus important encore, elle recommande à Caroline de prendre un rendez-vous à la clinique jeunesse de son CSSS même si Caroline n'éprouve aucun symptôme. À peine quelques jours plus tard, une infirmière reçoit Caroline à qui elle propose des tests de dépistage et une discussion sur la contraception. Un deuxième rendez-vous est fixé pour communiquer les résultats. Ils sont négatifs. Elles en profitent pour discuter de la méthode contraceptive qui convient le mieux à Caroline ainsi que des mesures à prendre pour éviter les ITS. L'infirmière lui remet quelques condoms. Mise en confiance, Caroline accepte de revenir dans six mois, simplement pour vérifier si tout va bien...



Bon coup

L'ORDONNANCE COLLECTIVE, UNE FORMULE GAGNANTE

Comment rendre le traitement de l'infection à *Chlamydia trachomatis* rapidement accessible? C'est la question que se sont posée les infirmières et les médecins des cliniques jeunesse du CSSS Vaudreuil-Soulanges. Soucieux de diminuer le risque de transmission de l'infection parmi leur clientèle, ils ont su profiter des circonstances favorables créées par l'offre de formation liée au *Guide québécois de dépistage des ITSS* et la publication d'autres documents pertinents. Les travaux réalisés en 2006 au niveau provincial relativement à l'ordonnance collective sur « l'initiation » à la contraception hormonale ont alors guidé, avec le soutien de la DSP, la formulation d'une ordonnance pour le traitement de la chlamydie. Cette ordonnance a été entérinée par le CMDP du CSSS et acceptée par les pharmaciens communautaires. Un peu plus tard, elle a été retravaillée et soumise au Collège des médecins. Depuis avril 2008, l'utilisation courante de la version finale de l'ordonnance accélère l'accès au traitement. Elle permet de traiter annuellement une centaine de jeunes et leurs partenaires.

Responsabilités et engagements de la DSP

Inverser la tendance à la hausse des maladies transmissibles sexuellement et par le sang relève donc de notre responsabilité. Pour y parvenir, trois défis de taille sont mis en lumière. Ces défis correspondent à des priorités qui tiennent compte des caractéristiques de la population montréalaise, de l'étendue de notre territoire et de la complexité d'organiser et de rendre accessibles des services dans le contexte qui est le nôtre. Ils interpellent différents partenaires du réseau de la santé et exigent de la part de plusieurs professionnels de modifier leurs pratiques.

Compte tenu des responsabilités qui lui sont dévolues en matière de prévention et de protection de la santé de la population, la Direction de santé publique entend accorder une attention particulière au dossier des ITSS au cours des prochaines années. Par conséquent, elle s'engage à :

- Poursuivre la surveillance des ITSS et des facteurs de risque qui leur sont associés, en particulier pour les groupes vulnérables.
- Réaliser des activités de communication auprès de la population ainsi qu'auprès de ses partenaires du réseau de la santé et des autres secteurs de la société afin de bien faire connaître l'état de la situation et de favoriser l'adoption de comportements préventifs à l'égard des ITSS.
- Promouvoir et soutenir l'adoption des pratiques cliniques préventives recommandées dans le domaine des ITSS.
- Soutenir la mise en place d'un continuum et d'une organisation de services qui répondent aux critères d'efficacité reconnus.
- Collaborer avec la Direction régionale du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport pour soutenir la mise en œuvre d'une démarche d'éducation à la sexualité en milieu scolaire et l'implantation de l'Approche « École en santé ».
- Soutenir les CSSS et les organismes communautaires afin que la réalisation des interventions préventives tienne compte des meilleures pratiques.
- Assurer le suivi de l'implantation des différentes interventions requises pour inverser la tendance.
- Contribuer aux différents travaux du ministère de la Santé et des Services sociaux dans ce dossier.

Conclusion



Le constat fait l'unanimité : non seulement la bataille contre les infections transmises sexuellement et par le sang n'est pas gagnée, mais la tendance est à la hausse. En outre, les conséquences de ces infections sont graves et souvent irréversibles. Sans adopter une attitude pessimiste, il y a fort à parier que les ITSS et leurs retombées feront parler d'elles encore longtemps; raison de plus pour redoubler d'efforts et actualiser ou mettre en œuvre, selon les cas, tous les moyens connus qui ont fait leurs preuves.

Partenariat, action concertée, éducation, promotion, prévention, intensité et continuité de l'intervention, révision des pratiques professionnelles, organisation et accessibilité des soins constituent autant de stratégies à favoriser. Néanmoins, trois priorités sont définies: la promotion d'une sexualité saine et responsable chez les jeunes, l'intervention auprès des groupes vulnérables et l'organisation des services.

Puisque les ITSS touchent une grande partie de la population et que, par conséquent, la responsabilité d'agir doit être partagée, il est primordial que chacun des partenaires concernés en Montérégie prenne position par rapport à ces priorités et redéfinisse le rôle qu'il peut jouer pour contribuer à les réaliser. « Inverser la tendance » constitue bel et bien le défi que nous proposons de relever collectivement. Car bien que transmissibles, les ITSS sont évitables; ne l'oublions pas! Il en va de la santé de la population. Il en va de la santé des groupes vulnérables, particulièrement des adolescents et des jeunes adultes.

Références

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (mise à jour : janvier 2008). *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, édition 2006, Santé Canada, Ottawa, ON, 457 pages.

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2007). Rapport de surveillance canadien 2004 sur les infections transmissibles sexuellement. *RMTC*, 33S1:1-76.

AKOM, É. et S. VENNE (2002). *L'infection au virus du papillome humain (VPH)*, Institut national de santé publique du Québec, 157 p.

AKOM, É. et S. VENNE (2003). *L'infection génitale au virus Herpes Simplex*, Institut national de santé publique du Québec, 93 p.

ALARY, M., G. GODIN, G. LAMBERT et autres (2005). *Étude de prévalence du VIH et de l'hépatite C chez les personnes incarcérées au Québec et pistes pour l'intervention*, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 70 p.

ALLARD, P. et L. NOËL (2006). *Portrait de situation de l'hépatite C au Québec 1990-2004, Analyse de la demande de services par les personnes atteintes du virus de l'hépatite C*, Institut national de santé publique du Québec, 93 p.

BOISCLAIR, M. (2008). *Problématique de la prise en charge des personnes toxico-manes infectées par l'hépatite C, Stratégie pour une planification de services et de soins en réseau, Rapport de consultation*, École nationale d'administration publique, 24 p.

DESCHESNES, M., Y. COUTURIER, S. LABERGE et autres (2008). *Les facteurs influençant la dissémination et l'adoption de l'approche École en santé – synthèse de recherche et recommandations*, Équipe de recherche sur les approches globales en promotion de la santé à base scolaire, Institut national de santé publique du Québec, 206 p.

DUQUET, F. (2003). *L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation*, Ministère de l'Éducation, Gouvernement du Québec, 56 p.

FRANKISH, J., G. MOULTON, B. KWAN et autres (2002). *Prévention de l'hépatite C : examen de la preuve internationale actuelle. Résumé analytique*, Santé Canada, 60 p.

KIRBY, D. (2007). *Emerging answers 2007 : Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases*, Washington, DC, National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy.

LACROIX, C., É. LEVAC et L. PERRON (2008). *Rapport annuel 2007. Les maladies infectieuses en Montérégie incluant les maladies à déclaration obligatoire (MADO)*, Longueuil, Direction de santé publique, ASSS de la Montérégie, 67 p.

LAMBERT, G., E. LACOMBE, LR. FRIGAULT et autres (2007). « JE PASSE LE TEST » - rapport d'étape : octobre 2005 à novembre 2006. *Intervention auprès des étudiantes des cégeps de Montréal. Enquête santé sexuelle et offre de dépistage sur prélèvement urinaire*. ASSS de Montréal, Direction de santé publique.

LEVAC, É. et L. DA SILVA (2009). *Extraction des données du système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire*, Direction de santé publique, ASSS de la Montérégie, non publié.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (2005). *École en santé, guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires*, Comité national d'orientation école en santé et collaborateur, Gouvernement du Québec, 64 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012 – mise à jour 2008*, Direction générale de la santé publique, Gouvernement du Québec, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2002). *Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire, Prévenir et enrayer, Situation et orientations*, Gouvernement du Québec, 104 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2002). *Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire, Prévenir et enrayer, Protocole d'intervention*, Gouvernement du Québec, 71 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2004). *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le SIDA, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement, Orientations 2003-2009*, Gouvernement du Québec, 56 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2006). *Guide québécois de dépistage, infections transmissibles sexuellement et par le sang*, Gouvernement du Québec, 149 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2008). *Surveillance des infections transmissibles sexuellement et par le sang, Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogues par injection, épidémiologie du VIH de 1995 à 2008, épidémiologie du VHC de 2003 à 2008*, Gouvernement du Québec, 69 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2008). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), année 2008 (et projections 2009)*, Gouvernement du Québec, 97 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2008). *Surveillance des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience acquise humaine (VIH), cas cumulatifs, 2002-2007*, Gouvernement du Québec, 90 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2008). *Surveillance des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Facteurs de risques pour l'hépatite C : Analyse des enquêtes épidémiologiques faites lors de la déclaration des cas d'infection par le VHC au Québec, avril 2002 à mars 2004*, Gouvernement du Québec, 73 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2009). *Surveillance des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience acquise humaine (VIH), Mise à jour des données au 30 juin 2008*, Gouvernement du Québec, 51 p.

NOËL, L., J. LAFOREST et P.R. ALLARD (2007). *Usage de drogues par injection et interventions visant à réduire la transmission du VIH et du VHC, Revue systématique de la littérature et validation empirique*, Institut national de santé publique du Québec, 151 p.

NOËL, L., J. LAFOREST et P.R. ALLARD (2007). *L'accès au suivi et au traitement pour les personnes atteintes de l'hépatite C au Québec, Analyse de l'offre de services*, Institut national de santé publique du Québec, 110 p.

PALLUY, J., et autres (2010). *Réussite éducative, santé et bien-être : agir efficacement en contexte scolaire. Synthèse de recommandations*. Montréal, INSPQ.

PERRON, L., É. LEVAC, L. DE LA BOISSIÈRE et autres (2007). *Rapport annuel 2006. Les maladies infectieuses en Montérégie incluant les maladies à déclaration obligatoire (MADO)*, Longueuil, Direction de santé publique, ASSS de la Montérégie, 82 p.

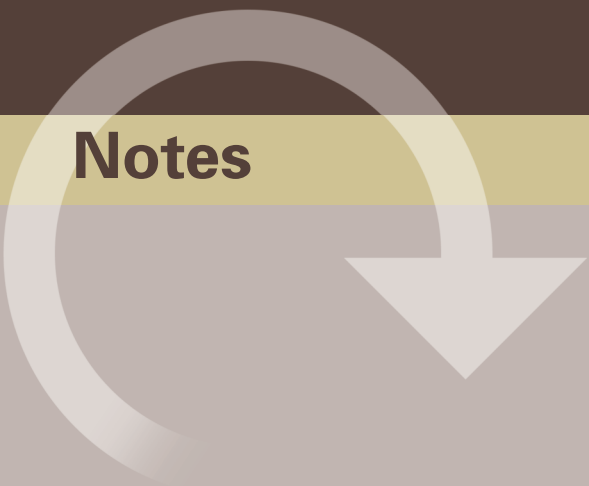
ROTERMANN, M. (2008). *Tendances du comportement sexuel et de l'utilisation du condom à l'adolescence, Rapports sur la santé, Statistique Canada, no 82-003-XPFP au catalogue, 19(3), p. 1-4.*

SHERMAN, M., S. SHAFRAN, K. BURAK et autres (2007). *Prise en charge de l'hépatite C chronique, lignes directrices de consensus*, AMMI Canada, 33 p.

Notes



Notes





Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec) J4K 2M3
Téléphone : 450 928-6777 • Télécopieur : 450 679-6443
www.santemonteregie.qc.ca



Imprimé sur du papier recyclé.