



2010

RAPPORT DU DIRECTEUR
DE SANTÉ PUBLIQUE

Joindre plus

Dépister plus

Traiter plus

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG



2010

RAPPORT DU DIRECTEUR
DE SANTÉ PUBLIQUE

Joindre plus

Dépister plus

Traiter plus

*Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal*

Québec 

Une réalisation du secteur Vigie et protection

Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

1301, rue Sherbrooke Est

Montréal (Québec) H2L 1M3

Téléphone : 514 528-2400

www.santepub-mtl.qc.ca

English version available upon request

Sous la direction de

Richard Lessard

Louise Valiquette

Comité de rédaction

Alix Adrien

Carole Morissette

Nathalie Paquette

Coordination des travaux

Alix Adrien

Manon Hudson

Collaborateurs

Nathalie Boies, CSSS Jeanne-Mance

Joe Cox

Renée de Léry

Marilou Dumont, CSSS Jeanne-Mance

Martine Fortier

Natalia Gutierrez

Karine Hudon, L'Injecteur

Daniel Labesse

Élysabeth Lacombe

Gilles Lambert

Pascale Leclerc

Claude Tremblay

Comité de Lecture

Serge Chevalier

Émilie Laliberté, Stella

Michel Mongeon

Robert Rousseau, Rezo

Christine Rowan, CSSS de la Montagne

Marianne Tonnelier, Cactus

Francine Trickey

Nicole Turcotte, CSSS de la Montagne

Paul Veilleux, CSSS du Cœur-de-l'Île

Rédaction des textes

Colette Pilon-Bergman,
rédactrice et consultante

Secrétariat

Guylaine Brunet

Communications

Jo Anne Simard

Lise Chabot

Manon Hudson

Conception graphique

Paul Cloutier

Traduction

Sylvie Gauthier

© Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2010)

Tous droits réservés

ISBN 978-2-89494-964-1 (version imprimée)

ISBN 978-2-89494-965-8 (version PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2010

Prix : 40 \$

MOT DU DIRECTEUR

À Montréal, comme dans le reste du Québec, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ont pris des proportions alarmantes. Qu'il suffise pour s'en convaincre de consulter le document que vous tenez entre les mains : il vous donnera la mesure du nouveau défi qui se pose à nous.

Les infections causées par le virus de l'hépatite C (VHC) et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) font des ravages sur toute l'île de Montréal. Les deux infections touchent particulièrement les personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI), alors que les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) sont surtout atteints par le VIH. Reconnaissant que la santé de ces personnes est gravement menacée et que celle de l'ensemble de la société doit être protégée, j'ai défini la lutte contre les ITSS comme une priorité du Plan d'action régional 2010-2015. D'ailleurs, les 12 centres de santé et de services sociaux (CSSS) de l'île de Montréal ont été incités à en faire autant dans leur plan d'action local.

Cela ne signifie pas que le travail énorme accompli à ce jour n'a donné aucun résultat, au contraire. Toutefois, ces efforts ne suffisent plus, car la situation a évolué depuis 20 ans. Aujourd'hui, de nouveaux phénomènes nous obligent à revoir nos pratiques et à définir des stratégies adaptées aux besoins des groupes vulnérables aussi bien qu'au nouveau contexte.

Notre action s'inscrit dans une perspective de réduction des méfaits. Notre leitmotiv : joindre plus, dépister plus et traiter plus. Il ne faut donc pas se surprendre de l'accent mis sur l'accessibilité à la fois du matériel de protection, des services de dépistage et du traitement. Quant à l'organisation du traitement de l'hépatite C, elle suppose la collaboration de nombreux partenaires, notamment celle des professionnels de la santé de première et de deuxième lignes. Le traitement s'avère l'un des meilleurs moyens de réduire la transmission du VHC et ses conséquences. Tout compte fait, toute la société n'en sera que mieux protégée !

Enfin, on ne le répètera jamais assez : nous comptons sur l'action concertée de tous nos partenaires. En inscrivant cette action dans des perspectives de réduction des inégalités sociales en santé, d'intégration sociale et d'amélioration des conditions de vie, nous pouvons marquer des points dans la lutte contre les ITSS, en particulier contre les infections causées par le virus de l'hépatite C et par le virus de l'immunodéficience humaine.

Le directeur de santé publique,



Richard Lessard, M.D.



TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-----------|
| Introduction | 1 |
| Des chiffres et des maux | 4 |
| Les ravages des ITSS à Montréal | 6 |
| L'hépatite C | 6 |
| L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine | 7 |
| La syphilis | 8 |
| La gonorrhée | 9 |
| La chlamydirose génitale | 10 |
| Jennifer, Francis et la vulnérabilité | 11 |
| Les groupes vulnérables font partie du tissu social montréalais | 13 |
| Les personnes utilisatrices de drogues par injection | 13 |
| Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes | 14 |
| Les autres groupes vulnérables | 15 |
| Les jeunes de la rue | 15 |
| Les personnes originaires de pays où le VIH est endémique ou à prévalence élevée d'hépatite C | 16 |
| Les personnes incarcérées | 16 |
| Les personnes issues de communautés autochtones | 16 |
| Les jeunes de 15 à 24 ans | 17 |
| Prendre les moyens d'agir | 18 |
| Six stratégies pour lutter contre le VHC et le VIH | 20 |
| 1. Joindre davantage les groupes vulnérables | 20 |
| 2. Augmenter l'accès au matériel de protection | 22 |
| 3. Accroître l'accès aux services de dépistage et aux services psychosociaux de proximité | 23 |
| 4. Mieux organiser le traitement | 25 |
| 5. Favoriser l'autonomisation (<i>empowerment</i>) | 27 |
| 6. Influencer les politiques publiques | 29 |
| Les conditions de réussite sur le plan organisationnel | 32 |
| Conclusion | 37 |
| Références bibliographiques | 39 |

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|----|
| Infection par le virus de l'hépatite C, taux d'incidence et répartition des cas selon le sexe, par territoire de CSSS, Montréal, 2009 | 6 |
| Répartition, selon la catégorie principale d'exposition, des cas déclarés d'infection par le VHC pour Montréal (2006 à 2009) | 7 |
| Syphilis infectieuse, taux d'incidence et répartition des cas selon le sexe, par territoire de CSSS, Montréal, 2009 | 8 |
| Taux d'incidence de l'infection gonococcique à Montréal de 1996 à 2009 | 9 |
| Taux d'incidence de la chlamydirose génitale à Montréal de 1996 à 2009 | 10 |



Au Québec, en particulier à Montréal, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ont pris des proportions alarmantes. C'est le cas notamment des infections par le virus de l'hépatite C (VHC) et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), qui touchent tout spécialement les personnes qui utilisent des drogues par injection (UDI). Quant aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH), ils demeurent les plus atteints par le VIH et la syphilis, qui connaît une recrudescence inattendue. Par ailleurs, les conséquences des ITSS peuvent être désastreuses et même fatales.

Au cours des vingt dernières années, un travail énorme a été accompli dans la lutte contre les ITSS, tant par le réseau communautaire que par celui de la santé. De fait, les organismes communautaires ont intensifié leurs efforts de prévention, les milieux cliniques ont considérablement développé leur expertise par rapport au VIH, tandis que les activités de vigie et de surveillance de la Direction de santé publique de Montréal (DSP) ont permis de suivre la situation de près. Tout ce travail, sans oublier le soutien de la DSP aux activités de prévention et de promotion, a permis de marquer des points et les résultats le prouvent : par exemple, l'incidence du VIH chez les personnes UDI, comme le partage du matériel d'injection, a connu une baisse significative depuis 1995.

.. la recrudescence de la syphilis laisse craindre une augmentation de la transmission du VIH chez les HARSAH...

Malgré ces gains indéniables, le travail doit se poursuivre. D'une part, la recrudescence de la syphilis laisse craindre une augmentation de la transmission du VIH chez les HARSAH. D'autre part, le nombre élevé de cas d'hépatite C aura des conséquences très graves pour les personnes UDI, comme pour le système de santé, si aucun effort additionnel n'est fait. Par ailleurs, le contexte montréalais a beaucoup changé. En effet, l'action communautaire, si vigoureuse au début des années 1990, s'est affaiblie; la mise au point des traitements du VIH a entraîné un relâchement des pratiques sécuritaires en général, et en particulier chez les HARSAH; enfin, la vague épidémique de l'infection causée par le VHC s'est abattue sur les personnes UDI, alors que la mobilisation de la collectivité par rapport à cette infection est plutôt récente et que le suivi des personnes infectées n'est pas généralisé. De plus, les substances utilisées pour l'injection se sont diversifiées et modifiées considérablement depuis quelques années. Cela a eu pour effet de multiplier les risques d'infection et de surdose. Les lieux de rencontres sexuelles pour les HARSAH sont devenus plus nombreux et variés que jamais, surtout en raison d'Internet, ce qui rend les groupes les plus à risque de plus en plus difficiles

.. le nombre élevé de cas d'hépatite C aura des conséquences très graves pour les personnes UDI, comme pour le système de santé, si aucun effort additionnel n'est fait.

à joindre. Par ailleurs, la concomitance de problèmes de santé physique et mentale et de problèmes sociaux chez un nombre plus important qu'avant de personnes vulnérables complexifie les efforts de prévention, de même que la prise en charge et le traitement par un réseau de santé qui sort à peine d'une grande réorganisation. Enfin, la pression sociale exercée dans les milieux de vie à l'endroit des personnes vulnérables a eu pour effet de les disperser sur le territoire montréalais, de rompre les liens avec leur milieu d'appartenance et de les amener à s'isoler davantage, accentuant ainsi leur vulnérabilité.

Dans ce contexte, et sans nier les acquis, il faut bien l'admettre : les efforts des vingt dernières années en matière de prévention, de dépistage et de traitement ne suffisent plus. Voilà un constat qui ne laisse pas de choix ! Il oblige le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que ses partenaires, à s'adapter à de nouvelles réalités et à innover. Pour y parvenir, il importe de mieux cerner les besoins des populations vulnérables, d'établir des priorités d'intervention et de revoir les stratégies de lutte contre les ITSS, en particulier celles contre les infections par le VHC et le VIH.

À Montréal, les besoins des groupes les plus vulnérables en matière de santé sont immenses et pressants. Il reste beaucoup à faire pour réduire la transmission encore très active des ITSS. D'où l'urgence d'agir.

**JENNIFER A 28 ANS. ELLE S'INJECTE
QUOTIDIENNEMENT DES DROGUES
DEPUIS AU MOINS CINQ ANS.**

Au début, la drogue n'était qu'une distraction.
Aujourd'hui, c'est pour Jennifer le seul
moyen de tenir le coup. Le seul moyen de
soutenir le stress des fins de mois. Le seul
moyen de trouver l'énergie de faire manger le
petit après l'école. Le seul moyen d'accepter
de laisser entrer chez elle quelques clients
chaque semaine. Des clients qui exigent
parfois d'avoir des relations sexuelles sans
condom, mais qui payent bien. Surtout,
éviter que les voisins le sachent ! Elle n'a
qu'une amie avec qui elle partage tout,
même ses seringues. L'avenir ? Sa santé ?
Elle y pensera plus tard. Pour l'instant, la vie
est déjà assez compliquée...

FRANCIS EST UN HOMME DE 40 ANS
QUI RESSEMBLE À BIEN D'AUTRES.
C'EST D'AILLEURS AUX HOMMES QUE
VONT SES PRÉFÉRENCES SEXUELLES.

Francis occupe un emploi dans une petite entreprise qui lui procure une sécurité financière dont il est fier. Ses collègues le respectent et il se sent valorisé par son travail. Récemment, il a quitté sa conjointe pour jouir d'une plus grande liberté. Il vit seul. Dans les saunas, les bars et sur Internet, il trouve des partenaires qui recherchent comme lui des rencontres anonymes. Petit à petit, il a laissé tomber l'usage du condom même si le VIH l'inquiète. Il se dit parfois qu'il devrait passer un test de dépistage. En même temps, il considère que les risques font partie de la vie et qu'il faudrait être bien malchanceux pour tomber sur un gars atteint du virus.

DES CHIFFRES ET **DES MAUX**



Depuis 1998, les infections causées par les virus de l'hépatite C et de l'immunodéficience humaine, la syphilis, la gonorrhée et la chlamydie génitale ont pris des proportions alarmantes sur toute l'île de Montréal. Par exemple :

- 68 % des personnes UDI sont infectées par le VHC et 25 % d'entre elles ne sont pas au courant de leur infection;
- 18 % des personnes UDI sont atteintes du VIH et 26 % d'entre elles l'ignorent;
- 15 % des HARSAH sont infectés par le VIH et 13 % d'entre eux ne le savent pas.

En 2009, à l'échelle du Québec, plus de 50 % des nouveaux diagnostics de VIH et de syphilis provenaient de Montréal, un pourcentage qui atteint 50 % pour la gonorrhée, 45 % pour le VHC et 28 % pour la chlamydie génitale.¹

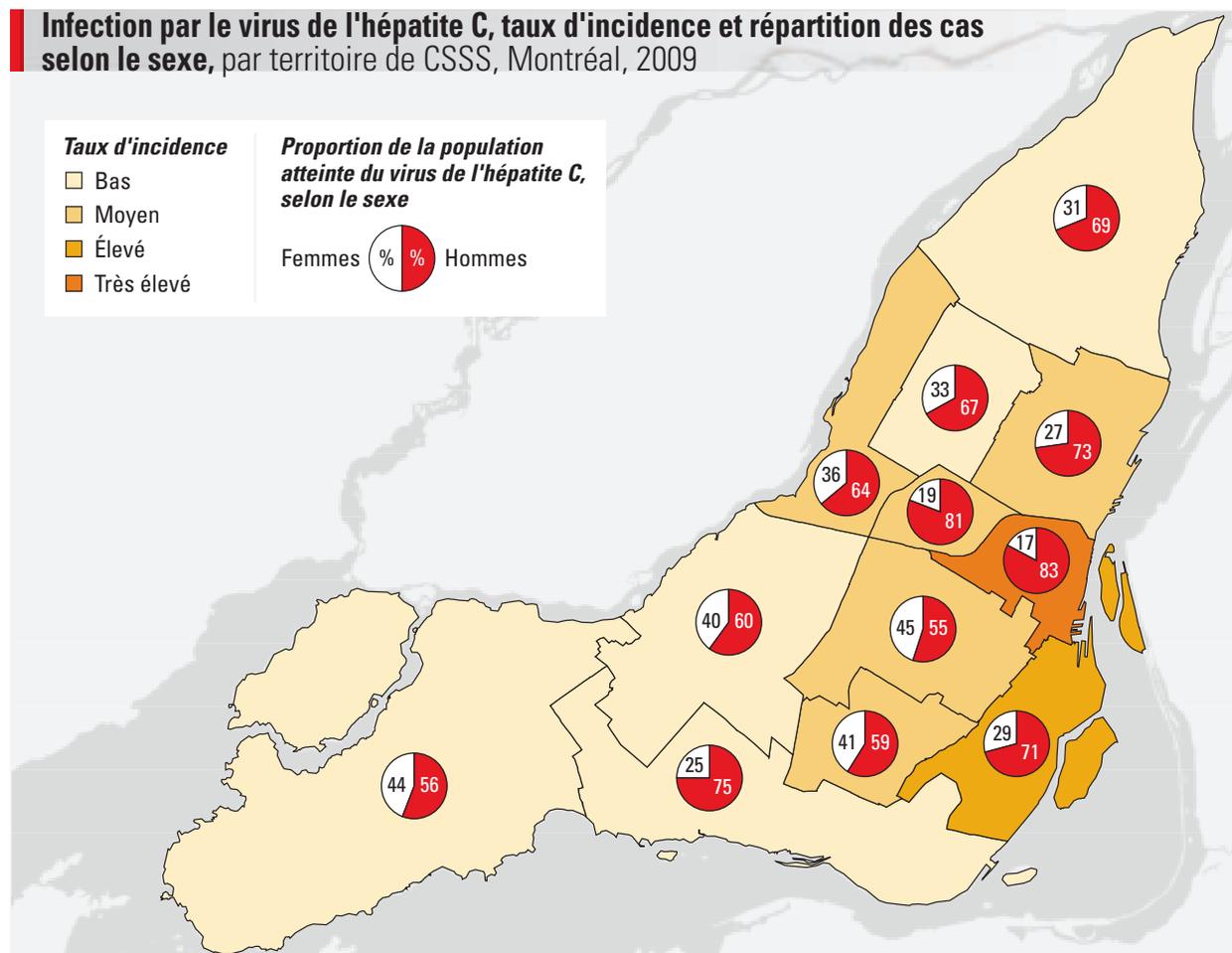
¹ Les données mentionnées dans le présent document sont extraites de l'ensemble des données MADO (maladies à déclaration obligatoire) pour l'année 2009 et des résultats des projets de surveillance épidémiologique les plus récents.

LES RAVAGES DES ITSS À MONTRÉAL

L'hépatite C

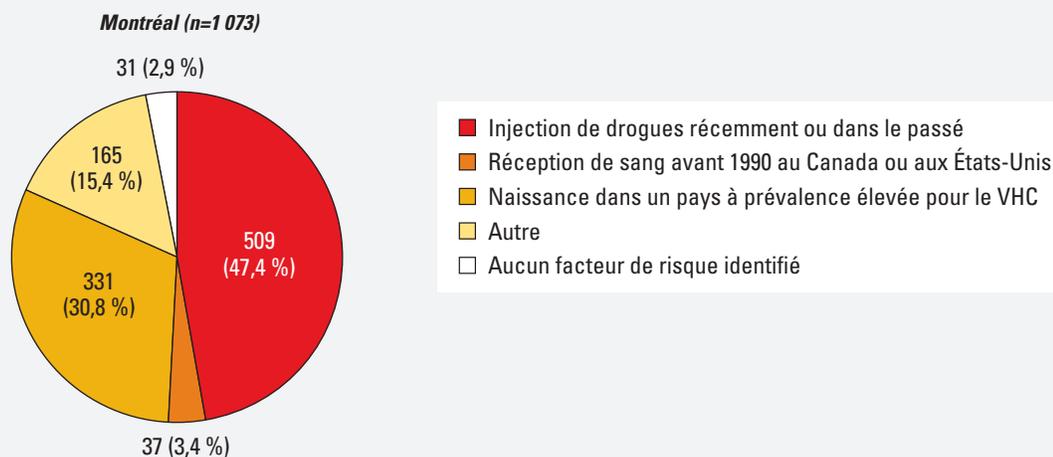
Le virus de l'hépatite C se transmet par exposition percutanée à du sang infecté. La transmission sexuelle est possible bien que rare. Dans 75 % à 85 % des cas, les personnes développent l'infection de façon chronique et peuvent transmettre le VHC. La principale complication, qui survient chez 20 % à 50 % de ces personnes, est la cirrhose du foie qui peut évoluer vers un cancer du foie.

Infection par le virus de l'hépatite C, taux d'incidence et répartition des cas selon le sexe, par territoire de CSSS, Montréal, 2009



On retrouve des cas sur tous les territoires de CSSS. Le territoire du CSSS Jeanne-Mance est le plus touché (avec un taux très élevé), suivi de celui du CSSS du Sud-Ouest-Verdun, qui affiche un taux élevé.

Répartition, selon la catégorie principale d'exposition, des cas déclarés d'infection par le VHC pour Montréal (2006 à 2009)



À Montréal :

- Parmi les cas déclarés, 50 % sont attribuables à l'injection de drogues (passée ou récente).
- 31 % des cas déclarés concernent des personnes nées dans un pays où la prévalence du VHC est élevée.

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine

Le virus de l'immunodéficience humaine est transmissible sexuellement et par le sang. Malgré l'existence d'un traitement, l'infection persiste toute la vie et peut se transmettre au nouveau-né. En 2008, on estimait à environ 17 900 le nombre de cas de VIH au Québec. En 2009, on signalait 614 cas d'infection par le VIH au Programme québécois de surveillance de l'infection par le VIH pour l'ensemble de la province, dont 367 (60,0 %) à Montréal.

À Montréal :

- D'avril 2002 à juin 2009, 1 855 nouveaux cas d'infection par le VIH sont diagnostiqués.
- Au cours de la même période, 72 % des nouveaux cas diagnostiqués sont des HARSAH. Ce pourcentage augmente de 3 % si on inclut les personnes infectées qui sont à la fois HARSAH et utilisatrices de drogues par injection.
- Près de 60 % des femmes atteintes sont originaires d'un pays où le VIH est endémique.
- Chaque année, trois personnes UDI sur cent contractent le virus.

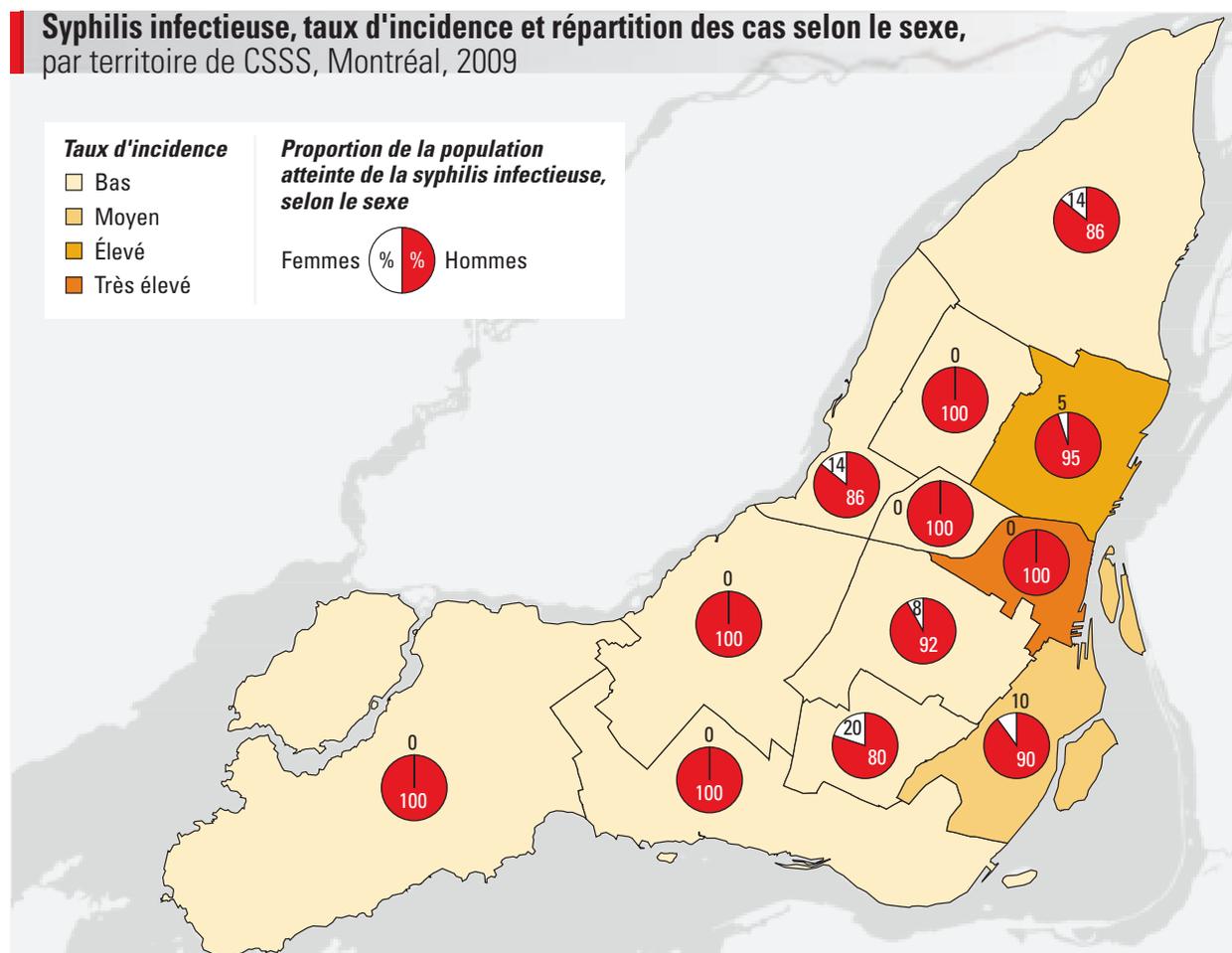
La syphilis

Depuis dix ans, la syphilis connaît une recrudescence inattendue. Lorsqu'elle n'est pas traitée, la syphilis peut causer des complications cardiaques et neurologiques très graves et des malformations importantes chez les nouveau-nés. Les lésions causées par cette infection peuvent augmenter les risques de contracter ou de transmettre le VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement.

À Montréal :

- Les HARSAH représentent 94% des cas de syphilis pour lesquels une enquête épidémiologique a été effectuée à la suite d'une déclaration à la DSP.
- 49% d'entre eux se disent infectés par le VIH.
- 64% d'entre eux ont eu des relations sexuelles dans un sauna au cours des 12 derniers mois.
- En 2009, le taux de syphilis chez les hommes est près de 40 fois plus élevé que celui observé en 2000.

Syphilis infectieuse, taux d'incidence et répartition des cas selon le sexe, par territoire de CSSS, Montréal, 2009



Chez les hommes, la syphilis est en nette progression sur les trois territoires où le taux d'incidence est élevé ou très élevé ainsi que sur deux autres territoires de CSSS.

La syphilis est en hausse également chez les femmes. En 2009, on signale pour la première fois des cas chez les femmes sur six territoires de CSSS différents.

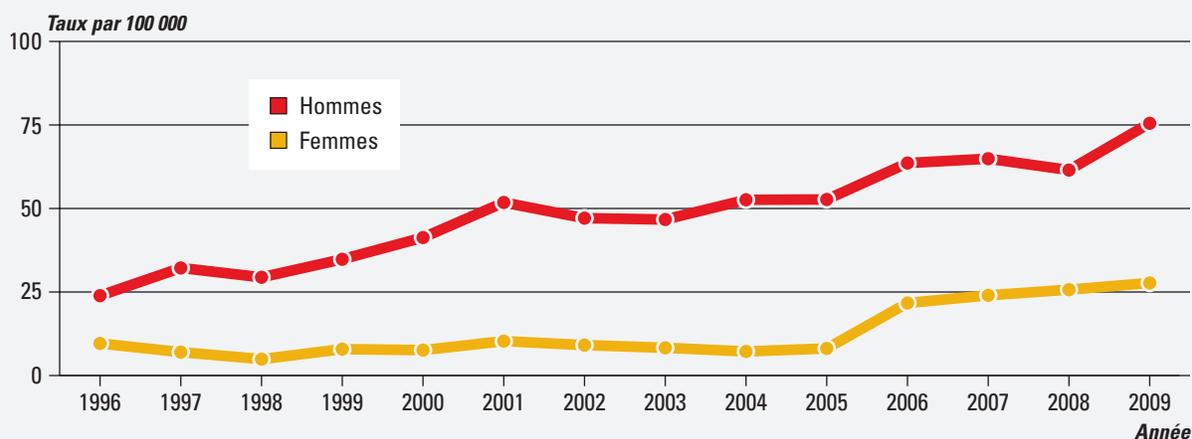
La gonorrhée

La gonorrhée se transmet sexuellement et peut entraîner des complications telles l'infertilité, la grossesse ectopique et des douleurs pelviennes chroniques chez la femme. Elle peut se transmettre au nouveau-né. La transmission du VIH est plus importante chez les personnes atteintes de gonorrhée.

À Montréal :

- En 2009, on signale 973 cas, ce qui représente près de la moitié des cas au Québec.
- 38% des cas déclarés le sont chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans.
- En 2008, 6% de HARSAH ont reçu un diagnostic de gonorrhée au cours des 12 derniers mois.

Taux d'incidence de l'infection gonococcique à Montréal de 1996 à 2009



Le taux d'incidence est en augmentation importante à Montréal. La hausse est presque continue depuis 1996 chez les hommes, alors qu'elle a commencé en 2006 chez les femmes.

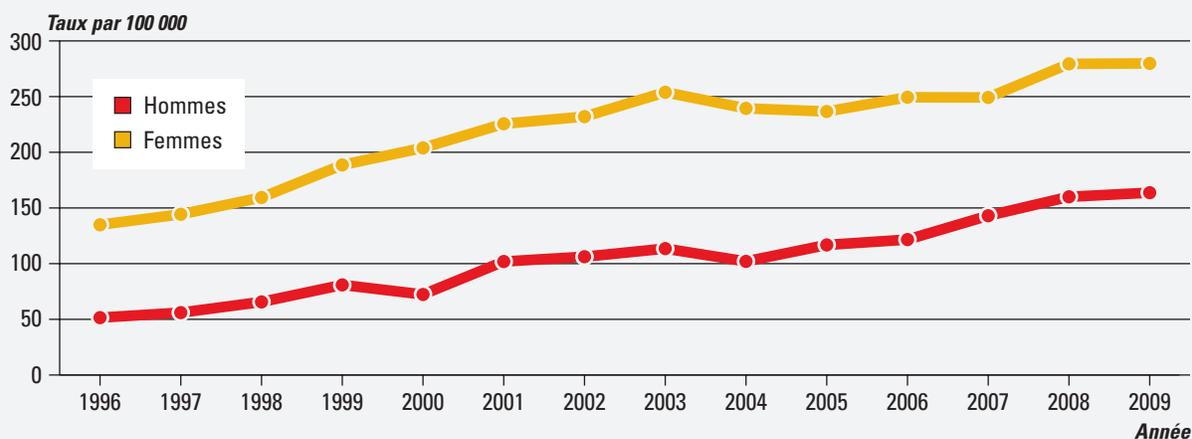
La chlamydie génitale

Souvent asymptomatique, comme la gonorrhée, la chlamydie génitale est la principale cause d'atteinte inflammatoire pelvienne chez la femme. Cette infection peut être responsable de complications, notamment de l'infertilité.

À Montréal :

- On note 4 252 nouveaux cas en 2009, dont 64% sont des femmes de tous les groupes d'âge.
- 43% des cas diagnostiqués touchent les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans.

Taux d'incidence de la chlamydie génitale à Montréal de 1996 à 2009



Depuis 1996, le taux d'incidence augmente de façon importante à Montréal, tant chez les hommes que chez les femmes.

JENNIFER, FRANCIS ET LA VULNÉRABILITÉ

La vulnérabilité au VIH réfère à un certain nombre de facteurs – norme culturelle, inégalité sociale, par exemple – qui peuvent favoriser, au-delà des facteurs de risque individuels, la transmission des ITSS. Lorsqu'il est question des épidémies d'ITSS à Montréal, les personnes UDI comme Jennifer et les HARSAH comme

... la marginalité qu'imposent souvent la pauvreté, l'itinérance, la prostitution, de même que l'incarcération, crée un contexte favorable à la propagation des ITSS.

Francis font partie des clientèles particulièrement vulnérables. Toutefois, les ITSS touchent différents groupes de personnes qu'on dit eux aussi vulnérables : les jeunes de la rue, les personnes originaires de pays où le VIH est endémique et de pays à prévalence élevée de VHC, les personnes incarcérées, les personnes issues des communautés autochtones et les jeunes de 15 à 24 ans. On les dit vulnérables, c'est-à-dire plus susceptibles que les autres groupes d'être exposés aux ITSS, principalement en raison de trois facteurs :

- **Les conditions de vie**, dont certaines nuisent à l'adoption de comportements sécuritaires et diminuent les occasions de se protéger, de se faire dépister et traiter. C'est ainsi que la marginalité qu'imposent souvent la pauvreté, l'itinérance, la prostitution, de même que l'incarcération, crée un contexte favorable à la propagation des ITSS.
- **Les facteurs psychosociaux**, qui favorisent la prise de risque, l'isolement et l'exclusion sociale, par exemple le manque d'estime de soi et la stigmatisation que vivent les personnes UDI et les HARSAH à cause du caractère illicite ou tabou de leurs activités.
- **Les comportements à risque**, qui accroissent les risques de contracter une ITSS, comme les relations sexuelles non protégées, en particulier avec des partenaires multiples, et le partage de matériel d'injection signalé par près du tiers des personnes UDI. De plus, à l'instar de la consommation d'alcool, l'usage de drogues mène souvent à l'abandon des conduites sexuelles sécuritaires.

Les infections par le VHC et le VIH possèdent des caractéristiques particulières et entraînent des conséquences graves...

Comme les statistiques l'indiquent, le VHC et le VIH frappent très durement les personnes UDI. Quant aux HARSAH, ils forment le groupe le plus touché par le VIH et la co-infection syphilis-VIH.

Les infections par le VHC et le VIH possèdent des caractéristiques particulières et entraînent des conséquences graves :

- Ce sont des infections souvent asymptomatiques qui deviennent chroniques.
- Il n'existe à l'heure actuelle aucun vaccin pour les prévenir.
- Lorsqu'elles ne sont pas traitées, leurs complications sont importantes (p. ex. : cirrhose, cancer du foie et autres cancers) et leur issue peut être fatale.
- Les traitements sont longs, complexes et nécessitent un suivi soutenu. Dans le cas du VIH, il s'agit d'un traitement à vie, fort coûteux. Pour ce qui est du VHC, le traitement est efficace dans 50 % à 80 % des cas, mais trop peu de personnes sont dépistées et traitées.

- La guérison de l'hépatite C ne confère pas une immunité définitive; la réinfection est toujours possible.
- Les effets secondaires du traitement du VIH sont d'ordre aussi bien physique (p. ex. : lipodystrophie, diarrhée), psychologique (p. ex. : stigmatisation, anxiété) que social (p. ex. : perte d'emploi, isolement). Ceux du traitement antiviral de l'hépatite C vont de symptômes généraux semblables à ceux de la grippe et à la fatigue, par exemple, à des troubles neuropsychiatriques qui se traduisent par des troubles du sommeil, de l'anxiété, la dépression, etc.

Pour toutes ces raisons, les personnes utilisatrices de drogues par injection, comme Jennifer, et les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, comme Francis, font partie des clientèles prioritaires parmi les groupes vulnérables aux ITSS.

LES GROUPES VULNÉRABLES FONT PARTIE DU TISSU SOCIAL MONTRÉALAIS



Photo : © Éric St-Pierre

On choisit parfois de fermer les yeux sur la réalité des groupes vulnérables, de perpétuer le silence en quelque sorte. Pire : il n'est pas rare de les considérer responsables de leur propre vulnérabilité, ce qui alimente les préjugés, favorise la discrimination et contribue à l'exclusion et à l'isolement. Ces groupes font pourtant partie des milieux où l'on vit. D'ailleurs, les données montrent clairement qu'on trouve, par exemple, des personnes UDI et des HARSAH sur tous les territoires des centres de santé et de services sociaux (CSSS) de Montréal même si leur importance démographique varie d'un territoire à un autre. On sait aussi que la présence sur certains territoires de grands groupes ethnoculturels influence le portrait épidémiologique de ces territoires. La variation observée dans le temps et d'un territoire à un autre indique à quel point la situation en regard des ITSS est en constante évolution.²

Les personnes utilisatrices de drogues par injection

Les personnes UDI sont touchées principalement par le VHC et le VIH. À Montréal, comme dans le reste de la province, c'est le partage du matériel d'injection qui est surtout en cause, et ce, malgré les gains réalisés, notamment la réduction de l'incidence de l'infection causée par le VIH (de 6 à 3 personnes sur 100 par année) et la baisse de la proportion des personnes UDI qui partagent leurs seringues (de près de 50 % en 1995 à 27 % en 2007). En effet, les personnes qui partagent leur matériel sont susceptibles d'entrer en contact avec du sang contaminé en utilisant des seringues ou du matériel de préparation des drogues non stériles. Le risque de recourir à du matériel usagé s'est amplifié depuis environ cinq ans à cause de la consommation accrue par injection d'opioïdes médicamenteux qui se prennent normalement par la bouche (comme le Dilaudid®). L'usage de cocaïne, répandu depuis le début de l'infection au VIH, contribue aussi à augmenter ce risque étant donné que ses effets de courte durée incitent à en faire un usage fréquent.

En 2007, une personne UDI sur quatre avait utilisé une seringue usagée au cours des six mois précédents.

La consommation de drogues, plus précisément la recherche constante d'argent pour s'approvisionner, conduit parfois au travail du sexe, à l'abandon des pratiques sexuelles sécuritaires et à la précarité financière.

Par ailleurs, le caractère illicite de la possession de drogues et la stigmatisation, voire la répression, dont font l'objet les personnes UDI poussent ces dernières à consommer dans des conditions inappropriées, en s'injectant rapidement dans des lieux publics, par exemple. Cette pratique compromet leur sécurité et peut entraîner des surdoses et des accidents vasculaires. Plus en amont, la consommation de drogues est parfois une stratégie d'adaptation à des problèmes personnels, familiaux, sociaux et économiques, comme c'est le cas pour Jennifer. À l'inverse, la consommation peut être à l'origine de ces problèmes.

² Pour prendre connaissance du portrait détaillé d'un territoire de CSSS, consulter le **Portrait local ITSS 2009** de ce territoire.

Bien qu'on trouve la majorité des personnes UDI au centre-ville, tous les arrondissements en comptent. À cause de l'embourgeoisement des quartiers centraux et des grands projets de développement immobilier, les personnes vivant des situations précaires – notamment les personnes UDI – se déplacent vers les arrondissements voisins. Il s'agit d'un phénomène en croissance aux effets négatifs, car il provoque leur isolement et les éloigne des services qui leur sont destinés. En effet, bon nombre de quartiers périphériques ne disposent pas toujours d'autant de ressources que les quartiers centraux pour leur venir en aide.

Bien qu'on trouve la majorité des personnes UDI au centre-ville, tous les arrondissements en comptent.

Les personnes UDI se sentent exclues et ne possèdent pas beaucoup de réseaux de soutien. Elles sont souvent aux prises avec des problèmes de santé mentale et de faible estime de soi. En général, elles utilisent peu les services de santé et ont souvent vécu des expériences difficiles à ce chapitre. Bien que les deux tiers des personnes UDI aient déjà été infectées par le VHC, le recours au dépistage est peu fréquent et 27% des personnes atteintes ne savent pas qu'elles le sont. Le suivi de celles qui se savent infectées n'est pas généralisé : moins de 10% des personnes UDI touchées par le VHC auraient amorcé un traitement et 50% de celles infectées par le VIH seraient traitées.

Moins de 10% des personnes UDI touchées par le VHC auraient amorcé un traitement et 50% de celles infectées par le VIH seraient traitées.

Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes



Photo : © Éric St-Pierre

Une enquête menée en 2008 auprès d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et fréquentant des lieux de socialisation gais révèle que, parmi les répondants sexuellement actifs, 47% ont eu une ou plusieurs relations sexuelles orales ou anales avec au moins six partenaires au cours des six derniers mois. En outre, près d'un HARSAH sur trois a eu une relation anale non protégée au cours de la même période.

Les comportements sexuels à risque font de ce groupe hétérogène – composé d'hommes homosexuels, gais, bisexuels ou hétérosexuels de tous âges et d'origine, de culture et de statut socioéconomique variés – l'un des plus vulnérables aux ITSS, en particulier au VIH et à la co-infection syphilis-VIH. Par ailleurs, un HARSAH sur vingt-cinq souffre de l'hépatite C et, dans ce groupe, l'infection par le VHC semble largement liée à l'injection de drogues.

Les HARSAH sont surreprésentés parmi les personnes infectées par la syphilis et la gonorrhée. En effet, l'enquête de 2008 révèle qu'un participant sur vingt était ou avait déjà été infecté par la syphilis. De 2003 à 2006, le nombre de cas de syphilis au sein de ce groupe à Montréal a connu une hausse marquée. Quant à la gonorrhée, le taux n'a cessé d'augmenter régulièrement de 1996 à 2009 sur l'île de Montréal et celui observé chez les HARSAH est plutôt élevé.

Actuellement, on ne note aucune diminution du nombre de nouveaux cas de VIH diagnostiqués chaque année et plusieurs raisons expliquent cette situation. Premièrement, la perception du VIH/sida comme une maladie chronique plutôt que mortelle a entraîné un relâchement des efforts de protection. Deuxièmement, la multiplication relativement récente de lieux d'échanges sexuels – les saunas notamment – et de sites de rencontres sur Internet a beaucoup contribué à augmenter la prise de risque. Troisièmement, tout indique que les relations sexuelles sous l'influence d'alcool ou de drogues sont fréquentes; d'ailleurs, leur impact négatif sur la prise de risque, notamment pour ce qui est de l'utilisation du condom, est bien documenté. Finalement, il est utile de rappeler que le nombre de cas déclarés ne reflète qu'une partie de la réalité : les HARSAH les plus vulnérables sont ceux qui sont les plus difficiles à joindre et aussi, par conséquent, ceux qui échappent au dépistage.

Le dépistage du VIH demeure peu fréquent parmi les HARSAH et plusieurs ignorent qu'ils sont infectés.

Par ailleurs, **les tabous sexuels et les préjugés à l'égard de l'homosexualité persistent et créent une barrière au dépistage et au traitement.** Cela est encore plus vrai pour les personnes dont la culture et la religion condamnent l'homosexualité ou la considèrent comme un crime.

Le dépistage du VIH demeure peu fréquent parmi les HARSAH (43 % des nouveaux cas diagnostiqués de 2002 à 2008 n'ont jamais subi de dépistage antérieurement) et plusieurs ignorent qu'ils sont infectés. Parmi ceux qui le sont, les deux tiers prennent des médicaments pour maîtriser leur infection.

Les autres groupes vulnérables

Les jeunes de la rue



Photo : © Éric St-Pierre

On estime que chaque année, à Montréal, entre 4 000 et 5 000 jeunes âgés de 14 à 25 ans doivent chercher un endroit où dormir ou utilisent régulièrement les services des organismes communautaires. De 2001 à 2004, 32 % des jeunes de la rue ayant participé à une étude menée dans la métropole avaient reçu de l'argent ou une autre forme de compensation en échange de services sexuels. Les raisons qui poussent les jeunes à la rue sont multiples. Les traumatismes émotifs, physiques ou sexuels, la négligence parentale durant l'enfance, la présence d'un problème de santé mentale ou de consommation chez un des parents représentent autant de circonstances aggravantes. La consommation de drogues et les activités sexuelles à risque sont très courantes au sein de ce groupe et l'injection de drogues constitue le problème le plus grave. À preuve : parmi les jeunes de la rue UDI, 36 % sont infectés par le VHC et 2 %, par le VIH. D'où l'importance de renforcer les interventions visant à prévenir le passage à l'injection chez les jeunes de la rue.

Les personnes originaires de pays où le VIH est endémique ou à prévalence élevée de VHC

Les données montréalaises montrent qu'un nouveau diagnostic de VIH sur cinq touche une personne originaire d'une région où le VIH est endémique, comme les Caraïbes, y compris Haïti, et l'Afrique subsaharienne. Quant à l'hépatite C, on trouve les taux les plus élevés en Asie et en Afrique, dans les parties du monde où l'usage de matériel d'injection non sécuritaire lors de la prestation des soins est importante, ou dans les régions où le partage de seringues au moment de l'injection de drogues est fréquent. À Montréal, 40 % des personnes atteintes sont nées dans ces régions. Les croyances religieuses et les différences culturelles, les barrières linguistiques, les difficultés d'intégration et l'isolement qui en découle, la peur d'être jugé et de faire l'objet de discrimination ainsi que des services non adaptés représentent des obstacles majeurs aux efforts déployés pour joindre ces populations, les sensibiliser aux comportements sécuritaires à adopter et leur offrir des services de dépistage et des traitements.



Photo : © Éric St-Pierre

Les personnes incarcérées

Une étude menée en 2003 auprès de la population carcérale révèle que plus du quart des hommes et près de la moitié des femmes ont déjà eu des relations sexuelles avec des personnes utilisatrices de drogues par injection. Elle indique également que 28 % des hommes et 43 % des femmes se sont déjà injectés des drogues au moins une fois dans leur vie. Si les comportements à risque sur les plans de la sexualité et de l'injection de drogues diminuent chez les consommateurs de drogues lorsqu'ils sont en prison, plus de la moitié des personnes qui en font usage partagent leur seringue. En définitive, 10 % des personnes incarcérées qui ont déjà fait usage de drogues par injection sont infectées par le VIH. Parmi les consommateurs de drogues par injection en milieu carcéral, 56 % sont atteints du VHC; la pratique du tatouage est courante chez ces personnes, dont environ le tiers utilise du matériel non stérile.

Les personnes issues de communautés autochtones

Les personnes issues de communautés autochtones qui ont des pratiques sexuelles à risque ou qui consomment des drogues représentent une population vulnérable aux ITSS. On estime qu'à l'échelle provinciale, les cas déclarés de gonorrhée et de chlamydie génitale chez les personnes d'origine autochtone sont proportionnellement de douze à seize fois plus élevés que dans l'ensemble de la population. Au cours des dernières années, une recrudescence du nombre de cas de VIH a été observée chez les autochtones vivant en milieu urbain au Canada. Même si, à ce jour, le phénomène n'a pas été documenté à Montréal, une éclosion de VIH est vraiment possible parmi ce groupe. Le manque de repères à leur arrivée à Montréal, la pauvreté et les barrières linguistiques accentuent leur isolement. En outre, ils fréquentent peu les organismes communautaires et les services de santé.

Les jeunes de 15 à 24 ans

Chez les jeunes de 15 à 24 ans, on observe une croissance fulgurante des taux de chlamydie génitale et de gonorrhée depuis 1996. Cette hausse peut s'expliquer, outre le relâchement des comportements sécuritaires, par un dépistage plus efficace et une plus grande sensibilité des tests. Ces infections touchent particulièrement les jeunes femmes. L'ignorance des ITSS, la pensée magique et la difficulté à informer son partenaire constituent des facteurs bien documentés qui expliquent leur persistance et leur progression. De surcroît, l'usage d'alcool et une faible estime de soi contribuent à augmenter le risque de contracter une ITSS chez les jeunes. Ces données démontrent la pertinence et la nécessité de l'éducation sexuelle en milieu scolaire. Elles confirment l'importance d'offrir des services adaptés à cette population afin de soutenir les efforts de prévention et l'adoption de saines habitudes de vie.

Ce bref portrait des différents groupes vulnérables aux ITSS de Montréal met en évidence deux groupes particulièrement à risque : les personnes UDI et les HARSAH. Or, plusieurs personnes faisant partie des autres groupes vulnérables font usage de drogues par injection ou sont des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes. La vulnérabilité de ces personnes et leurs besoins particuliers (dépistage régulier et traitement précoce, notamment), nécessitent que les soins et services soient adaptés et accessibles à la fois dans leur milieu de vie et, en première ligne, dans les établissements et les cliniques privées. C'est ce qui justifie que les stratégies mises en œuvre en priorité par la DSP visent spécialement les personnes UDI et les HARSAH.



Photo : © Louise Lefort

PRENDRE LES MOYENS D'AGIR



Prendre les moyens d'agir, c'est d'abord reconnaître qu'on ne part pas de zéro, mais qu'il reste beaucoup à faire. C'est s'appuyer sur les acquis du travail communautaire et des stratégies prometteuses, comme le travail de proximité. C'est compter sur la collaboration interprofessionnelle aussi bien qu'intersectorielle et travailler de concert avec tous nos partenaires. C'est même accepter de revoir l'organisation de nos services !

Afin de marquer des points contre l'épidémie de VHC et la transmission active du VIH à Montréal, la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) sollicite la collaboration de tous ses partenaires. Elle mise notamment sur son partenariat de longue date avec les organismes communautaires et ses partenaires du réseau de la santé et des services sociaux qui jouent un rôle primordial dans la mise en œuvre des stratégies et la réalisation des actions qui en découlent. Son leitmotiv : joindre plus, dépister plus et traiter plus.

SIX STRATÉGIES POUR LUTTER CONTRE LE VHC ET LE VIH

Dans le but d'augmenter l'efficacité des interventions, la DSP a priorisé **six stratégies** adaptées aux populations ciblées aussi bien qu'au contexte montréalais :

1. joindre davantage les groupes les plus vulnérables;
2. augmenter l'accès au matériel de protection;
3. accroître l'accès aux services de dépistage et aux services psychosociaux de proximité;
4. mieux organiser le traitement;
5. favoriser l'autonomisation (*empowerment*);
6. influencer les politiques publiques.

Chacune de ces stratégies doit être soutenue par des **actions concrètes** nécessitant la contribution de tous les partenaires et les acteurs du réseau de la santé.

1. Joindre davantage les groupes les plus vulnérables

Comme Jennifer et Francis, un grand nombre de personnes UDI et de HARSAH consultent peu les services de santé publics et communautaires. Bien que plusieurs facteurs soient en cause, les services (lorsqu'ils existent) ne répondent pas toujours à l'ensemble de leurs besoins. Par conséquent, ils échappent aux efforts de dépistage. Ce sont ces personnes qu'il importe de joindre en priorité dans leur milieu, là où elles se trouvent. Pour y parvenir, il faut intensifier le travail de proximité et offrir des services adaptés.

Le travail de proximité, les organismes communautaires en ont fait l'une de leurs priorités d'action pour les cinq prochaines années. Ils sont les mieux placés pour revoir les pratiques et les stratégies de proximité à la lumière du nouveau contexte décrit précédemment et marqué, entre autres, par : le déplacement de certains groupes vulnérables du centre-ville vers les arrondissements voisins, la rupture du contact et la difficulté accrue de les joindre, une moins grande

Comme Jennifer et Francis, un grand nombre de personnes UDI et de HARSAH consultent peu les services de santé publics et communautaires.

fréquentation des services communautaires habituels, la multiplication et la diversité des lieux de rencontres sexuelles. Les nouvelles réalités socioéconomiques aussi bien que technologiques représentent des défis certains, car il est primordial non seulement de garder le contact avec les personnes vulnérables, mais d'en joindre encore davantage. La présence des intervenants dans des lieux publics (parcs, ruelles, bars, saunas et autres lieux de rencontres sexuelles tels les *sex clubs*), dans des lieux privés

et dans des *sex partys* visent essentiellement la réduction des risques et des méfaits, la promotion de la santé sexuelle et de l'injection à moindre risque, la distribution de matériel de protection, l'accompagnement et l'orientation des personnes vers les services du réseau de la santé. On ne saurait trop insister sur l'importance d'intensifier l'intervention des organismes communautaires. Sur la ligne de feu, ils jouent un rôle déterminant pour joindre les personnes vulnérables dans leur milieu.

Les équipes de Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEPE) sont elles aussi en première ligne. Mises sur pied dans la foulée de la stratégie

PARLONS-EN!

La « charte saunas » ou quand le travail de proximité se traduit par l'engagement

Elle existe en France, en Angleterre et en Australie. D'ici l'été 2011, Montréal aura la sienne. Son but? Accroître l'engagement des propriétaires et gérants de saunas à promouvoir les pratiques sexuelles sécuritaires dans les lieux de rencontres sexuelles et augmenter l'accès au matériel de protection. Le projet couramment appelé « charte saunas » est le fruit d'un partenariat entre le CSSS Jeanne-Mance, l'organisme communautaire Rézo (anciennement Action Séro-Zéro), les propriétaires et gérants de saunas, la Société de développement commercial du Village et la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Cette entente inclura notamment la nécessité d'offrir un accès accru aux condoms en différents endroits au sein d'un même établissement.

La charte résulte d'un travail de proximité assidu. En effet, depuis plusieurs années et grâce à la présence d'un intervenant de Rézo et d'un infirmier du CSSS Jeanne-Mance dans les saunas fréquentés par les HARSAH, les clients ont accès au dépistage des ITSS, à la vaccination contre les hépatites A et B, au counseling relatif aux pratiques sexuelles sécuritaires ainsi qu'à des activités de promotion de la santé sexuelle. Pour l'instant, la mise sur pied d'un comité qui réunit les partenaires, y compris les représentants de deux saunas, concrétise une collaboration qui témoigne de la volonté d'intensifier la prévention des ITSS dans les lieux de rencontres sexuelles.

PARLONS-EN!

de lutte contre le VIH à des fins de dépistage, on en compte six qui répondaient à ce moment-là aux besoins des territoires (surtout du centre-ville) où se trouvaient les groupes les plus vulnérables. Mais la situation a changé sans toutefois que les ressources financières et humaines n'augmentent. On trouve maintenant des personnes UDI et des HARSAH sur tous les territoires, le VIH continue de sévir et l'épidémie de l'infection causée par le VHC a pris des proportions alarmantes. Bref, la nouvelle situation nous oblige à revoir nos mandats et à concentrer nos efforts sur les groupes les plus vulnérables. Tout cela nécessite de mettre en place des équipes SIDEP sur tous les territoires de CSSS. Il en va de même pour les infirmières de proximité, qui sont les professionnelles toutes désignées, au sein d'équipes interdisciplinaires, pour jouer un rôle d'intervenant pivot. Essentiel pour assurer la continuité des services, ce rôle consiste à faire le pont entre les clientèles et les ressources médicales et psychosociales.

À l'heure actuelle, on constate que les services offerts généralement aux personnes UDI et aux HARSAH ne sont pas toujours adaptés à leurs besoins. Outre l'accès au matériel de protection qui est loin d'être optimal, l'accès aux services souffre de plusieurs lacunes : marches à suivre compliquées, horaires contraignants, critères d'admissibilité exigeants, délais d'attente, absence de continuité. C'est ce qui justifie une organisation des services qui mette l'accent sur leur adaptation, à savoir la réduction des obstacles et des exigences d'admission et l'accompagnement des personnes dans leur cheminement au sein du réseau de la santé. Dans le réseau communautaire, comme dans celui de la santé, on sait par expérience qu'une telle organisation donne des résultats positifs.

POUR UNE ACTION EFFICACE ET CONCERTÉE

- Intensifier le travail de proximité.
- Diversifier les moyens de joindre les groupes les plus vulnérables.
- Mettre sur pied des équipes SIDEP dans tous les CSSS.
- Offrir des services adaptés aux personnes UDI dans tous les sites CLSC et adapter les modalités d'accès aux services institutionnels.

2. Augmenter l'accès au matériel de protection

On constate que l'accès au matériel de protection (condoms et matériel d'injection stérile) est encore trop limité. Par conséquent, il y aurait lieu de diversifier les lieux et les moyens de distribution : services mobiles, livraison à domicile ou dans des lieux de consommation, distribution par les pairs, installation de machines distributrices. Il conviendrait également d'étendre les plages horaires (24 heures sur 24, 7 jours sur 7) des endroits où ce matériel doit être rendu disponible. On sait, par exemple, qu'un million de seringues par année sont distribuées à Montréal, alors qu'il en faudrait 15 millions; que les condoms ne sont pas suffisamment accessibles dans tous les milieux ciblés (saunas et lieux de rencontres sexuelles, par exemple). À l'heure actuelle, les organismes communautaires distribuent 90% des seringues; 13 sites CLSC sur 29 offrent du matériel d'injection aux personnes UDI; environ le quart des pharmacies seulement offre la trousse MIP (matériel d'injection personnel).

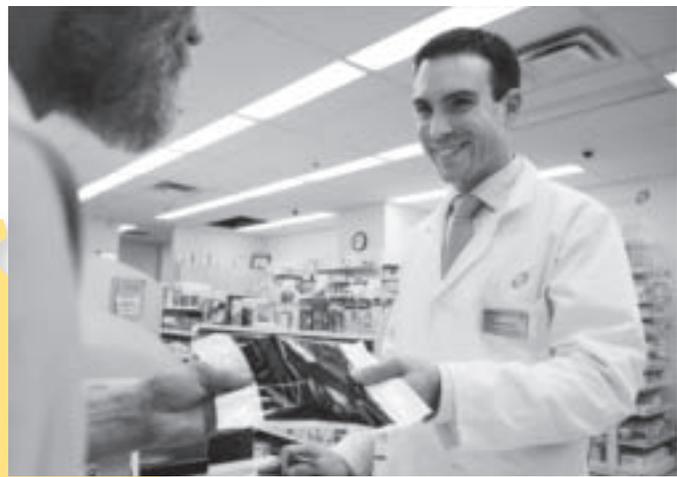


Photo : © Éric St-Pierre

POUR UNE ACTION EFFICACE ET CONCERTÉE

- Diversifier les moyens de distribution du matériel d'injection.
- Augmenter la quantité et la disponibilité des condoms dans les saunas et autres lieux de rencontres sexuelles.
- Distribuer du matériel d'injection stérile dans tous les sites CLSC et en faire la récupération.
- Adapter l'accueil aux personnes UDI dans tous les sites CLSC.
- Augmenter le nombre de pharmacies qui vendent la trousse MIP.

Augmenter l'accès au matériel de protection suppose une collaboration étroite entre les organismes communautaires, les CSSS et les pharmacies. Cette collaboration repose, d'une part, sur la responsabilité partagée de la prévention et, d'autre part, sur le soutien de l'intervention communautaire par les CSSS. Aussi, tous les sites CLSC sont appelés à contribuer à la distribution du matériel d'injection avec le concours d'un personnel bien formé qui peut accueillir adéquatement les personnes UDI.

3. Accroître l'accès aux services de dépistage et aux services psychosociaux de proximité

Près de 30% des personnes UDI infectées par le VHC ou le VIH ignorent qu'elles sont atteintes et 13% des HARSAH infectés ne savent pas qu'ils sont porteurs du VIH. Quarante-deux p. cent (42%) des nouvelles infections diagnostiquées le sont chez des HARSAH qui n'ont jamais été dépistés. Par ailleurs, plus de 200 infirmières ont reçu une formation qui les rend aptes à faire du dépistage, mais la majorité d'entre elles ne travaillent pas dans des conditions propices à leur intervention. Cela est souvent dû à l'absence d'un corridor de services qui leur permettrait, par exemple, d'adresser facilement à un médecin les personnes qui ont besoin de traitement.

Le dépistage est l'occasion d'intervenir sur l'adoption de comportements sécuritaires et d'accompagner les personnes dans leur démarche, lorsqu'il s'agit de dévoiler elles-mêmes le diagnostic à leurs partenaires. Le dépistage



Photo : © Éric St-Pierre

permet également d'explorer avec elles les différentes façons d'informer les partenaires de leurs réseaux sociaux afin qu'ils se soumettent au dépistage et soient traités, au besoin. Malgré les efforts déployés jusqu'à maintenant, l'offre de dépistage et de services psychosociaux destinés aux personnes UDI et aux HARSAH demeure encore trop faible compte tenu de la situation qui prévaut sur tous les territoires. Étant donné, d'une part, la responsabilité des CSSS relativement aux besoins des groupes les plus vulnérables et, d'autre part, leur relation privilégiée avec les organismes communautaires dans la promotion du dépistage, on ne peut conclure qu'à l'importance de développer

conjointement ces services dont l'efficacité a été prouvée. À cette fin, les CSSS et les organismes communautaires sont invités à partager leur connaissance de la population locale et de son environnement et à élaborer une vision commune à partir de laquelle l'offre de service pourra être élargie. L'objectif : joindre plus, dépister plus et traiter plus.

Les personnes atteintes de l'hépatite C et leur entourage font face, de plus, à des difficultés bien particulières souvent (mais non exclusivement) liées au

...l'offre de dépistage et de services psychosociaux destinés aux personnes UDI et aux HARSAH demeure encore trop faible compte tenu de la situation qui prévaut sur tous les territoires.

traitement. En matière de prévention, le travail d'éducation des intervenants psychosociaux incite les personnes vulnérables à se protéger et à protéger les autres, et surtout à éviter la réinfection lorsqu'elles ont terminé un premier traitement. Quant au suivi psychosocial à proprement parler, il peut s'étendre sur une longue période (de la préparation au traitement à la période post-traitement) et couvrir des aspects diversifiés : de l'évaluation psychosociale jusqu'à l'adaptation à un nouveau mode de vie, en passant par l'accompagnement, le soutien psychologique, l'orientation vers d'autres professionnels et l'aide au plan organisationnel. Les personnes atteintes de l'hépatite C

et leur entourage doivent s'adapter à de nouvelles conditions de vie. Par leur travail d'éducation, leur suivi, leur soutien et les efforts qu'ils font pour travailler en réseau, les intervenants psychosociaux sont des joueurs indispensables au sein des équipes SIDEP.

Or, seulement la moitié des CSSS montréalais compte des SIDEPS. D'une part, la situation a beaucoup changé, en particulier sur le plan épidémiologique, comme on l'a déjà expliqué. D'autre part, les services de dépistage et les services psychosociaux seront d'autant plus accessibles que les lieux de dépistage seront non seulement multipliés, mais également mieux localisés de manière à joindre les personnes les plus vulnérables. Aussi, faut-il envisager que les infirmières de proximité puissent exercer des activités de dépistage dans les sites CLSC, les organismes communautaires et les milieux de vie, en plus de leur activité de vaccination destinée aux personnes à risque ou atteintes de l'hépatite C. L'exercice de leur rôle d'intervenant pivot peut contribuer énormément à l'offre de service de proximité adaptés et à la continuité de tels services.

POUR UNE ACTION EFFICACE ET CONCERTÉE

- Mettre en place les services infirmiers de proximité des SIDEPS sur tous les territoires afin d'accroître principalement les activités de dépistage et de vaccination.
- Confier aux infirmières un rôle pivot qui permet l'accompagnement et l'orientation des personnes UDI et des HARSAH vers les ressources médicales et psychosociales appropriées, ainsi que le suivi en cours de traitement.
- Multiplier et mieux localiser les lieux de dépistage.
- Développer l'intervention psychosociale, particulièrement auprès des personnes atteintes de l'hépatite C.

4. Mieux organiser le traitement

Comme on l'a dit précédemment, bien que les deux tiers des personnes UDI aient déjà été infectées par le VHC, le recours au dépistage est peu fréquent et 27 % des personnes atteintes ne savent pas qu'elles le sont. De plus, le suivi de celles qui se savent infectées n'est pas généralisé : moins de 10 % seulement des personnes UDI touchées par le VHC auraient amorcé un traitement. Chez les HARSAH, le dépistage du VIH demeure peu fréquent (43 % des nouveaux cas diagnostiqués de 2002 à 2008 n'ont jamais subi de dépistage antérieurement) et plusieurs ignorent qu'ils sont infectés. Voilà une situation qui justifie à elle seule une meilleure organisation du traitement, particulièrement en ce qui concerne l'infection par le VHC. Le traitement permettrait non seulement d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes, mais d'en diminuer le nombre total, ce qui aurait pour conséquence d'inverser la tendance actuelle et de réduire la transmission, sans oublier les retombées positives sur le système de santé.

Dans la lutte contre le VHC et le VIH, la prévention, le dépistage, le soutien psychosocial et le traitement ne peuvent être efficaces que s'ils s'inscrivent dans une perspective de continuité et d'harmonie. C'est ce qu'on appelle couramment le continuum de soins et de services. Qui dit continuum dit réseau, c'est-à-dire intégration des services dans une perspective d'accès rapide à l'évaluation et au traitement des personnes UDI et des HARSAH en misant sur la collaboration et le respect des compétences professionnelles de chacun. Or, on constate que cette harmonie existe plus ou moins à l'heure actuelle : joindre davantage les groupes les plus vulnérables demeure un défi; les services de santé physique et mentale leur sont moins accessibles qu'aux autres clientèles; les traitements de la dépendance aux drogues sont difficiles d'accès ou inexistant; le corridor de services nécessaire aux infirmières pour prescrire des analyses de laboratoire et diriger les personnes vers un médecin traitant n'existe pas dans bien des cas. Sur le plan psychosocial, la situation n'est guère mieux sur la plupart des territoires. Quant aux ressources humaines et financières, elles ne sont pas toujours en quantité suffisante, particulièrement dans le secteur de l'hébergement et de la réinsertion sociale.

PARLONS-EN!

Au cœur du continuum de services

Au CSSS Cœur-de-l'Île, on mise depuis 2007 sur la nécessaire collaboration entre la première et la deuxième ligne, et le secteur communautaire. Plus encore : on a formalisé cette collaboration d'abord en créant un lieu de concertation (la table locale ITSS), puis en améliorant le corridor de services. Au cœur du continuum de services, trois mots clés : dépistage, accompagnement et prise en charge. Réunis autour d'une même table, trois groupes d'intervenants : des infirmières et des médecins des CLSC Villera y et Petite-Patrie, et des intervenants communautaires de Pact de rue et Gap-vies. Depuis un an, la même infirmière de proximité du SIDE P se rend toutes les deux semaines au local de Pact de rue, où une salle d'examen a été aménagée. Elle y offre des activités de dépistage auprès des personnes asymptomatiques qui le souhaitent. Les échantillons des prélèvements sont envoyés au laboratoire de l'hôpital et, dès la réception des résultats, l'infirmière oriente les personnes vers un médecin de première ligne. Dans les cas complexes d'infection par l'hépatite C, par exemple, un intervenant de Pact de rue peut accompagner les personnes atteintes dans leur cheminement aussi bien qu'à leurs rendez-vous à l'hôpital.

Pact de rue intervient surtout auprès des jeunes dans les domaines de la santé sexuelle, la toxicomanie et la violence. Quant à Gap-vies, sa contribution à la table locale se situe surtout sur le plan de l'adaptation culturelle des messages de prévention du VIH ainsi que des stratégies d'intervention principalement orientées vers une clientèle d'origine haïtienne.

PARLONS-EN!

Et la collaboration? Dans le contexte des relations entre les CSSS et les organismes communautaires, les efforts se multiplient et commencent à avoir des retombées positives. Dans certains milieux cliniques, la collaboration se révèle encore fragile, alors que la profession médicale a tout avantage à reconnaître les compétences des infirmières relativement aux activités de dépistage et à les soutenir dans leur rôle.

POUR UNE ACTION EFFICACE ET CONCERTÉE

- Créer des services de dépistage du VIH et du VHC destinés aux HARSAAH et aux personnes UDI et arrimer ces services aux cliniques spécialisées des secteurs privé et public.
- Intégrer en réseau les services curatifs des personnes atteintes du VHC et du VIH.
- Accroître l'offre de traitement de l'hépatite C par les services spécialisés de deuxième et de troisième ligne.
- Augmenter l'implication des médecins de première ligne en leur offrant le soutien nécessaire à l'évaluation et au suivi des personnes atteintes.
- Mettre en place les corridors de services qui permettent l'exercice réel des activités de dépistage par les infirmières, l'orientation rapide vers un médecin et l'accès facile à des services psychosociaux.
- Faire en sorte que tous les intervenants des équipes SIDEP, comme des milieux cliniques, appliquent les pratiques cliniques préventives (PCP) concernant les ITSS.

Par ailleurs, alors que le suivi médical pour les personnes qui souffrent du VIH est relativement bien organisé, les traitements de l'infection par le VHC sont encore peu disponibles et la prise en charge des personnes atteintes se révèle trop lourde pour les médecins de première ligne, peu préparés à en assurer l'évaluation et le suivi. Dans bien des cas, le corridor qui mène aux médecins de deuxième ligne fait défaut.

5. Favoriser l'autonomisation (*empowerment*)

Favoriser l'autonomisation renvoie à la mobilisation des personnes UDI et des HARSAH aussi bien qu'à leur participation active aux associations, programmes et interventions qui les concernent sur les plans social, économique et sanitaire. Le milieu communautaire favorise que les personnes découvrent le pouvoir qu'elles peuvent avoir sur leur vie dans une optique d'inclusion sociale, de citoyenneté et de défense des droits. Cette cinquième stratégie prend un sens particulier dans le cas des personnes UDI : laissées-pour-compte, ces personnes et leur entourage se sentent souvent rejetés et tendent à ne pas revendiquer suffisamment leurs droits.

PARLONS-EN!

L'Injecteur mode d'emploi

« Quand est-ce qu'ils vont comprendre que nous ne faisons pas partie du problème, mais bien de la solution ? »

– Roger, Sophie et Kaven

Voilà qui résume bien l'approche de *L'Injecteur*, le journal « par et pour » les personnes utilisatrices de drogues par injection et par inhalation (UDI) du Québec. Bel exemple d'autonomisation (*empowerment*) s'il en est un, la publication se veut une tribune pour qu'elles puissent s'exprimer sur leurs réalités et leurs besoins et renforcer ainsi leur autonomie d'action. D'un côté, les InfomanEs (rédacteurs et rédactrices du journal) font l'expérience d'un emploi stable qui développe leur estime de soi en valorisant leurs capacités et leur expérience. D'un autre côté, les lecteurs s'informent sur des sujets qui les touchent de près et profitent des expériences de leurs pairs. Le contenu, exempt de tout jugement, aborde de manière aussi créative que directe non seulement des sujets reliés à la consommation de drogues et aux ITSS, mais aussi toutes sortes de questions qui touchent leur quotidien dans une perspective de promotion de la santé et de défense des droits : enjeux sociaux et culturels, loisirs, travail, accès aux services, etc.

Publié quatre fois par année, *L'Injecteur* est produit par un collectif composé de quatre organismes communautaires : CACTUS, Spectre de rue et Dopamine, de Montréal, et Point de Repères, de Québec. La Direction de santé publique de Montréal en est un partenaire actif. Tiré à 6 500 exemplaires, il est distribué gratuitement à l'échelle du Québec et réussit à joindre des personnes UDI difficilement accessibles autrement. L'équipe produit également dix feuillets par année (*Spin off*), qui abordent des aspects particuliers de la prévention des ITSS, destinés particulièrement aux personnes UDI de la région de Montréal. En peu de temps, la notoriété de *L'Injecteur* a permis de jeter les bases d'un réseau de consommateurs de drogues très actifs dans les diverses activités proposées par le journal.

PARLONS-EN!

Ainsi, il convient de soutenir les associations qui regroupent les personnes utilisatrices de drogues dont la mission est de faire valoir leurs droits, de combattre la discrimination et d'améliorer leurs conditions de vie sur tous les plans. En outre, ces associations ont un rôle à jouer dans la planification des services et des programmes qui sont destinés aux personnes UDI. Quant aux interventions organisées dans une perspective d'autonomisation, qui permettent le développement d'habiletés et de compétences diverses sur le plan de la formation, de la connaissance des pratiques sécuritaires d'injection ou de l'animation d'activités auprès des pairs, on doit les encourager assurément.

Parmi les HARSAH, l'intervention auprès des pairs constitue également une stratégie d'autonomisation dont les répercussions s'avèrent positives. D'une part, compte tenu de l'hétérogénéité de ce groupe, les pairs sont souvent les mieux

placés pour joindre les HARSAH qui ne souhaitent pas être identifiés comme tels. D'autre part, l'appropriation des messages de prévention par des pairs atteints du VIH favorise la réception des messages, tout comme la promotion du dépistage et le dévoilement du diagnostic aux partenaires, car leur état de santé leur confère une certaine crédibilité.

POUR UNE ACTION EFFICACE ET CONCERTÉE

- Soutenir les associations axées sur la défense des droits, l'intégration sociale et l'amélioration des conditions de vie.
- Favoriser la participation des associations à la planification des services et des programmes destinés aux personnes UDI et aux HARSAH.
- Valoriser les stratégies d'autonomisation (au moyen des groupes d'entraide et de soutien, des regroupements de défense des droits, des interventions auprès des pairs) chez les personnes UDI comme chez les HARSAH.

6. Influencer les politiques publiques

La société a tout intérêt à reconnaître la lutte contre les ITSS comme une priorité et à soutenir les actions de santé publique que cela suppose. En faisant la promotion de la santé et en favorisant l'accès des personnes atteintes au traitement, on diminue la transmission des ITSS au sein de la collectivité. En bout de ligne, toute la société n'en est que mieux protégée.

En matière de lutte contre les infections par le VHC et le VIH, toutes les politiques publiques qui favorisent le bien-être et la santé des groupes vulnérables méritent d'être soutenues. Ces politiques doivent être inclusives et non discriminatoires. En pratique, cela implique d'abord et avant tout de reconnaître deux points fondamentaux : premièrement, les groupes minoritaires et les personnes marginalisées, notamment les HARSAH et les personnes UDI, comme les personnes originaires de pays où le VIH est endémique et les personnes issues des communautés autochtones, sont des citoyens à part entière; deuxièmement, à ce titre, ces personnes ont droit aux mêmes services sociaux et de santé que les autres citoyens.

Les politiques publiques impliquent de nombreux partenaires actifs au sein du réseau de la santé et dans d'autres milieux (municipal et associatif, par exemple), qui poursuivent des objectifs différents compte tenu de leurs intérêts ou leur

...47 % des personnes UDI signalent avoir dormi dans un refuge, la rue ou un squat au cours des six derniers mois...

mandat respectif. Toutefois, rien n'empêche de travailler à les harmoniser autant que possible en tenant compte des besoins des HARSAH, des jeunes de la rue, des sans-abri, des travailleurs et des travailleuses du sexe, ainsi que des personnes UDI. Et ces besoins sont bien réels. À Montréal, par exemple, 47% des personnes UDI signalent avoir dormi dans un refuge, la rue ou un squat au cours des six derniers mois; 20% des jeunes de la rue ont dormi à l'extérieur ou dans un refuge la plupart du temps au

cours de la même période; 10% des HARSAH signalent avoir eu besoin d'être dépannés et hébergés dans un refuge ou ailleurs au cours des douze derniers mois; un HARSAH sur cinq rapporte avoir vécu des situations de violence ou de discrimination (insulte, harcèlement) au cours des six derniers mois.

Les groupes vulnérables ont donc des besoins spécifiques auxquels le réseau de la santé et des services sociaux doit s'adapter. D'où l'importance de faire en sorte que ces politiques s'harmonisent et suscitent une meilleure concertation des

...un HARSAH sur cinq rapporte avoir vécu des situations de violence ou de discrimination (insulte, harcèlement) au cours des six derniers mois.

actions de la santé et de la sécurité publique, des municipalités et de la société civile pour lutter contre la pauvreté, l'exclusion sociale et la discrimination, pour l'amélioration des conditions de vie et de l'environnement social, notamment des personnes UDI et des HARSAH. L'accès de ces personnes aux services curatifs et de prévention (par exemple, le programme de distribution de matériel d'injection) en dépend dans une certaine mesure.

Quant aux mesures répressives, outre le fait qu'elles ne sont pas toujours les plus appropriées, surtout lorsqu'elles visent des personnes qui ont des troubles de santé mentale, elles entraînent des conséquences généralement néfastes : quand elles ne se retrouvent pas en prison faute d'avoir payé leur contravention (pour avoir dormi sur un banc de parc, par exemple), les personnes se déplacent vers d'autres milieux, s'isolent et deviennent par conséquent plus difficiles à joindre.

Il n'est pas rare que des personnes UDI se mettent en danger, par exemple en s'injectant dans des lieux publics (ce que font 60% d'entre elles), augmentant ainsi le risque d'utiliser du matériel non stérile, avec les conséquences que l'on sait, et même le risque de surdose.

Voilà un contexte qui illustre bien l'influence des politiques publiques sur la prise de risque : en l'absence d'un toit ou de l'accès à un lieu d'injection sécuritaire, les personnes UDI prennent des risques qui les mettent en danger et les exposent en même temps à des mesures répressives. Le cas échéant, il est préférable d'adopter une approche qui favorise tant la continuité des services de prévention destinés aux personnes UDI que la création de programmes innovateurs visant la prévention de la dépendance, des maladies et des décès. À cet égard, les projets d'intégration sociale sont judicieux et productifs en raison même de l'optique dans laquelle ils s'inscrivent.

Par ailleurs, le manque de logements à prix abordables et de logements sociaux, surtout au centre-ville de Montréal, constitue une préoccupation que partagent la DSP et plusieurs partenaires du réseau de la santé et des services sociaux. Il n'existe sur le territoire que très peu de logements temporaires destinés aux personnes suivant un traitement de l'hépatite C. Pourtant, il s'agit souvent d'une condition pour débiter un traitement. L'itinérance et la pauvreté que cette situation engendre favorisent l'exclusion sociale aussi bien que la propagation des ITSS. Pour ces raisons, les stratégies et les programmes qui promeuvent le développement de grands projets immobiliers incluant des logements sociaux doivent être encouragés.

L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, les organismes communautaires et le réseau de la santé partagent une vision commune quant à la nécessité de la concertation des différents secteurs et de l'harmonisation des politiques publiques. D'ailleurs, ils participent déjà, avec différents services de

la Ville de Montréal, à des actions intersectorielles qui ont un impact significatif sur les conditions de vie et l'environnement des groupes vulnérables aux ITSS. Le Comité de liaison en itinérance, par exemple, travaille à mettre en place des mesures visant à améliorer les conditions de vie et l'accès aux services sociaux et de santé des personnes itinérantes, telle la création de services d'hébergement d'urgence, d'un centre de répit et de dégrisement et d'une équipe mobile multidisciplinaire. Le Comité intersectoriel pour la réduction des seringues à la traîne s'est donné pour mission de réduire



Photo : © Éric St-Pierre

la présence de seringues souillées dans les espaces publics, institutionnels et commerciaux. Résultats : installation de 35 contenants de récupération de seringues dans des lieux publics stratégiques, en collaboration avec des arrondissements et des partenaires de divers milieux, et mise sur pied de comités locaux dans les arrondissements les plus touchés. La Table de concertation du Faubourg Saint-Laurent a fait de la cohabitation sa priorité numéro un. Grâce au dialogue dont ce regroupement a pris l'initiative, la relocalisation de Cactus Montréal s'est déroulée dans le respect des résidents et des personnes UDI qui y ont été associées de près. Ce ne sont que quelques exemples d'initiatives auxquels plusieurs autres pourraient évidemment s'ajouter.

Dans le même esprit, les politiques publiques doivent relever d'une logique de prévention plutôt que de répression. Ainsi, pour gérer les tensions qui concernent l'occupation de l'espace public, on doit favoriser le dialogue public avec toutes les personnes concernées, y compris les personnes marginalisées. En outre, l'amélioration de la qualité de vie des familles montréalaises et la quiétude des arrondissements passent par les pratiques de concertation qui sollicitent la participation des personnes marginalisées afin d'assurer que leurs besoins soient également pris en compte.

POUR UNE ACTION EFFICACE ET CONCERTÉE

- Privilégier les programmes et les politiques publiques qui s'inscrivent dans une logique de prévention plutôt que de répression.
- Appuyer les politiques axées sur la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.
- Soutenir les politiques publiques favorables à la sécurité et au bien-être physique et mental des groupes vulnérables, ainsi que celles qui favorisent l'intégration sociale et la concertation.
- Encourager les stratégies et les programmes qui promeuvent des projets de logements sociaux, d'une part, et de logements temporaires destinés aux personnes suivant un traitement contre l'hépatite C, d'autre part.

LES CONDITIONS DE RÉUSSITE SUR LE PLAN ORGANISATIONNEL

D'aucuns estiment peut-être que le plan de lutte contre les ITSS à Montréal, notamment contre le VHC et le VIH, revêt un caractère trop ambitieux. Il est pourtant réalisable, mais à certaines conditions. La plus importante de toutes, au risque de se répéter, est sans contredit la collaboration de tous les acteurs et partenaires de la Direction de santé publique, à l'échelle régionale comme à l'échelle locale. Et cela inclut des décideurs, des gestionnaires et des regroupements à qui incombe la responsabilité d'un certain nombre de décisions.

L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et l'ensemble de ses directions, y compris la Direction de santé publique, ont leurs propres responsabilités par rapport à l'application des six stratégies et aux actions qui en découlent. La DSP s'est engagée fermement à inscrire dans son **Plan d'action régional** la lutte contre les ITSS, en particulier l'hépatite C et le VIH, comme une priorité pour les cinq prochaines années.

Par ailleurs, elle reconnaît que la situation actuelle nécessite également d'agir en amont dès maintenant et de soutenir un programme d'éducation à la sexualité qui tienne compte d'un ensemble de problématiques : les difficultés à assumer son orientation sexuelle, la violence dans les relations amoureuses, l'usage de drogues et d'alcool, etc. La DSP continuera donc à mobiliser les acteurs des réseaux de l'éducation et de la santé afin de mettre en place et d'intensifier, de manière concertée, les stratégies efficaces en matière de prévention et de promotion d'une sexualité saine et responsable.

Ainsi, elle entend soutenir la réalisation des plans d'action locaux des CSSS par différents moyens, dont les suivants : activités de recherche, de surveillance et de monitoring; activités de partage des connaissances et de développement des compétences destinées aux intervenants des organismes communautaires, des CSSS, et des commissions scolaires; formation du personnel infirmier, psychosocial et médical et des intervenants scolaires; et partage des connaissances avec le concours du ministère de la Santé et des Services sociaux, de la Direction régionale du ministère de l'Éducation, du Loisir et des Sports et de l'Institut national de santé publique; diverses activités de planification, de coordination, d'animation et de soutien dans le cadre de différentes structures de concertation; gestion du matériel d'injection et de sa récupération.

Par son engagement à lutter contre les ITSS à Montréal, la DSP contribue à la réalisation des objectifs de l'Agence et ce, conformément aux priorités stratégiques régionales en matière de réduction des inégalités sociales de santé, au **Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013** et à l'offre de service du **Programme service-dépendance**.

Diverses instances régionales peuvent également contribuer au succès des actions envisagées. Qu'on pense, par exemple, au Comité régional des services pharmaceutiques (en ce qui concerne l'accès à la trousse de prévention en pharmacie), aux établissements responsables des services de biologie médicale, dont la collaboration est indispensable pour faciliter l'accès aux épreuves de laboratoire à des fins de diagnostic et de suivi, ainsi qu'à la Table des directeurs des services professionnels et la Commission infirmière régionale.

Les centres de santé et de services sociaux

Dans le cadre de leur mission populationnelle, les centres de santé et de services sociaux (CSSS) possèdent une connaissance précise et actualisée de la population locale et de son environnement. Elle leur permet de tracer un portrait clair de la situation qui prévaut sur leur territoire et de déterminer les groupes à privilégier. Les CSSS sont invités à partager cette connaissance avec les organismes communautaires afin d'élaborer une vision commune qui servira de base au développement conjoint d'une offre de service élargie qui tienne compte des réalités de leur territoire. Dans cette optique, les directeurs locaux de santé publique mobilisent les gestionnaires concernés et travaillent étroitement avec le comité local ITSS.

Quant aux Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), leur contribution devrait viser à formaliser les corridors de services dans le but de faciliter l'évaluation et le traitement du VHC et du VIH. À cette fin, le CMDP de chaque établissement est invité à soutenir les infirmières dans leurs différentes activités de prévention des ITSS, tels le dépistage, la prescription de médicaments selon une ordonnance collective et l'orientation à des fins d'évaluation et de traitement des cas positifs dépistés.

Les milieux cliniques

On ne saurait trop insister sur le rôle central que jouent les milieux cliniques dans le dépistage, le traitement et le suivi des personnes atteintes d'ITSS. Qu'il s'agisse des unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS), comme il s'en trouve au Centre hospitalier de l'Université de Montréal et au Centre universitaire de santé McGill, des cliniques médicales spécialisées en ITSS ou des équipes hospitalières spécialisées en microbiologie, en gastro-entérologie et en toxicomanie, les milieux cliniques sont des acteurs incontournables.



Photo : © Éric St-Pierre

Depuis le début de la lutte contre le VIH, leur contribution au développement de l'expertise et de la prise en charge clinique a été précieuse. Le rôle primordial qu'ils ont joué dans le traitement de la co-infection VIH-VHC et, plus récemment, dans la définition de l'offre relative au traitement de l'hépatite C laisse entrevoir des développements qui marqueront des pas en avant notables : d'une part, sur le plan de la prise en charge des personnes atteintes et du soutien de la première ligne par la deuxième ligne; d'autre part, sur le plan de la mise en place des corridors de services efficaces en collaboration avec les CSSS, en particulier avec les équipes de proximité, y compris les infirmières et les médecins de première ligne.

Les organismes communautaires

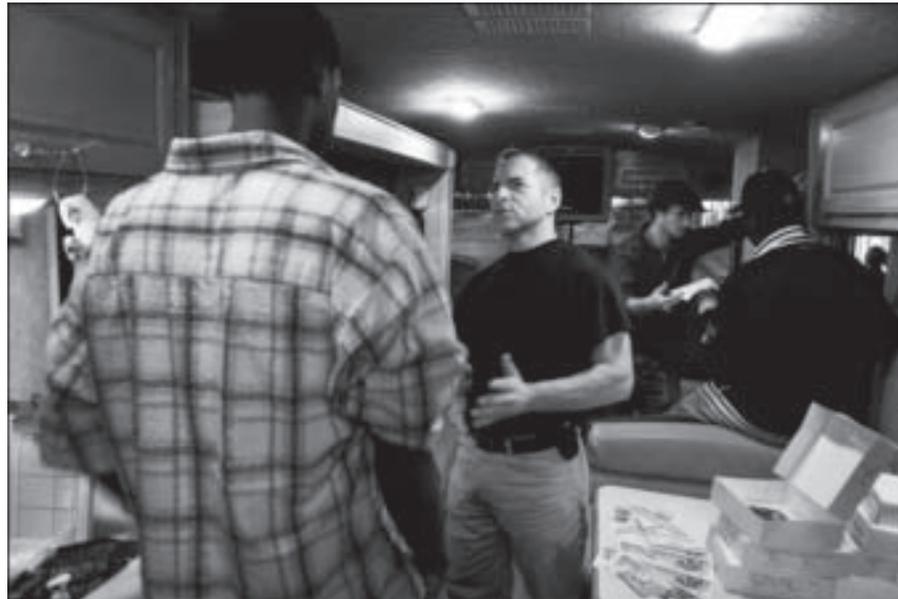


Photo : © Éric St-Pierre

Les organismes communautaires demeurent des partenaires précieux, notamment en raison de leur connaissance et de leur expérience du terrain ainsi que de leur capacité à joindre les personnes vulnérables. Ils sont invités à poursuivre leur travail selon le **Cadre de référence régional 2010-2015 – Volet communautaire** en prévention des ITSS qui énonce les objectifs suivants :

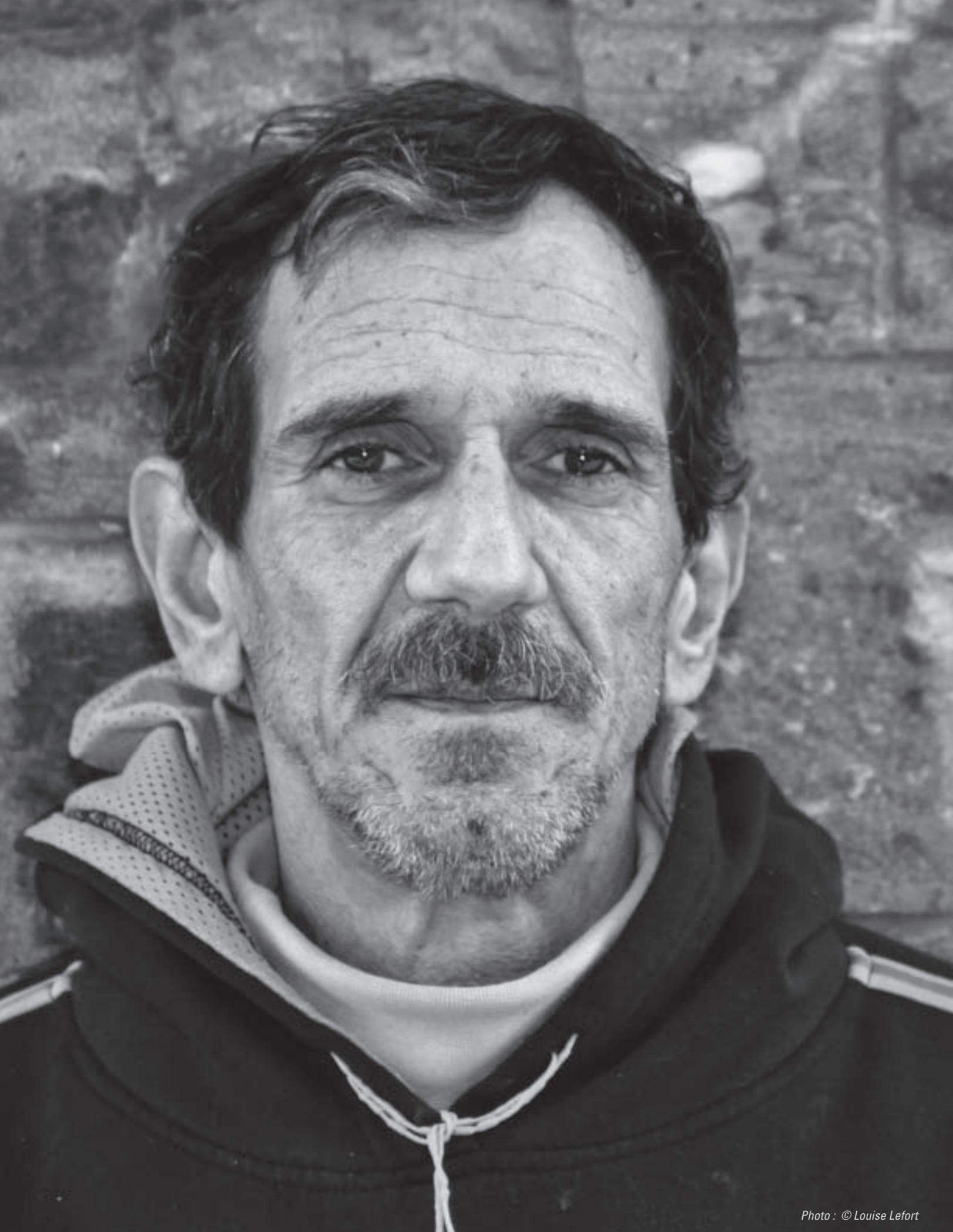
- poursuivre et intensifier les efforts de prévention auprès des populations vulnérables visant l'adoption et le maintien des comportements sexuels et de consommation de drogues sécuritaires;
- soutenir une intervention concertée pour répondre aux besoins de santé des personnes ayant des pratiques à risque liées à la sexualité et à la consommation de drogues;
- contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé.

Le réseau municipal

La Ville de Montréal et ses arrondissements ont joué un rôle important dans le développement de politiques publiques qui soutiennent les interventions destinées aux populations vulnérables, les personnes UDI et les HARSAH en particulier. Ainsi, au cours des dernières années, la Ville a permis de consolider la présence et l'action des organismes communautaires en prévention. Son rôle a été d'autant plus important que les politiques municipales influencent de façon significative les grands enjeux de santé publique que sont, par exemple, le logement social, l'itinérance, l'aménagement d'espaces urbains favorables à la mixité sociale. Les occasions de collaboration sont nombreuses et multiples et, compte tenu des nouvelles réalités dont il a été question précédemment, posent à la Ville de Montréal comme à la DSP de nouveaux défis.

Dans le contexte de la lutte contre les ITSS, la DSP invite la Ville de Montréal à poursuivre sa collaboration et à encourager l'ensemble de ses services à travailler dans le même esprit. Car, en définitive, offrir un meilleur accès aux services de santé, diminuer le nombre de personnes atteintes du VHC et du VIH sur tout le territoire de l'île de Montréal et améliorer le bien-être et l'environnement de ces personnes sont des objectifs que nous avons tout intérêt à partager.

Un tableau synthèse encarté dans le présent rapport reprend les six stratégies de lutte contre les infections par le VHC et le VIH à Montréal, ainsi que les actions concrètes qui les soutiennent. Un coup d'œil suffira aux principaux partenaires pour repérer rapidement les actions qui relèvent de leur secteur.



Les personnes UDI et les HARSAH, en raison des facteurs mêmes qui les rendent vulnérables, vivent des situations qui les amènent à prendre des risques. En orchestrant une action efficace et concertée, nous multiplions les occasions d'entrer en contact avec eux, de dépister leurs infections et de les traiter tôt. En d'autres mots, nous augmentons les chances de marquer des points contre les ITSS, en particulier l'hépatite C et le VIH. Ce faisant, nous empruntons une voie qui conduit à l'amélioration notable de la santé de toutes les personnes directement concernées comme de l'ensemble de la population montréalaise.

Jennifer et Francis ne sont pas les seuls à prendre des risques. À Montréal, il y a aussi Ben, Caro, Isabelle, Fred et tous les autres...

L'aspect organisationnel de l'approche proposée se décline en différentes mesures, par exemple : augmenter l'accès aux services et au matériel de protection; adapter les services; renforcer le rôle pivot de l'infirmière de

... la responsabilité collective qui nous incombe d'adopter une perspective axée sur l'intégration sociale des groupes vulnérables et l'amélioration de leurs conditions de vie. Car, en définitive, dès lors qu'un groupe de personnes est laissé-pour-compte, c'est toute la société qui en souffre.

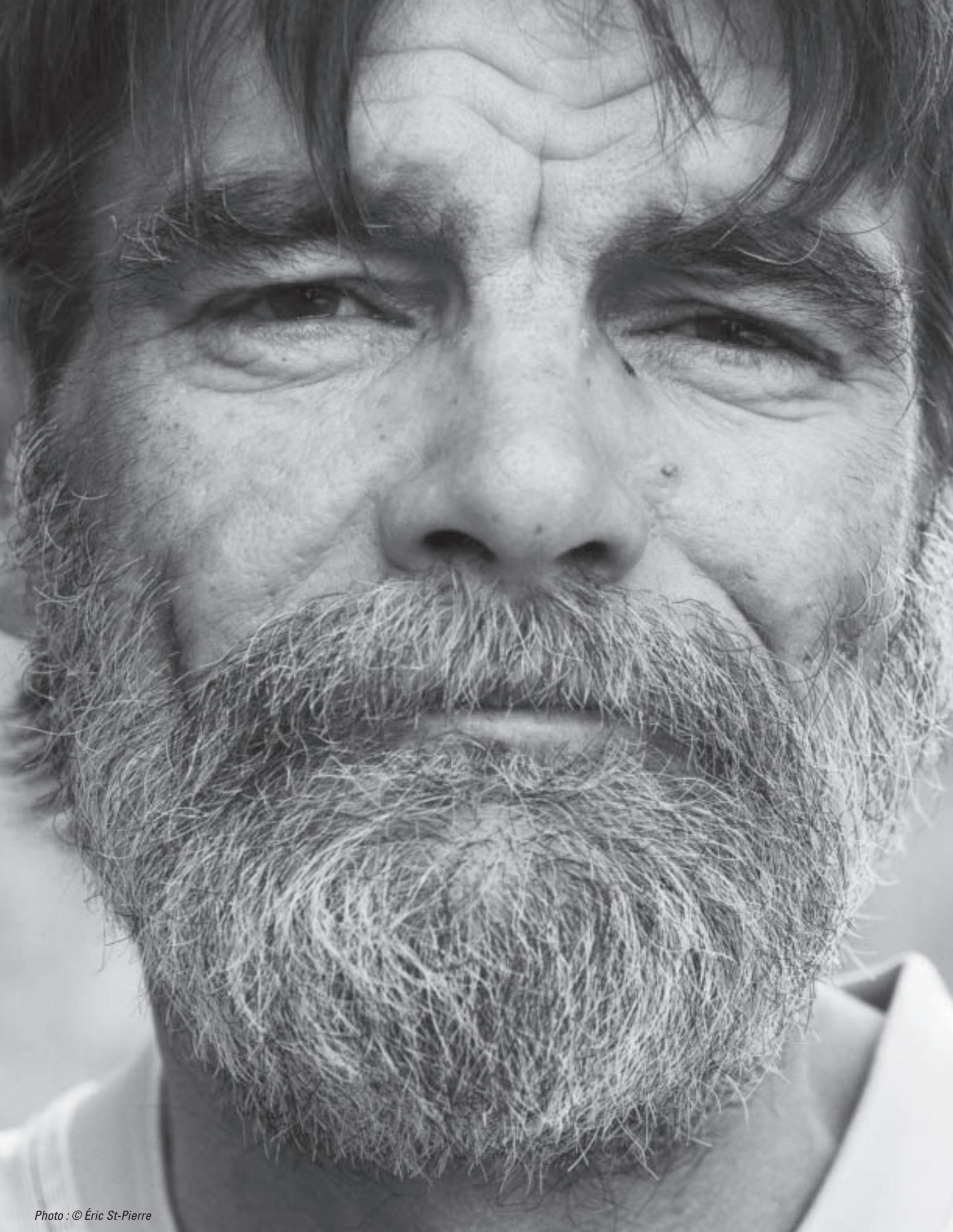
proximité; créer des corridors de services; mieux organiser le traitement. Néanmoins, cet aspect organisationnel ne doit pas nous faire perdre de vue deux points importants. D'abord, le rôle primordial des organismes communautaires – des partenaires de longue date – dans la réussite de cette approche. Ensuite, la responsabilité collective qui nous incombe d'adopter une perspective axée sur l'intégration sociale des groupes vulnérables et l'amélioration de leurs conditions de vie. Car, en définitive, dès lors qu'un groupe de personnes est laissé-pour-compte, c'est toute la société qui en souffre.

Aussi, nous encourageons tous les professionnels de la santé, les organismes communautaires et les directions des établissements à s'impliquer activement dans la lutte contre les ITSS. Adopter une perspective d'ouverture à l'endroit des groupes vulnérables, travailler réellement en réseau et organiser les services pour en faciliter l'accès constituent, à n'en pas douter, le gage d'une action efficace et concertée dans notre région.

Références bibliographiques

- ADRIEN A (2001). Stratégies de prévention des infections au VIH dans les communautés ethnoculturelles. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Rapport de consultation interne, 3 p.
- ALARY M, GODIN G, LAMBERT G 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-R, NOËL L (2006). Portrait de situation de l'hépatite C au Québec 1990-2004. Analyse de la demande de services par les personnes atteintes du virus de l'hépatite C. Institut national de santé publique du Québec, 93 p. ISBN-13 : 978-2-550-47832-4 (version imprimée) ISBN-13 : 978-2-550-47833-1 (version PDF).
- BITTERA R, ALARY M, FAUVEL M, PARENT R (2009). Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec. Cas cumulatifs 2002-2008. Institut national de santé publique du Québec. ISBN 978-2-550-57605-1 (version imprimée) ISBN 978-2-550-57606-8 (version PDF).
- BITTERA R, ALARY M, FAUVEL M, PARENT R (2010). Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec. Mise à jour des données au 30 juin 2009. Institut national de santé publique du Québec. ISBN : 978-2-550-58407-0 (version imprimée) ISBN : 978-2-550-58408-7 (version PDF).
- BITTERA R, ALARY M, FAUVEL M, PARENT R (2010). Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec. Cas cumulatifs 2002-2009. Institut national de santé publique du Québec. ISBN 978-2-550-59938-8 (version imprimée), ISBN 978-2-550-59939-5 (version PDF).
- BOISCLAIR M (2008). Problématique de la prise en charge des personnes toxicomanes 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.
- CLOUTIER R, GILBERT H (2009). Membres du Comité conseil sur la prévention du VIH et du VHC chez les personnes qui font usage de drogues. Actions proposées pour la prévention du VIH-sida et de l'hépatite C chez les personnes utilisatrices de drogues. MSSS. ISBN 978-2-550-56015-9 (version imprimée) ISBN 978-2-550-56016-6 (version PDF).
- CSSS JEANNE-MANCE (2008). Le phénomène de l'itinérance au Québec – Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales. Audience - le 1^{er} octobre 2008, 38 p.
- DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2010). Cadre de référence 2010-2015. Programme de prévention du VIH, des hépatites et des autres infections transmissibles sexuellement (ITS) pour la région de Montréal, volet communautaire, 40 p.
- GUTIERREZ N, MORISSETTE C (2007). Consultation pour le Mémoire de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal sur le projet Plan d'action famille de Montréal. Document interne. Direction de santé publique, secteur Vigie et protection, 3 p.
- JOSEPH G, ADRIEN A, TREMBLAY C, LECLERC P (2010). Les infections transmises sexuellement et par le sang chez les Québécois d'origine haïtienne : surveillance biologique et comportementale. 2^e édition. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. ISBN 978-2-89494-848-4 (version imprimée) ISBN 978-2-89494-849-1 (version PDF).
- LAHAIE C, MORISSETTE C, LECLERC P, GUTIERREZ N, PERREAULT M (2007). Implanter un réseau de santé montréalais pour les personnes utilisatrices de drogues par injection. Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soin sur le sida, Centre hospitalier de l'Université de Montréal en collaboration avec la Direction de santé publique, secteur Vigie et protection et l'Institut universitaire en santé mentale Douglas. Rapport de consultation à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 111 p.
- LAMBERT G, COX J, MIANGOTAR Y, FRIGAULT LR, TREMBLAY C et autres (2010). ARGUS 2008: Enquête sur l'infection par le VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ainsi que sur les comportements à risques associés chez les hommes québécois ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH). Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, Institut national de santé publique du Québec et Agence de la santé publique du Canada. Version préliminaire du rapport final - août 2010, 40 p.
- LECLERC P, TREMBLAY C, MORISSETTE C (2009). Monitoring des centres d'accès au matériel stérile d'injection. Rapport régional : avril 2007 à mars 2008. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. ISBN 978-2-89494-832-3 (version imprimée) ISBN 978-2-89494-833-0 (version PDF).
- LECLERC P, TREMBLAY C, MORISSETTE C (2010). Portrait local ITSS 2009. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- | | # ISBN (version imprimée) | # ISBN (version PDF) |
|--|---------------------------|----------------------|
| CSSS d'Achutes et Montréal-Nord | 978-2-89494-936-8 | 978-2-89494-937-5 |
| CSSS de Bordeaux-Cartierville—St-Laurent | 978-2-89494-938-2 | 978-2-89494-939-9 |
| CSSS Cavendish | 978-2-89494-934-4 | 978-2-89494-935-1 |
| CSSS du Cœur-de-l'île | 978-2-89494-940-5 | 978-2-89494-941-2 |
| CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle | 978-2-89494-946-7 | 978-2-89494-947-4 |
| CSSS Jeanne-Mance | 978-2-89494-942-9 | 978-2-89494-943-6 |
| CSSS Lucille-Teasdale | 978-2-89494-944-3 | 978-2-89494-945-0 |
| CSSS de la Montagne | 978-2-89494-948-1 | 978-2-89494-949-8 |
| CSSS de l'Ouest de l'île | 978-2-89494-952-8 | 978-2-89494-953-5 |
| CSSS de la Pointe-de-l'île | 978-2-89494-950-4 | 978-2-89494-951-1 |
| CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel | 978-2-89494-954-2 | 978-2-89494-955-9 |
| CSSS du Sud-Ouest—Verdun | 978-2-89494-956-6 | 978-2-89494-957-3 |

- LECLERC P, MORISSETTE C, ROY É (2010). Le volet montréalais du Réseau SurvUDI. Volume 2 – Données au 30 juin 2008. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. ISBN 978-2-89494-686-2 (ensemble) ISBN 978-2-89494-911-5 (vol. 2) (version imprimée) ISBN 978-2-89494-912-2 (vol. 2) (version PDF).
- LECLERC P, MORISSETTE C, TREMBLAY C (2006). Le matériel stérile d'injection : combien faut-il en distribuer pour répondre aux besoins des UDI de Montréal? Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. ISBN 2-89494-498-5 (version imprimée) ISBN 2-89494-499-3 (version PDF).
- 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. ISBN 2-550-41456-X.
- 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. ISBN 2-550-42020-9.
- 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. ISBN 2-550-46494-X (version imprimée) ISBN 2-550-46495-8 (version PDF).
- 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. ISBN 2-550-42815-3.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2009). Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec - Année 2008 (et projections 2009), Gouvernement du Québec, 100 p. ISBN 978-2-550-57739-3 (version PDF).
- MORISSETTE C, PAQUETTE N (2008). Rapport de la tournée 2007-2008. Sous-comité ITSS de la Table régionale de santé publique. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Version préliminaire, 39 p.
- NOËL L, LAFOREST J et ALLARD P-R (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. ISBN 13 : 978-2-550-49822-3 (version imprimée) ISBN 13 : 978-2-550-49823-0 (version PDF).
- NOËL L, LAFOREST J, ALLARD P-R (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. ISBN 978-2-550-50654-6 (version imprimée) ISBN 978-2-550-50655-3 (version PDF).
- PARENT R, ALARY M, MORISSETTE C, ROY É, LECLERC P, ALLARD P-R (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, Institut national de santé publique du Québec, Gouvernement du Québec, 69 p. ISBN 978-2-550-57678-5 (version imprimée) ISBN 978-2-550-57679-2 (version PDF) ISSN 1918-4549.
- POIRIER A, DONTIGNY A (2010). Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec – ITSS, L'épidémie silencieuse. La Direction du développement des individus et de l'environnement social du ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Institut national de santé publique du Québec. ISBN 978-2-550-58806-1 (version imprimée) ISBN 978-2-550-58807-8 (version PDF).
- ROY É, HALEY N, GODIN G, BOIVIN J-F et autres (2005). L'hépatite C et les facteurs psychosociaux associés au passage à l'injection chez les jeunes de la rue. Rapport d'étape #4. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. ISBN 2-89494-467-5.
- ROY É, HALEY N, GODIN G, BOIVIN J-F et autres (2008). L'hépatite C et les facteurs psychosociaux associés au passage à l'injection chez les jeunes de la rue. Rapport final. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. ISBN 978-2-89494-638-1 (version imprimée) ISBN 978-2-89494-639-8 (version PDF).
- SAUVÉ J, LAFONTAINE G et autres (2010). Rapport de la directrice de santé publique de la Montérégie. Épidémie d'infections transmissibles sexuellement et par le sang – Invertissons la tendance ! ISBN 978-2-89342-462-0 (version imprimée) ISBN 978-2-89342-463-7 (version PDF).



BON DE COMMANDE

| QUANTITÉ | TITRE DE LA PUBLICATION (version imprimée) | PRIX UNITAIRE (tous frais inclus) | TOTAL |
|----------|---|--------------------------------------|-------|
| | Rapport du directeur de santé publique 2010. Les infections transmissibles sexuellement et par le sang | 40 \$ | |
| | NUMÉRO D'ISBN (version imprimée) 978-2-89494-964-1 | | |

Nom _____

Adresse _____
No Rue App. _____
Ville Province Code postal _____

Téléphone _____ Télécopieur _____

Les commandes sont payables à l'avance par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la Direction de santé publique de Montréal.

Retourner à l'adresse suivante :

Centre de documentation
Direction de santé publique
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

Pour information : 514 528-2400, poste 3646

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec 

Six stratégies pour lutter contre l'hépatite C et l'infection par le VIH à Montréal

| STRATÉGIE | POUR UNE ACTION EFFICACE ET CONCERTÉE | RESPONSABILITÉS | | | |
|--|---|-----------------|---------------------------------|-------------------|---------------------------|
| | | ASSSM | CSSS (y compris les sites CLSC) | Milieus cliniques | Organismes communautaires |
| 1. Joindre davantage les groupes les plus vulnérables | Intensifier le travail de proximité | | • | | • |
| | Diversifier les moyens de joindre les groupes les plus vulnérables | | • | | • |
| | Mettre sur pied des équipes SIDEP dans tous les CSSS | • | • | | |
| | Offrir des services adaptés aux personnes UDI dans tous les sites CLSC et adapter les modalités d'accès aux services institutionnels | | • | | • |
| 2. Augmenter l'accès au matériel de protection | Diversifier les moyens de distribution du matériel d'injection | • | • | | • |
| | Augmenter la quantité et la disponibilité des condoms dans les saunas et autres lieux de rencontres sexuelles | • | • | | • |
| | Distribuer du matériel d'injection stérile dans tous les sites CLSC et en faire la récupération | • | • | | • |
| | Adapter l'accueil aux personnes UDI dans tous les sites CLSC | • | • | | |
| | Augmenter le nombre de pharmacies qui vendent la trousse MIP | • | • | | |
| 3. Accroître l'accès aux services de dépistage et aux services psychosociaux de proximité | Mettre en place les services infirmiers de proximité des SIDEP sur tous les territoires afin d'accroître principalement les activités de dépistage et de vaccination | • | • | | |
| | Confier aux infirmières un rôle pivot qui permet l'accompagnement et l'orientation des personnes UDI et des HARSAH vers les ressources médicales et psychosociales appropriées, ainsi que le suivi en cours de traitement | • | • | • | |
| | Multiplier et mieux localiser les lieux de dépistage | • | • | | • |
| | Développer l'intervention psychosociale, particulièrement auprès des personnes atteintes de l'hépatite C | • | • | • | • |
| 4. Mieux organiser le traitement | Créer des services de dépistage du VIH et du VHC destinés aux HARSAH et aux personnes UDI et arrimer ces services aux cliniques spécialisées des secteurs privé et public | • | • | • | |
| | Intégrer en réseau les services curatifs des personnes atteintes du VHC et du VIH | • | • | • | • |
| | Accroître l'offre de traitement de l'hépatite C par les services spécialisés de deuxième et de troisième ligne | • | • | • | |
| | Augmenter l'implication des médecins de première ligne en leur offrant le soutien nécessaire à l'évaluation et au suivi des personnes atteintes | • | • | • | |
| | Mettre en place les corridors de services qui permettent l'exercice réel des activités de dépistage par les infirmières, l'orientation rapide vers un médecin et l'accès facile à des services psychosociaux | • | • | • | • |
| | Faire en sorte que tous les intervenants des équipes SIDEP, comme des milieux cliniques, appliquent les pratiques cliniques préventives (PCP) concernant les ITSS | • | • | • | |
| 5. Favoriser l'autonomisation (empowerment) | Soutenir les associations axées sur la défense des droits, l'intégration sociale et l'amélioration des conditions de vie | • | • | • | • |
| | Favoriser la participation des associations à la planification des services et des programmes destinés aux personnes UDI et aux HARSAH | • | • | | • |
| | Valoriser les stratégies d'autonomisation (au moyen des groupes d'entraide et de soutien, des regroupements de défense des droits, des interventions auprès des pairs) chez les personnes UDI comme chez les HARSAH | • | • | | • |
| 6. Influencer les politiques publiques | Privilégier les programmes et les politiques publiques qui s'inscrivent dans une logique de prévention plutôt que de répression | • | • | • | • |
| | Appuyer les politiques axées sur la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale | • | • | • | • |
| | Soutenir les politiques publiques favorables à la sécurité et au bien-être physique et mental des groupes vulnérables, ainsi que celles qui favorisent l'intégration sociale et la concertation | • | • | • | • |
| | Encourager les stratégies et les programmes qui promeuvent des projets de logements sociaux, d'une part, et de logements temporaires destinés aux personnes suivant un traitement contre l'hépatite C, d'autre part | • | • | • | • |