

# LE CONTINUUM D'INTERVENTION

## « MALADIES TRANSMISSIBLES — VIH-VHC »

---

Le continuum d'intervention « Maladies transmissibles — VIH-VHC » s'adresse aux personnes à risque d'être infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou de l'hépatite C (VHC) ainsi qu'aux personnes déjà atteintes par l'une ou l'autre de ces maladies transmissibles sexuellement et par le sang.

En Montérégie, depuis que l'infection par le VIH est à déclaration obligatoire (2002), on comptait en date du 31 décembre 2004, 115 cas d'infections dont 58 cas (52 hommes et 6 femmes) sont de nouveaux diagnostics. Parmi ces nouveaux cas, 32 étaient des hommes ayant eu des rapports sexuels avec d'autres hommes et 11 étaient des utilisateurs de drogues par injection (UDI).

De maladie mortelle, le VIH est devenu une maladie chronique. En effet, l'arrivée des multithérapies a considérablement amélioré la santé et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH, même si plusieurs effets secondaires sont associés aux médicaments prescrits. À chaque année, il y a de nouveaux cas de personnes infectées par le VIH en Montérégie et moins de décès, ce qui augmente continuellement le nombre de personnes vivant avec le VIH. Plusieurs personnes cependant, notamment les plus désorganisées socialement, ont de la difficulté à maintenir leur traitement. Ces personnes doivent être soutenues dans leurs efforts.

Pour ce qui est de l'hépatite C, les nouveaux cas touchent principalement les UDI. Plus de 50 % des UDI deviennent infectés par le VHC dans les 6 à 12 mois qui suivent le passage à l'injection. Les personnes incarcérées sont également souvent infectées par le VHC non seulement en raison de l'usage de drogues mais aussi de pratiques de tatouage et de perçage plus ou moins clandestines avec du matériel contaminé. La consommation de drogues par voie nasale est un autre mode de transmission reconnu du virus de l'hépatite C. Entre 20 et 50 % des patients atteints d'une hépatite chronique vont évoluer vers une cirrhose. Entre 1 et 4 % des personnes atteintes d'une cirrhose développeront un cancer du foie à chaque année.

Le tableau suivant illustre la typologie des services du continuum en fonction des dimensions **PRÉVENIR – GUÉRIR – SOUTENIR**.

## TPOLOGIE DES SERVICES

DIMENSIONS DU CONTINUUM		
PRÉVENIR	GUÉRIR	SOUTENIR
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interventions de prévention et promotion : campagnes sociétales</li> <li>▪ Programmes visant de saines habitudes de vie et des comportements sécuritaires</li> <li>▪ Mesures d'accessibilité aux condoms</li> <li>▪ Counselling préventif et dépistage (SIDEP)</li> <li>▪ Mesures de réduction des méfaits</li> <li>▪ Services de réadaptation et désintoxication</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Services d'évaluation de base et de suivi (médecins en 1<sup>ère</sup> ligne)</li> <li>▪ Services diagnostiques</li> <li>▪ Counselling préventif et dépistage (SIDEP)</li> <li>▪ Traitement spécialisé et suivi</li> <li>▪ Équipe multidisciplinaire</li> <li>▪ Services psychosociaux</li> <li>▪ Services de réadaptation et désintoxication</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Services de soutien psychosocial et d'accompagnement</li> <li>▪ Services d'hébergement</li> <li>▪ Services palliatifs et de fin de vie (hébergement et à domicile)</li> <li>▪ Services de réadaptation et désintoxication</li> </ul>

## DESCRIPTION DES PISTES D'ACTION

Entre juin 2004 et mai 2005, plusieurs professionnels de l'Agence, issus de différentes directions, ont été mobilisés autour des chantiers régionaux sur les continuums d'intervention. Chaque équipe de travail associé à un continuum devait, dans un premier temps, définir les caractéristiques de ce continuum en termes de besoins de la population visée, d'interventions à déployer au niveau de la prévention, du traitement et du soutien et enfin, du réseautage actuel. Dans une seconde étape, les équipes de travail ont procédé à l'identification de zones d'inadéquation entre les besoins de la population montréalaise et les services offerts. Les résultats de cette démarche ont été soumis à l'attention d'un certain nombre d'experts et de partenaires du réseau, ce qui a permis de bonifier le matériel proposé. La troisième phase du travail a consisté à traduire les zones d'inadéquation retenues en pistes d'action devant permettre de corriger la situation. Ces pistes d'action ont été formulées, dans la mesure du possible, à partir des grands objectifs d'accessibilité, de continuité des services et de qualité, énoncés par le MSSS<sup>1</sup>. Le texte qui suit présente les pistes d'action identifiées pour le continuum d'intervention « Maladies transmissibles — VIH-VHC ».

Les pistes d'action sont présentées en fonction des trois grands niveaux d'intervention que sont le **PRÉVENIR - GUÉRIR - SOUTENIR**. Certaines pistes relèvent de plusieurs niveaux d'intervention à la fois. Dans ces cas, pour éviter les répétitions, nous les avons classées dans le niveau auquel elles étaient le plus fortement associées. Les pistes qui concernent le continuum dans son ensemble ont été mises arbitrairement dans la section **GUÉRIR**. Enfin, certaines pistes ont été regroupées, soit parce qu'elles sont interreliées ou parce qu'elles s'adressent à un même sous-groupe de la clientèle.

### A) PRÉVENIR<sup>2</sup>

Les pistes d'action au niveau de la prévention directement en lien avec le continuum des maladies transmissibles (VIH-VHC) sont :

1. L'accessibilité aux condoms pour les clientèles les plus vulnérables (gratuité, mode de distribution, quantité).

L'accessibilité aux condoms est une des stratégies retenues afin de faciliter l'accès à un environnement favorable à l'adoption de saines habitudes de vie et de comportements sécuritaires. Par accessibilité, on entend l'accessibilité géographique et financière. Compte tenu de la grande vulnérabilité de certaines clientèles, les condoms devraient être disponibles gratuitement et en quantité suffisante, dans différents milieux (CLSC, SIDEPE, organismes communautaires, etc.).

<sup>1</sup> Dans la formulation des pistes d'action, le terme « accessibilité » fait référence à des services déjà offerts mais dont l'accès pose certains problèmes alors que le terme « disponibilité » a été employé pour les services ou activités à mettre en place.

<sup>2</sup> La plupart des actions du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 et des Plans d'action locaux ciblent l'ensemble de la population et agissent sur un ensemble de problèmes de santé et de bien-être. Pour cette raison, elles se retrouvent dans le continuum « Interventions universelles ». Nous vous référons à ce continuum afin de compléter l'information que vous retrouvez dans ce continuum spécifique.

2. L'application des mesures de réduction des méfaits dans les centres de détention provinciaux, incluant les volets formation/sensibilisation, application et soutien par un travailleur de milieu.

La consommation de drogues lors de l'incarcération est un fait reconnu. Cependant, cette pratique demeure illicite et les détenus qui consomment des drogues par injection ou par voie nasale sont souvent obligés de partager le matériel nécessaire à la consommation. L'accessibilité à de l'eau de javel est une mesure de réduction des méfaits qui doit être disponible dans les centres de détention afin de limiter la transmission du VHC et du VIH.

L'accessibilité à la méthadone est une autre mesure efficace pour limiter la transmission des infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les utilisateurs de drogues par injection dépendants aux opiacés. Cependant, aucun des deux centres de détention provinciaux situés en Montérégie n'est en mesure d'initier la méthadone au moment de l'incarcération. Un des ces centres de détention est en mesure de prescrire la méthadone à un détenu si celui-ci était déjà inscrit à un programme de maintien à la méthadone avant son incarcération. L'accessibilité à ces services repose souvent sur la collaboration du médecin en place.

À cause du caractère illicite du tatouage en centre de détention, les détenus doivent utiliser des instruments artisanaux. De plus, la stérilisation du matériel nécessaire est difficile, voire impossible. Les détenus devraient avoir accès à l'information sur les risques liés à cette pratique.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) offre un programme de formation (Stratégies de réduction des méfaits liées à l'usage des drogues en milieu correctionnel) qui s'adresse aux gestionnaires et aux intervenants des centres de détention afin de les sensibiliser aux risques liés aux maladies transmissibles dans leur milieu et les inciter à mettre en place des mesures de réduction des méfaits. Ce programme semble donner des résultats prometteurs dans les milieux où il a été appliqué jusqu'à maintenant. Les deux centres de détention de la Montérégie devraient avoir accès à ce programme.

Enfin, une présence accrue d'un travailleur en milieu de détention est nécessaire pour soutenir les milieux de détention dans l'application de ces mesures et informer d'avantage les détenus sur les risques liés au mode de consommation par injection et au tatouage.

3. L'application des procédures recommandées dans le cadre du programme d'accessibilité au matériel d'injection stérile.

Le partage de matériel d'injection contaminé est un mode de transmission hautement efficace pour la transmission du VHC et du VIH parmi les UDI. Les seringues stériles sont déjà disponibles sur tout le territoire de la Montérégie. En plus des seringues, il convient de rendre accessible aussi le matériel nécessaire à la préparation de la drogue (stéricup, ampoule d'eau) pour prévenir la transmission du VHC et du VIH. Ce nouveau matériel a été ajouté récemment dans les trousse destinées aux UDI et est disponible en Montérégie via le programme d'accessibilité au matériel d'injection.

4. L'accessibilité aux services de réadaptation et de désintoxication pour les personnes polytoxicomanes.

Au Québec, la majorité des UDI sont des cocaïnomanes. L'accès aux services d'adaptation sociale et de réadaptation pour les cocaïnomanes est encore limité en Montérégie. De plus, l'accès à de tels services dans les deux centres de détention de la Montérégie est inexistant. Les détenus sont donc contraints à attendre leur libération pour entreprendre un traitement. L'accès accru aux services de désintoxication et de réadaptation des personnes toxicomanes peut avoir un impact sur la transmission du VIH et de l'hépatite C.

5. La disponibilité de programme de prévention spécifique aux femmes en difficulté.

Parmi les cas de sida déclarés au Québec au 30 juin 2004, on note une augmentation constante de la proportion de cas déclarés chez les femmes UDI, passant de 8,5 % en 1979-1992 à 33,3 % en 2002-2004. D'autre part, alors que la proportion des femmes infectées par contact hétérosexuel avait diminuée régulièrement entre 1979 et 2001, passant de 27,3 % à 10 %, elle a augmenté à 16,7 % entre 2002 et 2004.

Les femmes toxicomanes, les travailleuses du sexe et les femmes victimes de violence sont particulièrement vulnérables aux maladies transmissibles. Un programme prometteur visant les travailleuses du sexe, CAT Women, a été implanté avec succès dans certaines régions du Québec. En Montérégie, l'organisme Émiss-ère a mis en place le programme Les femmes et leur santé sexuelle visant les femmes victimes de violence. Ce programme fait actuellement l'objet d'une évaluation dont les résultats préliminaires semblent prometteurs.

## B) GUÉRIR

Le niveau d'intervention **GUÉRIR** comprend les services reliés à l'accueil des clientèles, au dépistage, à l'évaluation et à l'établissement du diagnostic, ainsi qu'au traitement ou à l'intervention psychosociale. Les pistes d'action plus spécifiquement reliées à ce niveau d'intervention sont les suivantes :

6. L'accessibilité aux services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEP).

Les experts estiment que 80 à 85 % des UDI seraient infectés par le VHC et qu'un grand nombre d'entre eux ne connaissent pas leur état. Devant de tels chiffres, on peut comprendre l'importance du dépistage. Les personnes à risque de contracter l'hépatite C ou le VIH doivent avoir accès à un test de dépistage pour bénéficier, si elles sont infectées, d'un counseling adéquat sur la maladie et sur les mesures à prendre pour en ralentir l'évolution. De plus, les personnes infectées par le VHC peuvent bénéficier

gratuitement de la vaccination contre les hépatites A et B. Pour les personnes non infectées, le counseling permet de renforcer l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires.

Un des mandats des services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEP) est d'offrir le dépistage de ces infections, incluant le dépistage du VHC et du VIH. Les intervenants des SIDEP ont développé une expertise spécifique pour intervenir auprès des personnes vulnérables à l'hépatite C et au VIH en regard de la prévention (counseling préventif, immunisation, etc.), du dépistage des ITSS et de l'orientation vers des ressources appropriées selon les besoins (ressources médicales, psychosociales ou de réadaptation).

Actuellement, les SIDEP offrent des services dans une dizaine d'organismes communautaires qui hébergent des clientèles polytoxicomanes et itinérantes et à certains clients du Virage. Dans certains territoires, en raison notamment de l'augmentation de la clientèle et de la lourdeur des problématiques rencontrées, les besoins dépassent la capacité des SIDEP à y répondre.

D'autre part, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes constituent toujours le groupe qui est le plus touché par le VIH. En Montérégie, les milieux de socialisation gais sont peu nombreux ou difficiles d'accès, ce qui augmente la difficulté à rejoindre ces hommes. De plus, les hommes qui ont des relations bisexuelles s'identifient peu aux messages qui s'adressent à la communauté gaie. Les hommes homosexuels et bisexuels constituent aussi une clientèle ciblée par les SIDEP. Des services mieux adaptés et le développement de certaines habiletés sont nécessaires pour rejoindre davantage ces clientèles vulnérables.

L'offre de service des SIDEP doit donc être revue. Les SIDEP devraient accroître leur présence dans les milieux de vie où ils sont déjà implantés et développer des services dans d'autres milieux de vie. Les mécanismes de référence vers les autres ressources, en particulier les ressources médicales, doivent aussi être améliorés.

7. L'accessibilité aux médecins de 1<sup>ère</sup> ligne pour le suivi des personnes infectées par le VIH et l'hépatite C.

Les infirmières des SIDEP sont aptes à faire le dépistage de l'hépatite C et du VIH et à offrir le counselling nécessaire et la vaccination. Les personnes infectées par le VIH devraient être référées à un médecin pour l'évaluation de leur état de santé et de la pertinence qu'elles entreprennent une trithérapie. Cependant, l'accessibilité aux médecins de 1<sup>ère</sup> ligne étant limitée, il est difficile d'établir un mécanisme de référence pour le suivi des cas positifs.

D'autre part, tous les cas d'hépatite C devraient faire l'objet d'une évaluation de base afin de déterminer la présence d'une maladie chronique du foie. Des contrôles périodiques sont aussi nécessaires. Cette évaluation de base et les contrôles périodiques devraient être assurés par les médecins de 1<sup>ère</sup> ligne. Nous savons cependant que les personnes UDI consultent peu les ressources du réseau. De plus, il est admis que ces patients constituent une clientèle lourde en raison des nombreuses problématiques qu'elles cumulent (problèmes psychosociaux, judiciaires, consommation, faible observance du traitement,

etc.). Il est donc probable qu'une partie de ces patients n'obtiennent pas les services d'évaluation de base.

8. L'accessibilité aux tests diagnostics.

Les omnipraticiens qui suivent des patients atteints de VIH devraient avoir accès plus facilement aux tests diagnostics.

9. La continuité, collaboration et coordination entre les ressources médicales concernées (corridors de références intra-CSSS et extra-CSSS, réseautage, formation, soutien professionnel).

Les omnipraticiens qui suivent des patients atteints du VIH devraient avoir accès aux ressources spécialisées en Montérégie, à de la formation continue (mise à jour fréquente et de courte durée), et des efforts devraient être consentis afin de développer les liens, faciliter le réseautage entre les différentes ressources médicales concernées et améliorer les mécanismes de référence vers les ressources spécialisées.

Un plus grand nombre de médecins de 1<sup>ère</sup> ligne doivent être en mesure d'offrir le suivi de base aux patients atteints d'hépatite C et du VIH. Un soutien par des ressources psychosociales en nombre suffisant est une mesure à privilégier afin d'alléger le fardeau des médecins de 1<sup>ère</sup> ligne, particulièrement pour les clientèles les plus désorganisées.

10. La disponibilité d'une équipe multidisciplinaire (incluant le volet psychosocial) spécialisée dans le traitement et le suivi des personnes infectées (clinique régionale spécialisée, équipe mobile, etc.) en soutien aux omnipraticiens et aux médecins spécialistes.

Lorsqu'une atteinte hépatique est diagnostiquée chez un patient infecté par le VHC, celui-ci doit faire l'objet d'une investigation plus poussée (ex. : biopsie hépatique) afin de déterminer la sévérité de la maladie et la pertinence d'un traitement. On sait qu'entre 20 et 50 % des patients atteints d'une hépatite chronique vont évoluer vers la cirrhose et qu'entre 1 et 4 % des personnes atteintes d'une cirrhose développeront un cancer du foie à chaque année. Ces cas relèvent davantage des soins spécialisés.

En Montérégie, les spécialistes impliqués dans le traitement de l'hépatite C sont les gastro-entérologues et les infectiologues. Or, ces spécialistes ont de plus en plus de difficulté à suffire à la tâche puisque leurs patients constituent une clientèle plus lourde (surtout en présence d'une co-infection VIH/VHC).

Les personnes vivant avec le VIH, pour leur part, doivent avoir accès à des soins et des services de qualité et à un traitement optimal. La Montérégie ne possédant pas un réseau de cliniques privées

spécialisées pour soutenir l'évaluation et le suivi des personnes infectées, la prise en charge de ces personnes est assumée en presque totalité par les microbiologistes infectiologues.

Il y a donc lieu de prévoir une organisation de services adéquate afin de limiter la proportion des patients infectés par le VHC qui pourraient développer une cirrhose du foie et nécessiter une greffe, et la proportion des personnes vivant avec le VIH qui développeront des symptômes ou qui évolueront vers le sida. La mise en place d'équipes multidisciplinaires spécialisées dans le traitement et le suivi de ces patients (incluant des ressources psychosociales) pourrait répondre à ce besoin.

## C) SOUTENIR

De façon générale, le niveau d'intervention **SOUTENIR** comprend les services de soutien d'ordre pratique ou psychosocial, les services d'adaptation et de réadaptation ainsi que les soins palliatifs et de fin de vie. Les pistes d'action reliées à ce niveau d'intervention sont les suivantes :

11. L'accessibilité aux travailleurs de proximité pour les personnes atteintes du VHC (soutien, références, accompagnement, etc.) dans les milieux de vie.

Les personnes atteintes de l'hépatite C, particulièrement les toxicomanes, les ex-toxicomanes et les personnes atteintes de maladies mentales, ont généralement besoin d'un soutien psychosocial pour les aider à maintenir l'observance au traitement, à se présenter à leur rendez-vous, à maintenir l'abstinence et ainsi augmenter leur chance d'avoir une évolution favorable.

12. L'accessibilité aux services de soutien, références, accompagnement, pour les personnes atteintes du VIH.

Dans le cas des personnes vivant avec le VIH, une observance presque absolue au traitement est nécessaire pour en assurer l'efficacité des multithérapies et diminuer l'apparition de résistance. Ces patients doivent être soutenus dans leurs efforts par des ressources psychosociales en nombre suffisant.

13. L'accessibilité aux services de soutien pour les établissements et les organismes qui hébergent des personnes atteintes du VIH et du sida, incluant les soins palliatifs.



Les personnes vivant avec le VIH ou atteintes du sida ont de plus en plus besoin de ressources de répit, de soutien, d'accompagnement et d'hébergement temporaire<sup>3</sup>. Ces services devraient favoriser l'acquisition d'une certaine autonomie (apprendre à gérer la prise de médicament, à s'alimenter correctement, etc.), de manière à faciliter le retour à la vie active dans la communauté. Les différentes ressources qui hébergent des personnes aux prises avec des problématiques très différentes (itinérance, santé mentale, toxicomanie) devraient avoir accès à des ressources spécialisées pour les aider à gérer les besoins des personnes vivant avec le VIH qu'ils hébergent. Actuellement, l'organisme Émiss-ère offre, en partie, ce soutien aux organismes qui en expriment le besoin.

14. L'accessibilité aux soins palliatifs en hébergement et au domicile.

Les personnes atteintes du sida en phase terminale doivent avoir accès aux services existants en soins palliatifs. Il est possible que les ressources humaines œuvrant dans les milieux de soins prolongés aient besoin de formation et de soutien. L'organisme Émiss-ère peut offrir ce soutien au besoin.

---

<sup>3</sup> Les services d'hébergement des personnes vivant avec le VIH et le sida ont fait l'objet d'une étude en 2002. Les recommandations quant aux besoins qui concernent l'organisation de ces services sont décrites dans le rapport déposé par Janie Houle intitulé *Étude des besoins d'hébergement des personnes atteintes du VIH/sida et portrait des ressources en Montérégie*, Longueuil, RRSSS de la Montérégie, avril 2002.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

HOULE, Janie. *Étude des besoins d'hébergement des personnes atteintes du VIH/sida et portrait des ressources en Montérégie*, Longueuil, RRSSS de la Montérégie, avril 2002.