



**LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA, LA TUBERCULOSE
ET LE PALUDISME**

Notes pour une allocution

Présenté par

(Nom et titre à venir)

pour

M^{me} Carole Poirier,

députée (Québec) et représentante de la Section du Québec du

Réseau parlementaire de lutte contre le VIH/sida

± 9 minutes

OUAGADOUGOU, Burkina Faso | 2-3 octobre 2016

Mesdames,
Messieurs,

Je souhaite d'abord remercier (nom à venir) d'avoir accepté de présenter les enjeux de santé publique du Québec, plus particulièrement en matière de VIH/sida, de tuberculose et de paludisme. C'est avec déception que je ne peux être parmi vous, chers collègues, pour discuter de ce sujet, haut en importance. Selon leur étendue, leur vitesse de propagation et leurs répercussions sur la santé des populations, certains virus et maladies infectieuses peuvent porter atteinte aux dimensions sociales, politiques et économiques des pays. La mobilisation pour y faire face est plus que jamais essentielle.

Il y aura d'abord présentation de quelques statistiques sur le VIH/sida et les politiques gouvernementales québécoises. Il sera également approprié de dresser l'état de situation de la tuberculose au Québec.

Le paludisme n'étant pas une maladie fréquente au Québec, c'est pourquoi il n'est pas pertinent d'élaborer davantage sur cette maladie. Sachez toutefois que les médicaments antipaludéens efficaces sont distribués en cas de besoin, grâce à l'appui du Programme d'accès spécial de Santé Canada¹.

1. Le VIH/sida

D'entrée de jeu, il est possible d'affirmer que la situation globale au Québec en matière de soins

contre le VIH/sida a évolué considérablement au cours des dernières décennies, comme ce fut le cas ailleurs dans le monde. Après l'épidémie de cas observée dans les années 1980, on remarque une diminution des cas dépistés dans les années 1990. Depuis le début des années 2000, période pour laquelle nous disposons de statistiques plus complètes, une tendance à la baisse du nombre de nouveaux diagnostics, toutes catégories d'âge et de sexe confondues, est observée².

Des statistiques

Depuis 2002, année où le VIH est devenu une maladie à déclaration obligatoire, le Québec a mis en place un système de surveillance de l'infection par ce virus. En effet, en vertu du

Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique, tout médecin qui diagnostique chez une personne le syndrome d'immunodéficience acquise doit faire parvenir à la personne désignée par le directeur national de santé publique, à des fins de surveillance continue de l'état de santé de la population, les renseignements pertinents concernant cette personne.

On a dénombré un total de 8 734 cas d'infection par le VIH de 2002 à 2014, dont plus des trois quarts touchent des hommes. En tout, 522 infections par le VIH ont été enregistrées en 2014, dont 278 nouveaux diagnostics³. Les laboratoires en immunovirologie ont réalisé un peu plus de 329 000 tests de détection des anticorps contre le VIH pour cette même année.

En raison de plusieurs contraintes liées à la collecte des données, notamment le manque d'information antérieure à 2002, il est impossible d'avoir une mesure précise du nombre de personnes vivant actuellement avec le virus au Québec. L'Agence de santé publique du Canada estime toutefois qu'environ 19 870 personnes seraient infectées par le VIH au Québec en 2014⁴. Selon les études les plus récentes, le virus se transmet encore activement au Québec, surtout parmi les jeunes hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

On estime le nombre de décès pour cause de sida entre 1985 et 2007 à 5 500 personnes, dont 4 847 de sexe masculin et 653 de sexe féminin. Une importante baisse et stabilisation des décès pour cause de sida à partir de 1995 se présente en raison de meilleurs traitements dans les

protocoles de prise en charge des personnes vivant avec le sida⁵.

Des défis, des stratégies et des services

Les orientations gouvernementales sont présentées dans la Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le virus de l'hépatite C et les infections transmissibles sexuellement.

Les besoins de soutien social sont particuliers et les services de santé sont adaptés aux personnes issues des groupes les plus touchés au Québec, les homosexuels et les utilisateurs de drogues intraveineuses. Pour ces groupes qui sont fréquemment victimes de discrimination et de stigmatisation, il existe des services de

dépistage, de vaccination et de traitements des infections transmissibles sexuellement et par le sang dans les centres de santé et de services sociaux et les organismes communautaires.

Hormis des services mieux adaptés aux personnes, le Québec dispose d'une capacité améliorée de mener à terme des partenariats pour aider, soutenir et traiter les personnes infectées.

Une combinaison de stratégies a été mise en place pour prévenir les infections au VIH/sida. Les plus structurantes sont:

- Promouvoir l'adoption de comportements sécuritaires pour limiter les pratiques sexuelles à risque, notamment chez les hommes homosexuels;

- Mettre en place des moyens spécifiques pour limiter les infections chez les usagers de drogue par intraveineuse⁶;
- Favoriser le dépistage précoce chez les autochtones et les nouveaux arrivants des communautés culturelles⁷;
- Mettre en place des mesures particulières visant les femmes afin d'éviter une lente féminisation du problème;
- Soutenir les personnes aux prises avec le VIH/sida par l'entremise de plusieurs organismes communautaires comme des organisations de travailleurs de rue, des groupes d'entraide.

En somme, l'objectif commun vise le renforcement de comportements préventifs et sécuritaires pour éviter une recrudescence des infections transmissibles sexuellement et par le sang.

2. Au sujet de la tuberculose⁸

Selon le cadre législatif, la tuberculose est une maladie à traitement obligatoire en vertu de du Règlement d'application de la Loi sur la santé publique. Les médecins ont l'obligation de déclarer ces situations à l'intention du directeur de la santé publique.

Au Québec, le nombre de cas de tuberculose et l'incidence de cette maladie ont diminué,

passant de 229 situations déclarées en 2007 à 206 cas en 2013⁹. Cela touche aussi bien les Canadiens de naissance non autochtones que les immigrants.

De 2008 à 2011, 12 régions sociosanitaires sur 18 ont enregistré des taux d'incidence annuels moyens inférieurs à deux cas pour 100 000 habitants. Pour 13 régions, on note en moyenne moins de cinq déclarations de cas par année. Ces données révèlent le défi pour les milieux médicaux et les équipes de santé publique de maintenir l'expertise clinique afin que les rares cas de tuberculose soient diagnostiqués sans délai et que les personnes atteintes de cette maladie reçoivent des soins. Même si les régions de Montréal, de la Montérégie et de Laval enregistrent 71,5 % des cas du territoire québécois, le Nunavik détient le

taux d'incidence le plus élevé, avec 159,3 situations par 100 000 habitants. En effet, la tuberculose atteint des taux disproportionnés au sein des membres des Premières nations et des Inuits, notamment au sein de la communauté montréalaise. Selon les études effectuées par des chercheurs de l'Université McGill en 2010, avec près de 18 %, la prévalence de tuberculose-infection latente est très élevée parmi les Autochtones, comparativement à 4,3 % dans le reste de la population¹⁰.

Depuis 2003, la région métropolitaine de Montréal a connu une recrudescence de cas de tuberculose, soit 33 cas répertoriés depuis le début de l'année 2016. Des facteurs de risque comme l'alcoolisme, la toxicomanie, la fréquentation de piqueries, la prostitution,

l'itinérance, des antécédents d'incarcération ou une infection par le VIH ou le virus de l'hépatite C sont présents dans 27 cas. À Montréal, la transmission de la tuberculose semble liée à la fréquentation de divers lieux de consommation de drogues¹¹.

Parmi les interventions en santé dans la région montréalaise, les demandeurs de résidence permanente au Canada chez qui on détecte une tuberculose pulmonaire inactive peuvent bénéficier d'un traitement préventif, si leur situation le requiert. Des services de dépistage sont également disponibles pour les immigrants qui ne sont pas visés par le Programme de surveillance médicale de Citoyenneté et Immigration Canada. Ce programme s'adresse plus particulièrement aux enfants et aux jeunes de moins de 20 ans, aux réfugiés de 20 à

50 ans et aux immigrants en provenance de pays où les cas de tuberculose s'avèrent élevés.

* * *

Pour terminer, il faut reconnaître que des progrès impressionnants ont été accomplis au cours des dernières décennies concernant des enjeux de santé publique, notamment la situation épidémique de certaines maladies. Toutefois, des défis importants demeurent. Nous disposons de leviers pour éliminer ces maladies. D'ailleurs, comme vous le savez, mettre fin au sida à l'horizon 2030 est une composante à part entière des Objectifs de développement durable (ODD) unanimement adoptés par les États membres des Nations Unies en 2015.

La cinquième conférence trisannuelle des donateurs du Fonds mondial de lutte contre le

sida s'est tenue à Montréal, les 16 et 17 septembre derniers. Les différents acteurs présents ont dégagé une forte volonté à financer les traitements et venir à bout du sida, de la tuberculose et du paludisme d'ici 2030, ce qui fait planer un vent d'optimisme pour les décennies à venir. D'ailleurs, M. Ban Ki-moon, le Secrétaire général des Nations Unies, M. Bill Gates et plusieurs chefs d'État et de gouvernement, ont uni leur voix pour éradiquer ces maladies. Les orateurs se sont succédés pour réaffirmer les idéaux qui avaient conduit à la création du Fonds mondial en 2002. Les thèmes principaux abordés dans le cadre de cette conférence ont été la nécessité de travailler au-delà les frontières, d'autonomiser les femmes et les filles et de lever les obstacles qui empêchent les gens d'accéder à des soins de santé vitaux. Les donateurs ont promis de

contribuer à plus de 12,9 milliards de dollars US pour les trois prochaines années, ce qui confirme un engagement extraordinaire de la communauté internationale.

C'est pour moi un plaisir d'avoir eu l'occasion de présenter les enjeux et actions du Québec en matière de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, par l'entremise de (nom à venir). Je vous remercie de votre attention.

¹ Site de l'Agence de santé publique du Canada. <http://www.phac-aspc.gc.ca/tmp-pmv/quinine/index-fra.php>

² Institut national de santé publique du Québec, *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec, Rapport annuel 2014, 2015*, p. 16; Rapports annuels 2002-2012, 2013, p. 7. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2066_programme_surveillance_vih.pdf

³ Un nouveau diagnostic correspond à un test positif alors que la personne n'avait aucun antécédent de test de dépistage ou que tous les tests antérieurs étaient négatifs. Sur le total de 522 cas, il avait par ailleurs 228 anciens diagnostics ont été enregistrés en 2014 (pour différentes raisons les tests antérieurs n'avaient pas donné lieu à un enregistrement) et 16 cas pour lesquels on ne peut préciser s'il s'agit d'un ancien ou d'un nouveau diagnostic.

⁴ Institut national de santé publique du Québec, *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : année 2014 (et projections 2015)*, novembre 2015, p. 67. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2067_portrait_infections_sexuellement_sang.pdf

⁵ Institut national de santé publique du Québec, *Rapport intégré : épidémiologie des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec, 2012*, p. 130. http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1522_RappIntegreEpidemiolTSSQc.pdf

⁶ On pense en particulier ici aux actions portant sur l'utilisation de matériel d'injection sécuritaire.

⁷ Ces nouveaux arrivants provenant parfois de pays où le VIH constitue un problème endémique ou n'ayant pas eu accès à des tests de dépistage dans leur pays d'origine.

⁸ La majorité de l'information de cette section provient de : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Paul Rivest, *Épidémiologie de la tuberculose au Québec de 2008 à 2011*, 2014, 56 p.

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-266-01W.pdf>

⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Vigie et surveillance des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse : rapport annuel 2014*, 2015, 14 p.

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-268-03W.pdf>

¹⁰ Université McGill, *Taux élevé de tuberculose parmi les Autochtones montréalais*, 2010, <https://www.mcgill.ca/channels/fr/news/taux-%C3%A9lev%C3%A9-de-tuberculose-parmi-les-autochtones-montr%C3%A9alais-115747>

¹¹ Site de la Direction de la santé publique de Montréal.

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/infections_et_intoxications/thematiques/tuberculose/problematique.html