

Jeunes de la rue et accès au traitement

Sur le seuil

DOSSIER

Cet article, qui porte sur l'accessibilité au traitement de l'hépatite C pour les jeunes de la rue à Montréal, a été produit à l'issue d'un stage de maîtrise en travail social réalisé à la Clinique des jeunes de la rue du CSSS Jeanne-Mance en 2008. Le contexte a changé ces dernières années en raison de l'apparition de nouveaux facteurs tels que l'ajout d'équipes multidisciplinaires spécialisées en hépatite C en milieu hospitalier et en



Chris J.L. 2009, Certains droits réservés

CLSC, l'arrivée de nouveaux traitements plus efficaces, l'assouplissement des critères d'accessibilités et l'augmentation du nombre de médecins traitants, entraînant une augmentation de l'offre de services proposés pour le traitement et le dépistage des ITSS.

Les stratégies d'action visant à redonner aux usagers de drogues les plus marginalisés, l'accès aux biens et services collectifs auxquels ils aspirent, sans que des conditions préalables ou des contreparties soient exigées sont appelées à « bas-seuil » d'exigence (Jacob, 1997). On peut donc parler de structures, d'espaces ou de stratégies « haut seuil » et « bas-seuil ».

Souvent utilisées dans le domaine de la toxicomanie, comme dans les programmes de mé-

Marie-Lou Dumont

Extraits du mémoire de maîtrise réalisé à l'UQAM

Travailleuse sociale
CSSS Jeanne-Mance

DOSSIER

« *Les intervenants ont à faire un travail politique en amont avec le réseau de la santé et les institutions pour qu'ils assouplissent leurs conditions d'accès.* »

thadone et d'échange de seringues, les structures « bas-seuil d'exigence » réduisent autant que possible les conditions d'accessibilité aux services, dans l'objectif d'une plus grande inclusion des personnes et d'une réduction des méfaits.¹

La *Clinique des jeunes de la rue*, reliée au CSSS *Jeanne-Mance*, est considérée à bas-seuil puisqu'il y a peu de critères d'admissibilité. Par exemple, les jeunes peuvent venir consulter sans rendez-vous et sont accueillis même s'ils ne possèdent pas de carte d'assurance-maladie. Ils peuvent consulter un professionnel en état d'intoxication, les seules règles étant l'interdiction de consommer à l'intérieur de la clinique et le respect du personnel et des lieux. Il est ainsi plus facile pour ces jeunes d'accéder à ces services de santé plutôt qu'à ceux qui présupposent de l'attente et la prise de rendez-vous. Comme la *Clinique des jeunes de la rue* est un service de première ligne, il n'y a pas de médecin traitant l'hépatite C et, dès lors, les jeunes doivent être référés aux services de troisième ligne pour le traitement. Or, c'est souvent là que le bât blesse, car ces services impliquent des rendez-vous précis, de longues listes d'attente et, bien souvent, la sobriété.

Ainsi, les intervenants ont à faire un travail politique en amont dans le réseau de la santé et les institutions pour qu'ils assouplissent leurs conditions d'accès et comprennent la dynamique et les réalités vécues par les jeunes de la rue. Comme le soulignent les recommandations de l'Institut national de santé publique (Noël, Laforest et Allard, 2007) à propos de l'accès au suivi et au traitement pour les personnes atteintes de l'hépatite C (VHC) au Québec, il faut assurer un meilleur accès aux ressources pour ces clientèles et ce, en associant plusieurs organismes dans le suivi médical et le traitement. Pour ce faire, l'intégration des services peut se révéler une solution appropriée lorsque chaque acteur ne possède pas toute l'expertise nécessaire permettant d'assurer une réponse adéquate.

Contourner

Actuellement, le système de santé québécois



Chris J., 2011. Certains droits réservés

ne réussit pas à répondre adéquatement à la demande des personnes atteintes de l'hépatite C, dont le nombre s'accroît chaque année (Noël, Laforest et Allard, 2007). D'une part, les clientèles vivent des situations complexes difficilement compatibles avec les exigences de traitement et, d'autre part, le personnel médical n'est pas en mesure de répondre à l'ensemble des besoins de ces personnes. De plus, alors que le dépistage se fait la plupart du temps en CLSC, le traitement se fait plutôt à l'hôpital.

En 2003, d'après le rapport sur la stratégie canadienne pour contrer l'hépatite C, le Canada comptait environ 300 médecins capables de soigner les personnes vivant avec le VHC, ceci incluant les spécialistes des maladies infectieuses, les internistes, les gastro-entérologues, les médecins de famille et les hépatologues

(Centre canadien d'information sur l'hépatite C, 2005). Selon ce rapport, si toutes les personnes vivant avec ce virus au Canada étaient diagnostiquées et dirigées vers des services appropriés, les spécialistes disponibles seraient complètement débordés.

Devant la progression annuelle du nombre de cas d'hépatite C au Canada (5000 nouveaux cas par année d'après le Centre canadien d'information sur l'hépatite C, 2005), la sensibilisation des médecins à cette problématique et, de manière plus large, le nombre de médecins pouvant traiter cette maladie deviennent des enjeux majeurs. Pour contourner le manque de médecins, les intervenants de la *Clinique des jeunes de la rue* ont référé les jeunes qui souhaitaient entreprendre le traitement à un jeune médecin qui débutait sa pratique et qui n'avait pas encore de liste d'attente, ce qui a été très apprécié de leur part.

Empêcher

Le manque de ressources financières peut également constituer un obstacle au traitement, car le coût de ce dernier est très élevé (environ 20 000\$). Pour les personnes possédant une assurance privée ou étant éligibles au Régime public d'assurance-médicaments du Québec, les coûts reliés aux médicaments sont couverts. Cependant, comme le peg-interféron et la ribavirine sont considérés comme des médicaments d'exception, le médecin doit remplir un formulaire spécial pour que les assurances les prennent en charge. Les personnes qui sont prestataires de l'assistance-emploi (aide sociale) ou qui ne sont pas couvertes par une assurance privée peuvent avoir accès au régime public. Ainsi, en théorie, la situation des jeunes de la rue qui sont bénéficiaires de l'aide sociale ne devrait pas constituer un obstacle à leur traitement. Par contre, pour les mineurs ou les jeunes qui n'ont pas d'aide sociale, la situation se corse.

Ainsi, les mineurs souhaitant entreprendre un traitement du VHC doivent compter sur les assurances de leurs parents, que le régime de santé soit privé ou public. Compte tenu des situations familiales complexes vécues par les jeunes de la rue, cela peut représenter un obs-

tacle pour eux. En effet, certains ne souhaitent pas dire à leurs parents qu'ils ont contracté le VHC, et ce, pour différentes raisons, dont la peur de leur avouer qu'ils ont consommé des drogues. Chez les jeunes suivis à la clinique, c'est le cas de Julie, âgée de 17 ans, qui a préféré attendre sa majorité avant de débiter son traitement car elle ne voulait pas dire à ses parents qu'elle avait rechuté et qu'elle avait contracté l'hépatite C. Par ailleurs, les personnes ne souhaitant pas avoir recours à l'aide sociale ou n'y ayant pas accès, mais étant tout de même inscrites au régime d'assurance publique, doivent payer une franchise à chaque fois qu'elles vont acheter leurs médicaments. Ce montant peut représenter une somme importante pour ceux qui travaillent au salaire minimum ou qui vivent des métiers de la rue (quête, *squeegee* ou travail du sexe) et, par conséquent, les empêcher de se faire traiter. Dans certains cas, les compagnies pharmaceutiques offrant le traitement défraient les coûts des franchises ou du traitement au complet, mais ce sont alors des ententes d'exception. En somme, le coût du traitement ne devrait pas être un obstacle à l'accessibilité de celui-ci, car le régime d'assurance publique défraie les coûts lui étant reliés et le système de sécurité sociale pallie le reste du montant. Cependant, le problème peut se poser pour les mineurs ou les travailleurs à faibles revenus.

Soutenir

Face aux obstacles à l'accessibilité au traitement, certaines pistes d'intervention paraissent importantes pour élaborer les interventions sociales. D'abord, il est souhaitable, mais non obligatoire, de régler les problèmes de toxicomanie avant de débiter un traitement. En ce sens, la référence vers les centres de réadaptation en toxicomanie, les maisons de thérapie et les centres de désintoxication est particulièrement utile. Pour les personnes ne désirant pas arrêter de consommer des drogues, les interventions peuvent être axées vers l'éducation sur les modes de propagation des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) et vers l'adoption de comportements sécuritaires dans une optique de réduction des méfaits. Bien que les lignes directrices pour le traitement de l'hépatite C mentionnent que les personnes qui font usage de drogues ne devraient pas être exclues du traitement, la clinique n'a pas encore rencontré de médecin qui accepte de traiter les personnes qui consomment. À ce sujet, il reste du travail à faire pour assouplir les conditions d'accès et démystifier la réalité vécue par les jeunes de la rue chez ces professionnels de la santé.

Une des conditions particulièrement influentes pour réussir le traitement est de pouvoir compter sur un réseau de soutien naturel et profes-

sionnel. Comme ce traitement est éprouvant, la personne a besoin de soutien moral et d'aide pour pouvoir alléger les aléas de la vie quotidienne (comme préparer des repas ou faire les courses). Ainsi, lorsque les jeunes disposent de peu de ressources dans leur milieu, il est important d'évaluer leur situation et de mettre en place des moyens pouvant permettre la création d'un réseau social. En ce sens, il est bénéfique de les référer vers des groupes de soutien comme le *Centre d'Aide pour les Personnes Atteintes d'Hépatite C* (CAPAHC), d'encourager la participation à des activités offertes par certains groupes communautaires et de favoriser la reprise de contact avec la famille lorsque cela est possible. Loin de pouvoir suppléer au réseau de soutien naturel, l'aide professionnelle doit permettre de cibler les changements à apporter et offrir des solutions individualisées aux problèmes rencontrés. De plus, s'attarder aux désirs des jeunes concernant leurs projets d'avenir, en revisitant leur passé et les raisons qui les ont poussés vers le mode de vie à la rue, leur permet de mieux comprendre leur situation, de lui donner un sens et, possiblement, de penser leur futur. Il ne faut pas pour autant minimiser la motivation intrinsèque de l'individu, qui est souvent ce qui lui permettra de se rendre au bout du traitement.

L'apport des équipes multidisciplinaires est indéniable dans l'accessibilité au traitement et le suivi des personnes infectées par le VHC. Ces équipes permettent d'offrir une gamme de services dans l'optique d'une vision commune, ce qui évite le clivage et le dédoublement des interventions. Bien qu'il n'y ait pas de médecin traitant le VHC à la *Clinique des jeunes de la rue*, nous avons pu constater les bienfaits d'une travailleuse sociale qui joue un rôle d'« intervenante-pivot » dans l'élaboration d'un plan d'intervention. Celle-ci peut en effet avoir une vue d'ensemble de la situation et mettre en place les services nécessaires. De plus, elle peut s'attarder aux besoins socio-économiques de base, comme le logement et le revenu, qui sont deux conditions essentielles pour pouvoir suivre un traitement. Par ailleurs, la travailleuse sociale doit également avoir une marge

de manœuvre pour mettre en place des solutions adaptées à chaque personne et bien connaître les différents acteurs du milieu socio-sanitaire afin de faire des références personnalisées.

Pouvoir

Ces constats démontrent que l'accessibilité au traitement du VHC pour les jeunes de la rue est une question complexe. Cependant, il y a de l'espoir, car plusieurs obstacles peuvent être contournés à l'aide d'un suivi psychosocial. Du travail reste à faire pour optimiser la prise en charge des jeunes, notamment sur le partage d'une philosophie d'intervention commune entre les acteurs impliqués auprès d'eux. Par ailleurs, il est important d'offrir le traitement au moment où les jeunes sont motivés pour l'entreprendre, car, à l'instar du dépistage ITSS, ce moment constitue une prise de pouvoir sur leur

vie. Dans la mesure où les jeunes de la rue ont tendance à vivre dans le « ici et maintenant » et que le traitement a plus de chances de réussir lorsqu'il est pris tôt, il est important de saisir ce « momentum » pour les mobiliser et maximiser leurs chances de guérison.

Note

1 : Cette définition est celle utilisée par la *Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies*, disponible sur le site internet suivant : <http://www.drogues.gouv.fr/lexique122.html>

Centre canadien d'information sur l'hépatite C (2005). *Vers une réponse à l'épidémie, recommandations pour une stratégie canadienne sur l'hépatite C*, Ottawa, Société canadienne de l'hémophilie.
Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2005). *Infection au virus de l'hépatite C (VHC) et consommation de drogues illicites*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
Noël, L., Laforest, J. et P.-R. Allard (2007). *L'accès au suivi et au traitement pour les personnes atteintes de l'hépatite C au Québec*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.



Bethan, 2010. Certains droits réservés