



formation



formation



recherche



opération
internationale



UN PORTRAIT DES SERVICES INTÉGRÉS DE
DÉPISTAGE ET DE PRÉVENTION DES INFECTIONS
TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG
(SIDEP) 2004-2005

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

UN PORTRAIT DES SERVICES INTÉGRÉS DE
DÉPISTAGE ET DE PRÉVENTION DES INFECTIONS
TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG
(SIDEP) 2004-2005

DIRECTION DES RISQUES BIOLOGIQUES, ENVIRONNEMENTAUX ET OCCUPATIONNELS
ET DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE LA CAPITALE-NATIONALE

DÉCEMBRE 2006

AUTEURS

Monique Imbleau
Infections transmissibles sexuellement et par le sang
Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels
Institut national de santé publique du Québec

Claude Rossi
Direction de santé publique de la Capitale-Nationale
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

AVEC LA COLLABORATION DE

Andrée Laberge
Direction de santé publique de la Capitale-Nationale
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Josée Morisset
Direction de la planification, recherche et innovation
Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGE

Hélène Fillion
Infections transmissibles sexuellement et par le sang
Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels
Institut national de santé publique du Québec

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

CONCEPTION GRAPHIQUE
MARIE PIER ROY

DÉPÔT LÉGAL – 1^{er} TRIMESTRE 2007
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN 13 : 978-2-550-49317-4 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN 13 : 978-2-550-49318-1 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2007)

REMERCIEMENTS

Cette recherche de type qualitatif a mobilisé de nombreuses personnes. Je veux remercier les responsables régionaux du dossier SIDEP qui nous ont fourni de la documentation sur leurs services, qui ont cherché l'information demandée et qui nous ont accordé un entretien téléphonique. Je tiens aussi à remercier les infirmiers et infirmières ainsi que les intervenants et intervenantes des organismes communautaires qui ont accepté de nous raconter leurs façons de faire du travail de proximité auprès des personnes vulnérables aux ITSS.

Enfin, je remercie Gilles Lambert pour ses commentaires sur le texte ainsi que les membres du Comité directeur sur l'évaluation de la Stratégie de lutte contre le VIH, le VHC et les ITS qui m'ont offert une tribune pour valider des hypothèses.

Monique Imbleau

RÉSUMÉ

En réponse à une demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) de suivre l'activité « organisation des SIDEP » du *Programme national de santé publique*, depuis la parution des orientations en la matière (2001), la présente étude trace un portrait d'ensemble de l'« organisation des SIDEP », 2004-2005, à l'échelle du Québec.

La problématique

L'« organisation des SIDEP » repose sur la transformation des services de dépistage anonyme du VIH en des services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (SIDEP) visant à rejoindre les populations vulnérables aux ITSS. Les orientations du MSSS sont larges de manière à permettre l'adaptation des SIDEP aux réalités régionales. Tour à tour, les acteurs des paliers régional et local les interprètent et les ajustent en fonction des ressources, des exigences et des contraintes relatives aux différents contextes. L'objet SIDEP se transforme. D'autre part, les changements souhaitables sont importants, dont l'offre ciblant les populations vulnérables dans leur milieu qui est plus complexe et plus difficile à réaliser que ne l'est le dépistage en CLSC. Des conditions dans l'environnement, comme le manque de reconnaissance de ce travail, le sous-développement des connaissances dans ce secteur, la rareté des ressources de première ligne et l'absence de crédits supplémentaires pour les SIDEP, pourraient ne pas favoriser l'intervention hors CLSC au profit de celle en CLSC qui répond aux demandes de dépistage de personnes à faible risque. À ces différents enjeux, s'ajoute celui rattaché à la transformation du réseau et à l'élaboration des projets cliniques dans lesquels les SIDEP ont à prendre place.

L'étude rend compte de la « diversité de formules » prévue dans ces orientations et de l'état d'implantation des SIDEP, examine plus attentivement l'intervention hors CSSS (CLSC) auprès des populations vulnérables et propose des pistes en soutien à la mise en œuvre de ces services. L'approche qualitative est privilégiée. Les sources d'information sont documentaires et de première main auprès des responsables régionaux des SIDEP ainsi que d'infirmières et d'intervenants impliqués dans l'intervention hors CLSC.

Les résultats

Les principaux résultats font voir une diversité dans la conception et dans l'« organisation des SIDEP ». Les réalités régionales sont différentes quant à l'ampleur des ITSS sur leur territoire, à la concentration ou à la dispersion des populations vulnérables aux ITSS, à la concentration de la population en général, à l'existence plus ou moins importante de zones urbaines, à l'étendue du territoire ainsi qu'aux ressources financières et humaines allouées. Quatorze régions sur dix-huit possèdent au moins un SIDEP organisé ou en organisation sur leur territoire en 2004-2005.

Trois modèles régionaux d'organisation ressortent : 1) un ou deux SIDEP; 2) de multiples SIDEP, dont ceux de Montréal qui ont des mandats dédiés à des populations vulnérables précises; 3) de multiples services moins différenciés dans le CLSC et répartis sur le territoire. Tous les services de dépistage anonyme du VIH ne sont pas devenus des SIDEP, au moins trente-neuf d'entre eux le sont devenus.

La plupart des SIDEP font une réelle intégration du dépistage des ITSS en CLSC et le panier de services défini par le Groupe de travail est offert quasi complètement. Cet aspect s'inscrit bien dans la mission des CLSC et des pratiques cliniques préventives. Quant aux interventions hors CLSC, douze des dix-huit régions en réalisent avec plus ou moins d'ampleur. L'organisation est très dépendante des contextes et requiert une bonne connaissance du territoire et des populations vulnérables qui s'y trouvent. S'il y a une nette évolution dans l'organisation des SIDEP, depuis la parution des orientations, l'intervention hors CLSC mérite d'être davantage travaillée, organisée et reconnue.

Des spécificités de la pratique sont mises en évidence selon les lieux d'intervention et les populations touchées. Les établissements à vocation sociale offrent un cadre plus près du CLSC que les établissements commerciaux ou l'espace public et facilitent l'intervention. La participation de l'infirmière ou de l'intervenant aux activités récréatives est une manière d'appivoiser les habitués. Une présence assez régulière dans les établissements, une intervention bien préparée et un appui de l'organisme sont des gages de succès. Dans les établissements commerciaux, tels que les saunas fréquentés par les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et les lieux du travail du sexe, l'intervention est plus complexe et plus délicate. L'intervenant communautaire devient l'intermédiaire entre l'infirmière et les tenanciers; il a souvent des entrées dans ces milieux et en connaît la culture. Chaque lieu impose ses règles et l'offre de services varie afin de répondre aux besoins et aux possibilités. Enfin, dans les autres lieux comme les appartements, les parcs, la rue et les piqueries, l'organisation de l'intervention est parsemée d'incertitudes. Les contacts et les liens de confiance sont souvent à refaire, les milieux sont très instables. Quoi qu'il en soit, des infirmières et des intervenants ont développé des expertises et des savoir-faire dans différents lieux et auprès de diverses populations vulnérables qui pourraient être mis à profit.

Des perspectives de consolidation

Par ailleurs, l'étude montre que l'« organisation des SIDEP » dépend en grande partie des contextes et qu'il y a effectivement une « diversité de formules ». Bien qu'on ait tendance à en parler seulement en termes de dépistage des ITSS et à les représenter surtout dans leur intervention en CLSC, les SIDEP constituent aussi une mesure de prévention pour les populations vulnérables. Les SIDEP reposent sur les acteurs des différents paliers qui les façonnent. Dans une perspective de consolider ces services, compte tenu qu'ils sont de petits dossiers dans les CSSS et qu'ils sont fragiles, il convient de favoriser une approche plus pragmatique que normative du dossier, portée par des processus, qui réunissent les acteurs aux différents paliers en vue de partager une compréhension commune du dossier. Il faudrait participer à définir plus précisément les SIDEP sur le terrain des régions, déterminer des objectifs généraux de développement, traduire la notion de populations vulnérables sous l'angle des réalités régionales et des projets cliniques, documenter l'offre de services ciblant les populations vulnérables dans leur milieu, soutenir le transfert des connaissances dans ce domaine et reconnaître ces pratiques. Enfin, il y aurait lieu de discuter la question du dépistage des ITSS auprès des personnes vulnérables afin de lever des ambiguïtés et de résoudre des controverses. S'il faut maintenir de grandes orientations pour assurer une direction et une cohérence aux SIDEP et pour garder le cap de la lutte aux ITSS, il faut aussi intégrer les réalités des régions et mobiliser les acteurs.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	IX
LISTE DES FIGURES.....	XI
LISTE DES SIGLES	XIII
INTRODUCTION	1
1 PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1 LE CONTEXTE.....	3
1.1.1 La structure initiale.....	3
1.1.2 L'évolution	3
1.1.3 Des considérations.....	4
1.2 LES ORIENTATIONS DU MSSS	5
1.2.1 La définition des SIDEPS.....	5
1.2.2 L'application	6
1.2.3 Le soutien	6
1.3 LES CARACTÉRISTIQUES DE L'OBJET	7
1.4 LES ENJEUX D'ORGANISATION.....	8
1.4.1 Des changements plus faciles que d'autres	8
1.4.2 Des connaissances moins développées et des savoirs moins reconnus	9
1.4.3 Des orientations larges dans un contexte de rareté des ressources.....	10
1.4.4 La transformation du réseau	10
1.5 LES QUESTIONS ET LES OBJECTIFS	11
2 LA MÉTHODE	13
2.1 LE CHOIX DES INFORMATEURS	13
2.2 LA COLLECTE DES DONNÉES	14
2.2.1 Auprès des responsables des SIDEPS.....	14
2.2.2 Auprès d'infirmières et d'intervenants.....	15
2.3 LES STRATÉGIES D'ANALYSE	15
3 LES PRINCIPAUX RÉSULTATS.....	17
3.1 LES DONNÉES	17
3.1.1 Des données manquantes.....	17
3.1.2 Des données équivoques	17
3.2 LES CARACTÉRISTIQUES DES RÉGIONS ET LES RESSOURCES.....	18
3.2.1 Les caractéristiques démographiques et épidémiologiques.....	18
3.2.2 Les ressources financières	20
3.2.3 Les ressources humaines	20

3.3	UNE VUE D'ENSEMBLE DES SIDEP	22
3.3.1	L'état d'organisation.....	22
3.3.2	Les modèles d'organisation	24
3.4	LES SERVICES EN CSSS (CLSC)	26
3.4.1	Les services en dépistage et en prévention	26
3.4.2	Les mesures d'accès	26
3.4.3	Le suivi médical et psychosocial	27
3.5	LES SERVICES ET LA PRATIQUE HORS CSSS (CLSC)	27
3.5.1	L'importance relative des pratiques hors CSSS (CLSC).....	27
3.5.2	Les lieux d'intervention	28
3.5.3	Les populations vulnérables touchées	28
3.5.4	La nature des services offerts hors CSSS (CLSC).....	30
3.5.5	Les collaborations développées pour offrir les services	30
3.6	LES DIFFICULTÉS D'ORGANISATION ET DE PRESTATION DES SERVICES	31
3.6.1	Les conséquences de la transformation du réseau	31
3.6.2	L'accès aux ressources et aux services médicaux	31
3.6.3	L'intervention hors CSSS (CLSC)	31
3.6.4	L'isolement du personnel	32
3.7	LES PARTICULARITÉS DE LA PRATIQUE HORS CSSS (CLSC)	32
3.7.1	Les établissements à vocation sociale.....	32
3.7.2	Les établissements commerciaux	33
3.7.3	Les autres lieux : appartements, parcs, rues, piqueries	34
4	DISCUSSION	37
4.1	LES LIMITES DE L'ÉTUDE.....	37
4.2	LE PORTRAIT DES SIDEP 2004-2005	38
4.2.1	Les distinctions dans la conception des SIDEP.....	38
4.2.2	L'intégration des ITS et des hépatites au dépistage du VIH : un même panier de services.....	38
4.2.3	L'offre ciblant les populations vulnérables hors du CSSS (CLSC) : une autre réalité d'une grande diversité	39
4.3	UNE APPRÉCIATION DE L'ÉTAT D'ORGANISATION DES SIDEP.....	40
4.4	DES PERSPECTIVES DE CONSOLIDATION	41
4.4.1	La complémentarité des SIDEP.....	41
4.4.2	La spécificité des SIDEP	42
4.4.3	L'organisation des SIDEP	42
4.5	DU SOUTIEN NÉCESSAIRE À L'IMPLANTATION : DES PISTES	43
4.5.1	Une approche plus pragmatique que normative	44
4.5.2	Une compréhension commune à partager.....	45
4.5.3	Le dépistage des ITSS auprès des personnes vulnérables : une question à discuter	46

CONCLUSION	47
BIBLIOGRAPHIE	49
ANNEXE 1 : SCHEMA DE L'ENTRETIEN TELEPHONIQUE AVEC LES RESPONSABLES DES SIDEP DES DIFFERENTES REGIONS	53
ANNEXE 2 : SCHEMA DE L'ENTRETIEN INDIVIDUEL EN PERSONNE AVEC LES INFIRMIERES DES SIDEP	57
ANNEXE 3 : SCHEMA DE L'ENTRETIEN INDIVIDUEL EN PERSONNE AVEC LES INTERVENANTS D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES CONCERNES PAR LES SIDEP	61
ANNEXE 4 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	65
ANNEXE 5 : SIDEP : SERVICES OFFERTS EN CSSS (CLSC), TEMPS CONSACRE ET MODALITES DE L'OFFRE, SELON LES REGIONS 2004-2005	69
ANNEXE 6 : SIDEP : INTERVENTIONS HORS CSSS (CLSC) : LIEUX, POPULATIONS TOUCHÉES, SERVICES OFFERTS, TEMPS CONSACRE, SELON LES REGIONS, 2004-2005	73
ANNEXE 7 : LISTE DES RESPONSABLES DES SIDEP AYANT RÉPONDU À L'ENQUÊTE 2004-2005	79

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Nombre total d'habitants, proportion d'habitants, nombre d'habitants au kilomètre ² et proportion des cas déclarés d'infection par le VIH et d'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> selon les régions, 2004-2005	19
Tableau 2 :	Crédits régionaux et personnel équivalent temps complet (ETC) consacrés aux SIDEP, nombre de CSSS et nombre de SIDEP ou services de dépistage anonyme du VIH (SDA), selon les régions, 2004-2005.....	21
Tableau 3 :	Lieux d'intervention	28
Tableau 4 :	Populations vulnérables touchées selon les régions.....	29
Tableau 5 :	SIDEP : services offerts en CSSS (CLSC), temps consacré et mesures d'accès, selon les régions, 2004-2005.....	71
Tableau 6 :	SIDEP : interventions hors CSSS (CLSC) : lieux, populations touchées, services offerts, temps consacré, selon les régions, 2004-2005	75

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Organisation des SIDEP.....	7
Figure 2 : Deux types de services.....	9
Figure 3 : Un ou deux SIDEP ou sites de dépistage par rapport au nombre de CSSS.....	24
Figure 4 : De multiples SIDEP ou sites de dépistage.....	25
Figure 5 : De multiples services moins différenciés.....	25

LISTE DES SIGLES

CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CDC	<i>Centers for Disease Control</i>
ETC	Équivalent temps complet
HARSAH	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPPAP	Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires
ITS	Infection transmissible sexuellement
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
MTS	Maladie transmissible sexuellement
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAL	Plan d'action local
PNSP	Programme national de santé publique
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
SDA	Service de dépistage anonyme
SIDEP	Service intégré de dépistage et de prévention du VIH, des ITS et des hépatites virales
SLITSS	Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang
UDI	Utilisateur de drogues par injection
VHS	Virus de l'herpès simplex
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VHC	Virus de l'hépatite C
VPH	Virus du papillome humain

INTRODUCTION

En 2001, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) rend publiques des orientations concernant la réorganisation des services de dépistage anonyme du VIH. Ces orientations s'intitulent, « *Le dépistage anonyme du VIH : vers des services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales* ». Le *Programme national de santé publique* (PNSP) (MSSS, 2003) retient ce dossier au nombre de ses activités, sous le libellé : « organisation des services intégrés de dépistage et de prévention du VIH, des ITS et des hépatites virales (SIDEP) ». La nouvelle *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement* (MSSS, 2004) emboîte le pas et inscrit les SIDEP comme une priorité d'action.

En 2003, la Direction de la santé publique de Montréal publie un Bilan 1999-2002 (Lambert et Sissoko, 2003) des activités des équipes de prévention et de dépistage des CLSC désignés de Montréal. En 2004, paraît une étude de faisabilité portant sur l'évaluation des SIDEP (Laberge et autres, 2004). Enfin, une tournée des régions est entreprise par le Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang (SLITSS) du MSSS, au printemps 2004, pour discuter de la mise en œuvre de la nouvelle Stratégie, mais aussi de l'organisation des SIDEP. À cette occasion, les représentants des régions laissent entrevoir des situations fort variables d'une région à l'autre. Certains évoquent la présence de problèmes et de difficultés dans la mise en œuvre des orientations; d'autres se félicitent d'avoir des SIDEP conformes aux orientations.

À la demande du SLITSS, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale présentent une proposition de suivi de cette activité du PNSP « organisation des SIDEP » qui est acceptée. Le MSSS confie ainsi le mandat à l'INSPQ de la réalisation d'un monitoring évaluatif en décembre 2004. Compte tenu de la réalité multiforme et évolutive des SIDEP, il n'a pas été possible de remplir les conditions d'un monitoring, soit d'identifier des indicateurs quantitatifs de suivis précis, fidèles et valides sur lesquels faire reposer une réflexion d'évaluation signifiante pour soutenir la mise en œuvre de ces services. Notre préoccupation a été de comprendre la situation d'ensemble de l'organisation des SIDEP. Ce suivi a donc pris la forme d'un portrait de l'état d'organisation des SIDEP dans les régions, en 2004-2005, et d'une analyse d'aspects relatifs à leur mise en œuvre.

L'information collectée auprès des responsables régionaux du dossier ainsi que d'infirmières et d'intervenants qui travaillent dans ces services ou en collaboration avec ces services, constitue le matériau de base de cette étude. Il s'agit de multiples points de vue subjectifs et non exhaustifs mais révélateurs d'une partie substantielle de la réalité relative à l'organisation des SIDEP. Malgré leurs limites, les perceptions des acteurs constituent un matériau intéressant et riche.

Cependant, il ne faut pas voir, dans ce portrait qui est proposé des SIDEP en 2004-2005, une évaluation de performance des régions à ce chapitre. Les comparaisons sont difficiles à faire compte tenu des contextes d'implantation trop différents. Il faudrait plutôt y lire l'ébauche d'une vision d'ensemble des SIDEP de manière à porter la réflexion plus loin sur l'action et à en soutenir la réalisation.

Ce portrait 2004-2005 fait état, en premier lieu, de la problématique relative à l'organisation des SIDEP. Cette section rappelle le contexte historique de cette mesure, présente les orientations du MSSS, illustre les caractéristiques analytiques de l'objet *organisation des SIDEP* dans la réalité, énonce les enjeux d'organisation et précise les questions et objectifs de cette étude. La deuxième partie expose la méthode qui se penche sur le choix des informateurs, la collecte des données et les stratégies d'analyse. La troisième section portent sur les principaux résultats : les données, les caractéristiques des régions et les ressources, une vue d'ensemble de l'organisation, les services en CSSS (CLSC) et hors CSSS (CLSC), les difficultés d'organisation et de prestation des services et des spécificités de la pratique hors CSSS (CLSC). Enfin, la quatrième partie aborde en discussion les limites de l'étude, le portrait tracé des SIDEP, une appréciation de l'état d'organisation, des perspectives de consolidation et des pistes visant le soutien à l'implantation.

1 PROBLÉMATIQUE

Le sens que l'on peut prêter à l'« organisation des SIDEP » est sans doute rattaché à l'action d'organiser. Afin de saisir en quoi consiste cette organisation, d'être en mesure d'observer les réalités du terrain, d'interpréter les résultats et d'envisager des actions pour consolider les SIDEP, il y a lieu de rappeler les assises qui président au développement des SIDEP, de passer en revue les grandes lignes des orientations, de caractériser l'objet SIDEP dans la réalité et de faire ressortir les enjeux relatifs à leur organisation.

1.1 LE CONTEXTE

Les SIDEP résultent d'une transformation des services de dépistage anonyme du VIH, à la lumière de considérations épidémiologiques, organisationnelles et d'expériences de prévention concluantes dans les milieux de vie auprès de groupes à risque d'être infectés par les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

1.1.1 La structure initiale

En 1989, des services de dépistage anonyme (SDA) du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) sont créés dans le contexte de l'épidémie du sida. Ils se veulent une mesure incitative pour les personnes susceptibles d'avoir contracté le VIH de connaître leur statut sérologique sans risque de préjudices (MSSS, 2000), compte tenu de la stigmatisation et de la discrimination possibles attachées au sida. Ces services consistent en une mesure de prévention secondaire certes, mais aussi de prévention primaire entreprise par des infirmières¹. L'accent est mis sur le counseling avant et après le test, ce qui peut favoriser l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires.

La structure initiale des services de dépistage anonyme du VIH s'appuie sur quatre équipes, deux à Montréal, une à Québec et une à Sherbrooke, dont le mandat est plus large que le simple dépistage et vise à assurer la formation dans le domaine auprès d'infirmières d'autres régions. À la faveur de la phase 3 de la *Stratégie québécoise de lutte contre le sida*, de 1992 à 1997, se multiplient les points de service dont l'organisation est plus légère et ce, presque exclusivement en CLSC. Plusieurs professionnels sont formés à effectuer un counseling approprié et développent une expertise intéressante en dépistage du VIH. En 1998, plus de 70 points de services de dépistage anonyme sont dispersés dans 16 régions du Québec (MSSS, 2001).

1.1.2 L'évolution

Parallèlement, des services de prévention et de dépistage s'organisent dans des centres de détention auprès des personnes incarcérées reconnues comme à risque d'être infectées par le VIH, au début des années 90 (Beauchemin, J. et Labadie, J.F., 1997). De même, des initiatives sont prises sur le terrain pour offrir des services de prévention et de dépistage du VIH et des ITS à des groupes vulnérables, comme le service mobile organisé à partir du centre régional de dépistage anonyme du VIH de Québec (Carbonneau et Poulin, 1999). Néanmoins, les services de dépistage anonyme du VIH sont

¹ Le genre féminin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

principalement offerts en CLSC et demeurent peu fréquentés par les populations à risque pour le VIH; les faibles taux de positivité aux tests anti-VIH en témoignent (CQCS, 1996; Lebeau et Tétréault, 1998). Dans le cadre de l'opération bilan de la phase 3 (MSSS, 1996), des acteurs d'organismes communautaires et de cliniques privées remettent en cause l'efficacité de ces services à dépister les personnes positives et à rejoindre les populations vulnérables. Une révision des services est recommandée à la phase 4 de la *Stratégie québécoise de lutte contre le sida 1997-2002* (MSSS, 1997). Un groupe de travail² est mis sur pied pour concevoir des orientations. Trois ans plus tard, les services de dépistage anonyme du VIH sont reconsidérés dans la *Stratégie québécoise de lutte contre les MTS* (MSSS : 2000) afin d'inclure le dépistage des ITS et des hépatites virales, et d'offrir des modalités d'accès faciles aux personnes vulnérables.

1.1.3 Des considérations

Diverses considérations soutiennent ces décisions :

- un grand nombre de personnes sont atteintes du VIH³, du VHC⁴ et d'une ITS sans le savoir, et une proportion importante d'entre elles sont très vulnérables et, pour diverses raisons, fréquentent moins le réseau sociosanitaire, si ce n'est l'urgence des hôpitaux;
- les ITS virales et bactériennes facilitent la transmission du VIH (CDC, 1998). La prévention des ITS, notamment par le dépistage et le traitement précoce, constitue une stratégie de premier plan pour lutter aussi contre le VIH;
- les infections par le VHC et par le VIH ainsi que les autres ITS touchent des populations semblables, à l'exception des ITS (*Chlamydia trachomatis*, le virus de l'herpès simplex et le virus du papillome humain) dont le spectre de personnes atteintes est plus large que celui du VIH ou du VHC et couvre aussi les jeunes en général, de 15 à 24 ans;
- une expertise de counseling et de dépistage existe dans les services de dépistage anonyme du VIH et plusieurs professionnels ont déjà été formés;
- quelques régions ont déjà des services de dépistage du VIH et des MTS organisés pour rejoindre des populations vulnérables;
- le dépistage combiné du VIH, des ITS et des hépatites s'inscrit dans une perspective de rationalisation et d'optimisation des ressources et réduit du même coup le nombre d'intervenants auprès des personnes vulnérables, ce qui est un avantage.

² Il s'agit du Groupe de travail sur le fonctionnement et l'avenir des services de dépistage anonyme du VIH.

³ Selon les estimations de Santé Canada (2003), environ 30 % des PVVIH ignoreraient leur statut sérologique.

⁴ Étant donné que cette infection peut être asymptomatique pendant 20 ou 30 ans, jusqu'à 70 % des personnes infectées ignoreraient leur état (MSSS, 2004).

1.2 LES ORIENTATIONS DU MSSS

De nouvelles orientations intitulées *Le dépistage anonyme du VIH : vers des services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales* sont rendues publiques, en 2001, par le MSSS. Le vocable de prévention se joint par la suite à l'appellation des services pour en faire des SIDEP (services intégrés de dépistage et de prévention). Le contenu des orientations fournit les premiers éléments de définition des SIDEP et introduit l'idée de « diversité de formules » dans l'application. Des mesures de soutien renforcent la direction donnée.

1.2.1 La définition des SIDEP

Les services sont définis à l'interne selon une offre de services élargie : le maintien du dépistage anonyme du VIH, le dépistage des autres ITS ainsi que des hépatites virales, la vaccination, la notification aux partenaires, l'accessibilité aux traitements ainsi qu'un soutien aux personnes désireuses d'adopter et de maintenir un comportement sécuritaire. À cela s'ajoute la nécessité de rejoindre les populations très vulnérables ou à risque. D'une part, la définition de populations vulnérables se limite « aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), aux utilisateurs de drogues par injection (UDI), aux toxicomanes, aux femmes en difficulté et aux jeunes de la rue⁵ », et reste silencieuse au sujet des jeunes de 15 à 24 ans et des autochtones notamment, qui sont à risque relativement à certaines ITS (MSSS, 2005). D'autre part, cette définition de populations vulnérables ne correspond pas à celle des CSSS (CLSC)⁶, dans lesquels les SIDEP se trouvent.

À l'externe, ces nouveaux services sont présentés avant tout « comme des mesures complémentaires aux services offerts par d'autres ressources ». La question se pose s'il s'agit de mesures distinctives de dépistage des ITSS par rapport aux autres ressources semblables dans le réseau en général ou complémentaires aux services disponibles sur les plans régional ou local, ou dans les CSSS (CLSC), pour assurer des services inexistantes ou insuffisants en dépistage des ITSS. De plus, il est indiqué que ces services « s'intègrent au continuum de services qui se développe dans le réseau de la santé et des services sociaux⁷ », ce qui pourrait leur conférer une certaine perméabilité au regard du contexte d'ensemble en transformation et aux particularités des divers contextes régionaux. Enfin, l'accent est mis sur les relations plus étroites des SIDEP avec les ressources du réseau de la santé et des services sociaux, (notamment les services de première ligne) et du réseau communautaire et ce, conformément au plan d'organisation des services des régies régionales de la santé et des services sociaux qui sont, depuis, devenues des agences⁸.

⁵ Orientations, p. 10

⁶ Voir à ce sujet le document du MSSS sur le *Projet clinique – Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, p. 16.

⁷ MSSS (2001), p. 16.

⁸ Le projet de Loi 25, sanctionné le 18 décembre 2003, a créé les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

1.2.2 L'application

Une « diversité de formules » est envisagée pour tenir compte des particularités régionales. En effet, il est reconnu que le problème des ITSS n'a pas la même ampleur que l'on soit dans des zones urbaines, rurales ou carrément éloignées, surtout s'il s'agit du VIH ou de l'hépatite C. Les populations les vulnérables aux ITSS ne revêtent pas la même importance d'une région à l'autre⁹. Concentrées dans les grandes villes et dans des lieux particuliers de fréquentation, certaines d'entre elles se font plus rares et plus dispersées (souvent moins repérables) dans les petites villes, les zones rurales et éloignées. Enfin, certaines régions disposent de plus de ressources que d'autres et d'une plus longue expérience dans le domaine, notamment les quatre équipes à l'origine des SDA du VIH pour opérer le passage des services de dépistage anonyme du VIH vers les SIDEP.

1.2.3 Le soutien

Par ailleurs, des mesures de soutien aux acteurs sont mises en branle. En octobre 2003, une formation est donnée aux représentants des régions portant sur les aspects épidémiologiques et cliniques, les orientations des SIDEP, les modalités d'intervention et l'organisation des services, notamment l'accessibilité des services, la continuité des soins, la planification et la mise en œuvre du changement ainsi que le partenariat (INSPQ et MSSS, 2003). Une assistance conseil est offerte aux acteurs des régions depuis, et plusieurs s'en prévalent. Un panier de services est déterminé, un dossier-client et un guide d'utilisation de même que des fiches concernant le counseling prétest et post-test sont conçus de manière à outiller davantage les infirmières. En 2002, la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Projet de Loi n° 90) vient en renfort, en modifiant le Code des professions et en conférant aux infirmières les habilités en matière de dépistage des ITSS. En 2004-2005, le dossier SIDEP devient une des cibles retenues des ententes de gestion entre le MSSS et les agences pour laquelle les agences doivent fournir au MSSS des données à partir de quatre indicateurs¹⁰, ce qui confère au dossier une certaine priorité.

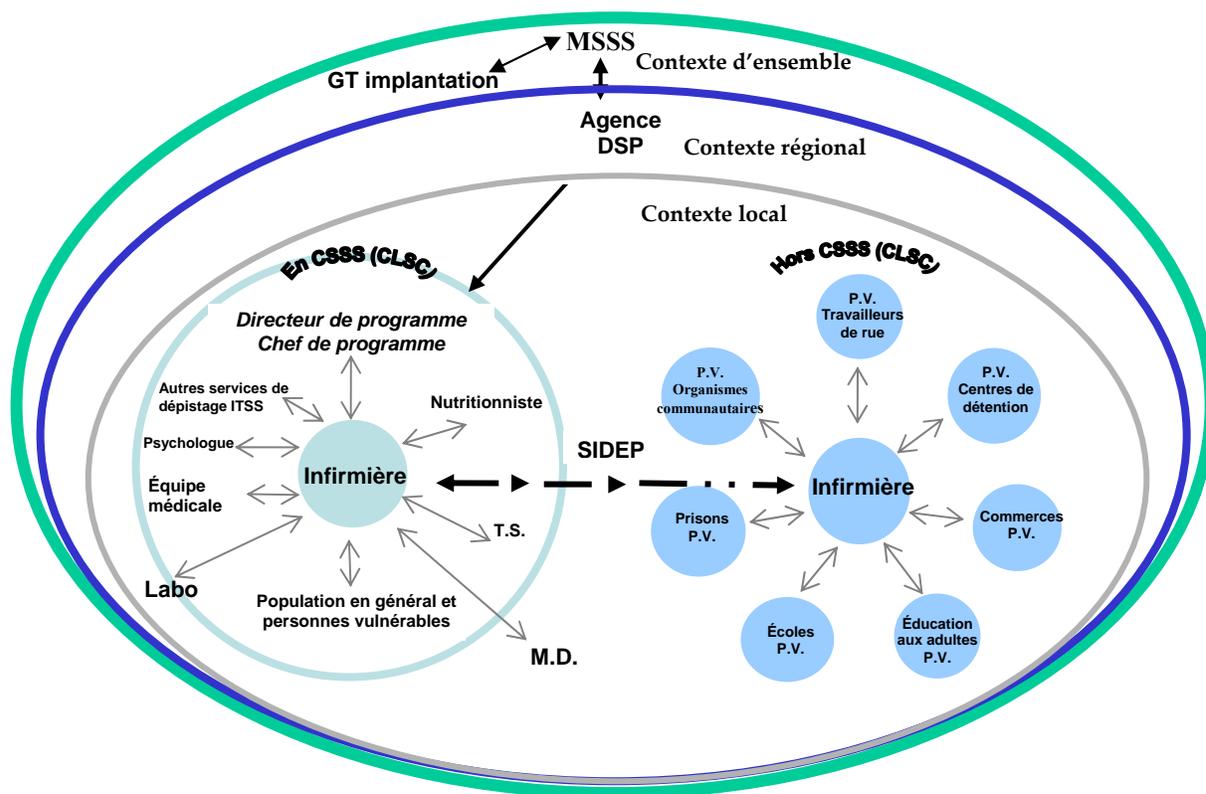
Enfin, il faut souligner qu'il n'y a pas d'ajout de ressources financières significatives pour les régions, au moment de la publication des orientations, afin d'opérer le changement des services de dépistage anonyme du VIH en SIDEP.

⁹ À ce sujet, la recherche sur les représentations de l'action intersectorielle dans la lutte contre le VIH (Roy et autres, 2006) fait voir, dans une mise en perspective des villes de Montréal, Québec et Sherbrooke, que les populations vulnérables, du moins les plus dérangeantes socialement, sont les mêmes, mais les représentations sont différentes et les actions à leur égard aussi, notamment à cause des volumes plus ou moins importants de population.

¹⁰ Il s'agit du volume annuel des tests de dépistage du SIDEP, du volume annuel de tests de dépistage du SIDEP réalisés auprès des clientèles vulnérables hors CSSS (CLSC), du volume annuel de vaccination du SIDEP, du volume annuel de vaccination du SIDEP auprès des clientèles vulnérables hors CSSS (CLSC).

1.3 LES CARACTÉRISTIQUES DE L'OBJET

Les indications et les dispositions précédentes ne suffisent pas à décrire l'« organisation des SIDEP ». Les orientations se traduisent en fonction des réalités régionales et laissent place effectivement à une « diversité de formules » (MSSS, 2001). Organiser les SIDEP pourrait se modéliser de la façon suivante :



Légende : GT, groupe de travail; DSP, direction de santé publique; T.S., travailleur social; M.D., médecin; P.V., populations vulnérables

Figure 1 : Organisation des SIDEP

Les services s'organisent à plusieurs niveaux. Le MSSS produit, soutient les orientations et voit au suivi à partir d'un contexte d'ensemble (politique, administratif et organisationnel) en évolution dans lequel s'inscrit les agences et leurs particularités régionales. À un deuxième niveau, ces orientations sont reconsidérées sur le territoire de l'agence en fonction du contexte régional (politique, administratif et organisationnel) et ajustées en fonction des différents contextes locaux. À un troisième niveau, les orientations sont reprises par le CSSS (CLSC) désigné SIDEP qui procède à l'organisation, tant en CSSS qu'hors CSSS, en fonction d'un contexte local et du contexte interne au CSSS (CLSC). Autant d'instances et autant de contextes dotés de particularités et d'un certain degré d'autonomie qui n'exercent pas à coup sûr une influence, mais qui peuvent jouer sur l'organisation des SIDEP et en faire varier les formules.

L'organisation des SIDEP suppose aussi un ensemble d'acteurs de tous les niveaux (du MSSS à l'agence, à la direction de santé publique, en passant par le CSSS pour aboutir à l'infirmière) avec des rôles précis d'orientation, de soutien administratif et professionnel, d'organisation ou d'intervention. Il y a ainsi des acteurs verticaux, hiérarchiques et des acteurs horizontaux de l'ordre des collaborations à l'intérieur du CSSS (CLSC) et à l'extérieur du CSSS (CLSC). Il s'agit de multiples relations et interactions qui permettent la circulation des orientations et qui supposent leur appropriation par les acteurs.

Les orientations sont larges et ouvertes à la « diversité de formules », les acteurs sont multiples, les niveaux aussi et les contextes d'organisation des SIDEP sont différents. Ce qui fait voir que l'« organisation des SIDEP », dans son ensemble, est complexe et, en grande partie, dépendante par rapport à son contexte (Contandriopoulos, A. P. et autres, 2000). La dynamique d'organisation des SIDEP, à partir des orientations jusqu'au terrain, passe inévitablement par une série d'interprétations et d'adaptations par les différents acteurs aux différents niveaux et contextes qui transforment l'objet SIDEP.

1.4 LES ENJEUX D'ORGANISATION

Peu de données existent sur les SIDEP. Le monitoring des services de dépistage anonyme du VIH, depuis le début des années 90, portait surtout sur le volume de tests anti-VIH et sur des caractéristiques des personnes qui fréquentaient les services. Plus récemment, le suivi de l'implantation des activités du PNSP¹¹ et les ententes de gestion¹² ont fourni des données à partir des quatre indicateurs précédemment cités. Enfin, un *Bilan 1999-2002 des équipes de prévention et de dépistage des ITSS (EPDITSS) des CLSC désignés de Montréal* (Lambert et Sissoko, 2003) et une étude de faisabilité relative à l'évaluation de ces services (Laberge et autres, 2004) ont été réalisés en mars 2004. À la lumière de ces deux dernières lectures, il convient de faire ressortir différents enjeux d'organisation.

1.4.1 Des changements plus faciles que d'autres

Le passage des services de dépistage anonyme à une organisation en SIDEP est caractérisé par deux principaux changements : 1) l'intégration du dépistage des ITS et des hépatites virales ainsi que d'autres services (tels que la vaccination, la notification aux partenaires, l'offre de moyens de contraception) à l'offre de services et 2) l'organisation de services hors CSSS (CLSC) pour rejoindre les populations vulnérables dans leur milieu.

¹¹ MSSS, Bilan 2004-2005, décembre 2005

¹² MSSS, Bilan mi-année Santé publique, Service des orientations en santé publique, Direction du Programme de santé publique, 2006.

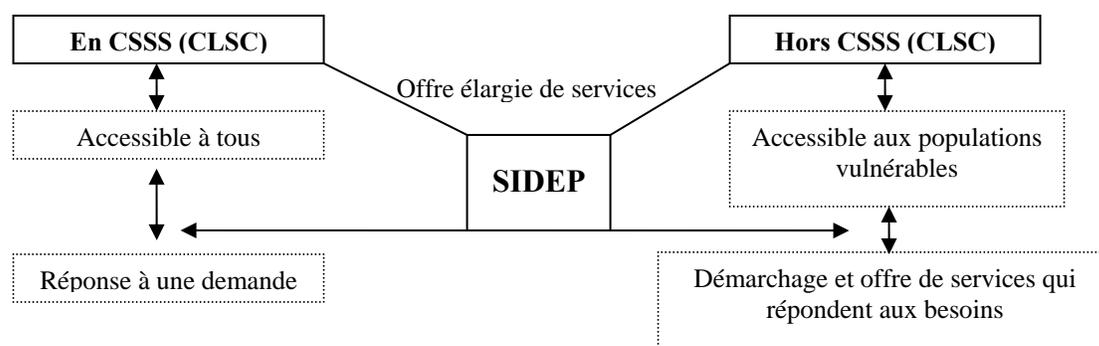


Figure 2 : Deux types de services

Selon Laberge et autres (2004), la mise à profit de l'expertise des ressources existantes en dépistage du VIH trouverait plus facilement son prolongement dans l'élargissement de l'offre de services à l'intérieur du CSSS (CLSC) que dans l'organisation des services hors CSSS (CLSC) pour rejoindre les populations vulnérables. Il s'agirait, dans le premier cas, d'harmoniser ces SIDEP par rapport aux autres services de dépistage des ITSS à l'interne des CSSS (CLSC) et d'élargir la pratique des infirmières. Cependant, ces services répondent à des demandes de dépistage provenant, la plupart du temps, de personnes à faible risque, tout comme l'étaient les demandes de services de dépistage anonyme du VIH. Quant à l'offre ciblée hors CSSS (CLSC) pour rejoindre les populations vulnérables, comme le souligne Laberge et autres (2004), il s'agit de « changements majeurs qui vont dans le sens du décloisonnement des ressources, du développement de nouvelles formes de collaboration et de l'adaptation des structures et des pratiques pour mieux répondre aux besoins des populations vulnérables ».

1.4.2 Des connaissances moins développées et des savoirs moins reconnus

En outre, bien que l'organisation des services en vue de rejoindre les populations vulnérables semble correspondre davantage aux objectifs de lutte aux ITSS, les connaissances dans ce secteur seraient moins développées, l'intervention exigerait plus de temps et coûterait plus cher. Le *Bilan 1999-2002* de Lambert et Sissoko (2003) le note et suggère d'outiller davantage les intervenants en approfondissant des modèles efficaces d'intervention individuelle de modification de comportements et des modèles d'intervention de proximité et de soins globaux pour les populations plus désorganisées.

À titre d'exemple, des évaluations d'interventions de prévention et de dépistage réalisées en milieu carcéral (Montréal, Sherbrooke, Saint-Jérôme) font voir certaines caractéristiques rattachées à ces modes d'interventions à l'extérieur des CSSS (CLSC), ciblant des populations vulnérables qui ne sont pas *a priori* des demandeurs de tests. Diverses stratégies de prévention des ITSS à portée collective, comme des activités de groupes, sont utilisées pour sensibiliser les personnes vulnérables, favoriser l'accès aux moyens de protection et accroître les retombées du dépistage (Beauchemin, J. et Labadie, J.F., 1997; Archambault, J. et autres, 2001; Grenier, J.-L., 2004). La prévention primaire occupe donc une bonne place et le dépistage devient un service parmi d'autres. Parmi les conditions, l'adaptation au milieu apparaît nécessaire afin d'établir le contact avec les personnes incarcérées; l'importance du

choix de l'intervenant (Beauchemin, J. et Labadie, J.F., 1997), les interactions avec les personnes incarcérées et la collaboration avec un intervenant de milieu (Archambault, J. et autres, 2001; Grenier, J.-L., 2004) sont privilégiées. Enfin, l'étude d'Archambault, J. et autres (2001) démontre que le projet *Sensibiliser, Animer et Prévenir* (S.A.P) à Sherbrooke possède les principales caractéristiques de programmes efficaces de prévention et produirait également des effets positifs sur la réduction des comportements et des pratiques à risque des personnes incarcérées. Mais, ces connaissances se limitent au milieu carcéral alors qu'en comparaison, l'approche clinique du dépistage en CSSS (CLSC) est passablement bien documentée.

1.4.3 Des orientations larges dans un contexte de rareté des ressources

Par ailleurs, Laberge (2004) souligne que le manque de spécificité des objectifs et des orientations, s'il permet une meilleure adaptation régionale, rend l'organisation des SIDEP dépendante des choix et priorités régionaux ainsi que locaux. Dans un contexte de rareté des ressources de première ligne, il peut être difficile d'avoir accès à un médecin¹³, notamment pour un dépistage des ITSS. La priorité pourrait être accordée à consolider des services à l'interne du CSSS (CLSC) qui répondent aux demandes de dépistage des ITSS de la population en général.

De plus, la pertinence et l'acceptabilité de faire du dépistage ciblé des ITSS chez les populations vulnérables ne feraient pas consensus parmi les acteurs de santé publique. Laberge (2004) invoque l'absence de certaines conditions pour que le dépistage soit efficace¹⁴. À défaut d'une discussion de fond ou de positions claires d'experts sur la question, un flottement demeure dans la compréhension de l'offre ciblée aux populations vulnérables qui pourrait devenir une résistance à opérer les changements dans le sens souhaité.

Enfin, il faut voir que l'élargissement des mandats aux populations vulnérables et à une offre élargie de services s'opère sans ajout significatif de ressources financières. Si cette situation peut forcer les collaborations, elle oblige les acteurs à défendre le dossier à un niveau local et régional afin d'obtenir les ressources supplémentaires nécessaires à l'organisation des SIDEP. Pour ce faire, il pourrait être plus difficile de s'appuyer sur un volet en développement comme l'offre ciblant les populations vulnérables, dont le contour est sans doute moins défini, que sur les services en dépistage offerts en CSSS (CLSC) qui sont beaucoup mieux cernés.

1.4.4 La transformation du réseau

La transformation du réseau est marquée notamment par l'adoption (2003) de la Loi sur la création des agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (projet de Loi n° 25) et par l'adoption (2005) de la Loi sur la gouverne (projet de Loi n° 83). Si les effets de la fusion de CH, de CHSLD et de CLSC sur l'organisation des SIDEP ne sont pas pleinement perceptibles au moment de l'élaboration du portrait des SIDEP, le partage de la responsabilité de la

¹³ Le collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne (2005) le confirme : « on observe un manque d'accessibilité des services de première ligne au Québec et la situation s'est détériorée à Montréal depuis 1998 associée au manque de disponibilité d'un médecin de famille » (p. 3).

¹⁴ Laberge (2004) mentionne, à la page 22 du document, le sous-développement des services de notification aux partenaires, la relative inefficacité des interventions pour favoriser l'adoption et le maintien des comportements sécuritaires, les difficultés d'assurer la fidélité au traitement et la disponibilité réduite des ressources pour assurer le traitement.

mise en œuvre du PNSP entre les agences et les CSSS (CLSC) qu'entraîne la nouvelle gouverne, la responsabilité populationnelle confiée aux CSSS (CLSC) et l'élaboration du projet clinique provoqueront des changements qui peuvent toucher les SIDEP. Sans que ces changements puissent, à ce stade-ci, être entièrement précisés, à tout le moins, ils solliciteront considérablement les acteurs et créeront à bien des égards une certaine instabilité. La place de la santé publique est à se définir dans les CSSS, et la place des ITSS n'est pas acquise.

1.5 LES QUESTIONS ET LES OBJECTIFS

Bien que les orientations du MSSS (2001) soient larges et, à certains égards, floues quant à l'organisation des SIDEP, elles sont ouvertes à « diverses formules ». L'organisation des SIDEP est dépendante, en grande partie, des différents contextes régionaux et locaux et des acteurs qui interprètent, traduisent et évaluent l'importance de ces orientations. Si cette situation peut permettre une latitude des régions quant à la façon de concevoir les SIDEP et leur organisation, elle soumet davantage l'organisation des SIDEP aux impératifs régionaux et locaux ainsi qu'aux exigences relatives à la transformation du réseau qui peuvent favoriser ou, au contraire, défavoriser la consolidation des SIDEP. Par ailleurs, considérant les deux principaux changements apportés aux services initiaux de dépistage anonyme du VIH, l'intégration du dépistage des ITSS en CSSS (CLSC) semble plus accessible et plus facile à réaliser que l'intervention pour rejoindre les populations vulnérables hors CSSS (CLSC).

Quoi qu'il en soit, depuis la parution des orientations sur les SIDEP (2001), les régions consacrent des efforts à l'implantation de ces services sans que l'on ait un portrait d'ensemble de la situation. Divers problèmes d'organisation régionale sont rapportés à la pièce au MSSS sans qu'il ait une idée de leur ampleur. Conséquemment, eu égard à la « diversité de formules » prévue dans les orientations du MSSS (2001), aux réalités régionales différentes et aux enjeux relatifs à l'organisation des SIDEP, il y a lieu de se poser les questions suivantes :

- Quel est l'état d'organisation des services en 2004-2005 dans les régions?
- Comment les SIDEP se conforment-ils aux orientations du MSSS?
- Comment se conçoit l'intervention hors CSSS (CLSC) pour rejoindre les populations vulnérables?
- Sur quoi faut-il travailler pour continuer à soutenir la mise en œuvre des SIDEP?

L'étude a pour objectifs de :

- tracer un portrait d'ensemble en 2004-2005 de l'état d'implantation des SIDEP;
- apprécier l'organisation d'ensemble des SIDEP en fonction des orientations et de comprendre la variabilité régionale en la matière;
- mieux apprécier les pratiques et les conditions du travail de proximité effectué à partir des SIDEP pour rejoindre les populations vulnérables;
- identifier des pistes pour soutenir la mise en œuvre des SIDEP.

2 LA MÉTHODE

Les objectifs de l'étude sont de l'ordre de la description des services en place, mais aussi de la compréhension des variabilités régionales en matière d'organisation des SIDEP. Par ailleurs, l'objet SIDEP se caractérise notamment par une interprétation et une adaptation des orientations en fonction des contextes, des contraintes et des intérêts. Avec pareilles considérations, il nous est apparu plus approprié d'utiliser une approche qualitative. La méthode de l'entretien s'est avérée la plus efficace et la plus économique pour obtenir les renseignements nécessaires.

Il s'agit d'une étude descriptive et compréhensive portant sur les SIDEP ou les services qui en tiennent lieu et leur implantation dans les régions du Québec. L'écart appréhendé entre les orientations (élément d'unité) et les contextes d'implantation (éléments de diversité) amène à considérer tout particulièrement les variations régionales en matière d'organisation SIDEP. Par ailleurs, à la lumière d'un constat que l'offre ciblée de dépistage et de prévention hors CSSS (CLSC) à l'intention des populations vulnérables semble moins développée, une attention est accordée au travail de proximité pour en explorer les caractéristiques, dans une perspective de soutien à la mise en œuvre.

Les sources de données sont de deux types : documentaires et de première main. D'une part, ce sont des études scientifiques et des rapports administratifs pertinents. D'autre part, ce sont les propos des responsables régionaux du dossier des SIDEP, des responsables du dossier dans les CSSS (CLSC) de Montréal et d'infirmières de CSSS (CLSC) et d'intervenants d'organismes communautaires qui font du travail de proximité dans le cadre des SIDEP. Les données de première main ont été collectées d'octobre 2004 à juillet 2005. Il est possible qu'au moment de la publication du présent rapport, la situation ne soit plus la même dans certaines régions, compte tenu des transformations en cours dans ce dossier. Quoiqu'il en soit, cette évolution souhaitable dans le dossier d'organisation des SIDEP ne devrait pas rendre caduque l'analyse de la situation d'ensemble.

2.1 LE CHOIX DES INFORMATEURS

Compte tenu du temps alloué à la collecte de données et des moyens à notre disposition, nous ne pouvions interroger l'ensemble des acteurs impliqués à différents niveaux pour connaître l'état d'organisation des SIDEP dans chacune des régions. Nous avons donc fait appel aux responsables régionaux du dossier comme informateurs clés. De tous les acteurs, les responsables régionaux du dossier, provenant presque tous des directions de santé publique, nous paraissaient les acteurs les plus susceptibles d'avoir l'information d'ensemble sur l'organisation des SIDEP de leur région. Ils détiennent une position stratégique dans le dossier. Ils sont non seulement des porteurs du dossier, des courroies de transmission des orientations du MSSS en contact avec les services (SIDEP ou autres) dans les CSSS (CLSC), mais ils peuvent aussi jouer un rôle actif dans le soutien à la mise en œuvre des SIDEP. Toutes les régions sont représentées par les dix-huit responsables régionaux des SIDEP, deux personnes supplémentaires dans deux régions ont dû être contactées et il a fallu nous adresser à huit responsables de ce dossier dans les CSSS (CLSC) dans la région de Montréal en raison du changement de responsables du dossier durant la période de collecte de données, (voir annexe 7).

Au sujet des interventions hors CSSS (CLSC), l'aspect le moins développé des SIDEP, ce sont les expériences qui semblaient bien fonctionner qui ont été retenues. Les personnes ont été sélectionnées selon un principe d'échantillonnage par choix raisonné. Ainsi, à la lumière des informations rapportées

par les responsables régionaux SIDEP sur l'état de déploiement de leurs services visant à rejoindre les populations vulnérables, onze infirmières et neuf intervenants d'organismes communautaires ont été sélectionnés. L'objectif était d'obtenir une représentation de la diversité d'expériences en matière de travail de proximité, plutôt qu'un échantillon représentatif des régions en la matière. Il faut toutefois souligner que l'intervention en milieu carcéral, quoique importante, est absente des expériences retenues parce qu'il s'agit d'expériences pour lesquelles nous disposons d'une certaine documentation comme nous l'avons vu précédemment. Deux critères de sélection ont été retenus: une expérience significative dans le travail de proximité et une diversité des régions de provenance.

2.2 LA COLLECTE DES DONNÉES

Un courriel a été acheminé aux coordonnateurs en maladies infectieuses afin de les informer du début de l'étude sur l'organisation des SIDEP et sur la collecte des données qui serait réalisée dans leur région.

2.2.1 Auprès des responsables des SIDEP

La collecte de données auprès des responsables régionaux des SIDEP s'est effectuée au moyen de l'entretien téléphonique. Nous avons procédé de la façon suivante : le premier contact téléphonique avec les responsables a consisté en l'explication des objectifs de la collecte d'information, l'annonce de la transmission par courriel de la grille de collecte d'information (voir annexe 1) et la prise d'un rendez-vous téléphonique afin de collecter cette information; le deuxième contact a été l'entretien téléphonique comme tel, d'une durée maximale de une heure.

La grille a été remplie au téléphone par l'agent de recherche et les informations ont été retranscrites par la suite sur une fiche synthèse. Il n'y a pas eu de retour aux responsables pour valider cette information en raison de la prépondérance accordée aux points de vue de l'informateur sur le dossier. De plus, il n'y a eu aucune observation directe des SIDEP. Donc, seules les informations rapportées par les informateurs en une seule fois constituent le matériau d'analyse.

La collecte de données auprès des responsables régionaux des SIDEP porte sur le contexte régional, l'organisation des SIDEP, les éléments favorables et les difficultés, de même que sur le travail de proximité. Ainsi, sous la variable contexte régional, se trouvent les données géographiques et démographiques telles que les caractéristiques du territoire : urbains, semi-urbaines, rurales ou éloignées, le nombre d'habitants, la proportion des habitants québécois sur le territoire, l'étendue du territoire et la densité de la population au km²; le nombre de CSSS et le nombre de SIDEP et les données épidémiologiques du VIH et du *Chlamydia trachomatis*.

En matière d'organisation régionale des SIDEP, les principales variables touchent les populations rejointes par les SIDEP en CSSS (CLSC) et hors CSSS (CLSC), le nombre de points de services et leur localisation, les jours et les heures d'ouverture, les modalités de services en CSSS (CLSC) et hors CSSS (CLSC), le nombre d'employés équivalents temps complet (ETC), les ressources financières allouées aux SIDEP, l'offre de services en CSSS (CLSC) et hors CSSS (CLSC) et les collaborations avec les organismes communautaires. S'ajoutent aux variables précédentes celles sur les difficultés et les aspects favorables dans la mise en œuvre des SIDEP de même que la description d'expériences de travail de proximité.

2.2.2 Auprès d’infirmières et d’intervenants

Pour mieux apprécier les dimensions de l’intervention SIDEP hors CSSS (CLSC), nous avons exploré la question du travail de proximité fait à partir des SIDEP, au moyen d’entretiens individuels en personne.

Les entretiens en personne ont été effectués par le même interviewer, sauf deux, et ont eu une durée de une à deux heures environ. Il a été prévu, au départ, de faire des entretiens semi-directifs sur la pratique du travail de proximité. L’utilisation d’une grille sur les différentes dimensions du travail de proximité semblait favoriser un discours général sur la pratique, ce qui n’était pas recherché. Devant les premiers résultats obtenus, il a fallu transformer le tout en entretien non directif. Nous avons donc opté pour un récit de pratique avec une consigne de départ qui renvoie à l’expérience de travail de l’interviewé, dans la semaine précédant l’entrevue. L’intervention de l’interviewer se limite essentiellement à l’utilisation de techniques dites de relance qui respectent l’orientation de départ et qui amènent à préciser les propos sur les lieux fréquentés, les populations touchées, les activités, l’organisation du travail et les façons de faire (voir annexes 2 et 3).

Au préalable, l’information nécessaire sur l’étude a été fournie aux personnes interviewées, accompagnée de l’assurance de garder confidentiels les propos tenus dans le cadre de l’entretien. Un formulaire de consentement pour signature a été présenté à l’interviewé (voir annexe 4).

2.3 LES STRATÉGIES D’ANALYSE

Concernant les entretiens téléphoniques, nous avons analysé le contenu de chacune des fiches-synthèse passablement élaborées pour obtenir une compréhension d’ensemble, à la lumière des différents aspects de l’organisation régionale. Nous avons ensuite travaillé à en systématiser les énoncés de manière à pouvoir regrouper les informations transversalement, d’une région à l’autre, et à dégager les aspects communs dans l’organisation des SIDEP. Un nombre appréciable de données manquantes et de conceptions différentes rattachées aux SIDEP a compliqué le travail. Cette question est abordée dans la partie 3 qui suit. L’information est présentée de manière intégrée pour contrer les biais attribuables aux données manquantes et l’accent est mis sur les résultats les plus pertinents au développement des SIDEP.

Quant aux entretiens en personne avec des infirmières et des intervenants, le verbatim de chacun des enregistrements a été retranscrit et analysé selon la méthode d’analyse de contenu (Bardin, 1993), se limitant au contenu manifeste des entretiens. Une lecture flottante du matériel a permis de faire ressortir les principaux thèmes qui ont permis de codifier la lecture subséquente à partir des caractéristiques du travail de proximité, des conditions dans lesquelles il se pratique et des populations touchées.

3 LES PRINCIPAUX RÉSULTATS

3.1 LES DONNÉES

Façon de faire peu commune, la description des résultats commence par une mise au point sur les données disponibles. D'entrée de jeu, il convient de faire deux remarques au sujet des données manquantes et des données équivoques.

3.1.1 Des données manquantes

Il faut constater que plusieurs données sont manquantes. Différentes raisons sont invoquées par les responsables régionaux pour expliquer cette situation. Le SIDEP représente un très petit dossier dans un CSSS. Les fusions d'établissements appellent des réorganisations comptables sujettes à des périodes plus ou moins longues de flottement où il est difficile, dans certains cas, d'obtenir des données. Certaines informations relatives à certains SIDEP dans les CSSS ne sont pas accessibles, ne sont carrément pas disponibles ou encore, il est trop laborieux pour les responsables régionaux et les responsables locaux de les obtenir. Cette situation touche particulièrement les données qui suivent.

En matière d'offre de services, l'information sur tous les SIDEP en CSSS (CLSC) n'est pas disponible. Certains responsables SIDEP ne disposent pas de l'information nécessaire sur tous les CSSS (CLSC) participants au SIDEP de leur territoire, surtout quand il y en a plusieurs et que, dans une même région, les différents SIDEP n'offrent pas nécessairement les mêmes services. Nous avons donc choisi de nous en tenir à celui pour lequel nous avons l'information et qui s'avère souvent le plus organisé de la région.

Au sujet des crédits alloués aux SIDEP, tantôt ces informations sont partielles voire absentes au moment de la collecte de données, tantôt elles sont difficiles à identifier dans un poste budgétaire plus large et ce, pour plusieurs raisons. Il arrive que le service soit associé de près aux services courants ou aux services jeunesse des CLSC (cliniques MTS) jusqu'à confondre leurs budgets respectifs et le calcul du personnel « équivalent temps complet » (ETC). Il se trouve aussi que, dans des régions, les crédits alloués au fonctionnement des activités SIDEP ne soient pas distingués dans l'enveloppe que le MSSS leur transmet pour financer les services de lutte aux ITSS.

3.1.2 Des données équivoques

Par ailleurs, certaines données collectées dans les régions ne sont pas interprétées par les acteurs de manière univoque.

La notion même de SIDEP se prête à de multiples définitions malgré les orientations du MSSS. Sur le terrain, les services s'organisent tantôt dans des unités distinctes aux frontières bien définies par rapport à d'autres services, tantôt intégrés dans d'autres déjà existants. Ces différentes conceptions et organisations de SIDEP ont des répercussions sur la manière de considérer les données. En effet, le volume du personnel rattaché aux SIDEP n'est pas toujours facile à dénombrer. La façon de considérer le personnel ETC n'est pas la même partout. Certains répondants incluent du personnel des services courants ou jeunesse des CLSC, qui peuvent à l'occasion appuyer les SIDEP (infirmières scolaires, infirmières des services courants, médecins en CLSC, intervenants sociaux), mais sans compter le

temps que ces professionnels y consacrent. D'autres indiquent uniquement le personnel ETC financé par le budget SIDEP. Généralement, ces derniers proviennent des régions qui ont des SIDEP implantés et des ressources relativement importantes.

Au sujet des populations vulnérables rejointes par les SIDEP, si la plupart des répondants réfèrent à des interventions particulières en direction de populations précises, quelques-uns nomment les différentes populations vulnérables dans la mesure où ils rencontrent des cas plus ou moins occasionnellement dans des activités en direction de populations vulnérables plus générales.

Quoi qu'il en soit, cette situation de données manquantes et de données équivoques parle d'une certaine manière du dossier SIDEP et constitue en soi un résultat.

3.2 LES CARACTÉRISTIQUES DES RÉGIONS ET LES RESSOURCES

La « diversité de formules » SIDEP prévues dans les orientations du MSSS (2001) renvoie surtout aux différences en matière de caractéristiques démographiques et épidémiologies, de ressources financières et humaines qui sont en partie connues, mais dont il y a lieu de faire état pour comprendre l'organisation des SIDEP.

3.2.1 Les caractéristiques démographiques et épidémiologiques

Sans commenter en détail certaines caractéristiques démographiques et épidémiologiques des régions sociosanitaires (voir tableau 1), il faut retenir leur grande disparité sous plusieurs aspects. Les régions de Montréal et de la Montérégie dépassent le million d'habitants avec une concentration de population bien différente (3 728 hab. à Mtl et 119,6 hab. en Montérégie au km²) : en Montérégie, la population est dispersée sur un territoire en partie urbain, semi-rural et rural. Le territoire de Québec vient au troisième rang pour le nombre d'habitants avec une densité moindre que les territoires précédents, 34,6 habitants au km². Laval présente un peu moins du tiers de la population de la Montérégie, mais avec une densité de plus de 1 000 habitants au km². À l'autre extrême, il y a les trois territoires nordiques (Nord-du-Québec, Nunavik et Terres-Cries-de-la Baie-James) et la Côte-Nord où moins d'un habitant est recensé par km². Entre ces deux cas de figure se situent des régions qui comptent de 100 000 à 700 000 habitants, avec une densité de 3 à 35 habitants au km² avec plus ou moins de centres urbains importants. C'est donc dans des réalités géo-démographiques régionales fort différentes que s'inscrit l'organisation des SIDEP et que doivent s'organiser les services hors CSSS (CLSC).

Pour donner un aperçu de la distribution du problème des ITSS dans les dix-huit territoires du Québec, sont retenues les données relatives à l'infection par le VIH qui est davantage concentrée dans certaines populations vulnérables et de l'infection à *Chlamydia trachomatis* qui est plus largement répandue dans la population en général.

Tableau 1 : Nombre total d'habitants, proportion d'habitants, nombre d'habitants au kilomètre ² et proportion des cas déclarés d'infection par le VIH et d'infection à *Chlamydia trachomatis* selon les régions, 2004-2005

Régions	N ^{bre} d'habitants	Proportion des habitants	N ^{bre} d'hab. au km ²	Proportion des cas en 2004	
				% VIH ¹⁵	% <i>Chlamydia</i> ¹⁶
(01) Bas-St-Laurent	202 037	2,7	9,1	1,5	2,0
(02) Saguenay-Lac-St-Jean	278 519	3,7	2,0	1,1	3,5
(03) Capitale-Nationale	650 000	8,7	34,6	9,0	9,9
(04) Mauricie et Centre-du-Québec	482 750	6,4	11,1	1,8	8,2
(05) Estrie	295 872	4,0	28,9	1,4	4,6
(06) Montréal	1 871 774	25,0	3 728,0	63,1	25,2
(07) Outaouais	332 558	4,4	10,5	2,5	4,4
(08) Abitibi-Témiscamingue	145 964	1,9	3,0	0,8	2,4
(09) Côte-Nord	97 074	1,3	0,4	0,5	2,6
(10) Nord-du-Québec	16 314	0,3	0,1	0,0	0,3
(11) Gaspésie-Iles-de-la Madeleine	97 066	1,3	4,8	0,1	1,0
(12) Chaudière-Appalaches	392 108	5,2	25,9	1,1	3,3
(13) Laval	359 707	4,8	1456,3	3,4	4,5
(14) Lanaudière	405 795	5,4	32,0	2,0	4,3
(15) Laurentides	490 000	6,5	23,1	2,6	7,3
(16) Montérégie	1 336 910	17,9	119,6	8,5	12,9
(17) Nunavik	10 000	0,2	0,02	0,1	2,2
(18) Terres-Cries-de-la-Baie-James	13 595	0,3	0,1	0,4	1,4
Inconnu				0,1	0
Ensemble du Québec	7 487 169	100,0	5,5	100,0	100,0

En matière de proportion de cas d'infection par le VIH pour lesquels la collecte de renseignements épidémiologiques a été complétée en 2004, la plus forte proportion, c'est-à-dire 63 % des cas, se trouve à Montréal. Les habitants du territoire de l'agence de Montréal représentent tout près de 25 % du total des habitants du Québec. Il y a donc une concentration des cas de VIH. Par ailleurs, en ce qui concerne l'infection à *Chlamydia trachomatis*, la proportion des personnes infectées coïncide davantage avec la proportion d'habitants du territoire de Montréal. Ce constat sur l'infection à *Chlamydia trachomatis* s'applique également à d'autres régions, parmi les plus peuplées, comme la Montérégie et Québec qui comprennent respectivement près de 18 % et 9 % de la population québécoise et qui affichent, pour l'année 2004, des proportions respectives des cas d'infection à

¹⁵ INSPQ, Rapport *Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec cas cumulatifs 2002-2005*, septembre 2006.

¹⁶ MSSS, Bureau de surveillance et de vigie sanitaire, *Rapport annuel ITS 2005*.

Chlamydia de 12,9 % et de 9,9 %. Il y aurait donc davantage de dispersion de cette infection à l'ensemble des territoires avec une concentration plus grande dans les territoires 17 et 18, où le pourcentage de cas de *Chlamydia*, soit 2,2 % et 1,4 %, est passablement plus élevé que le pourcentage d'habitants que ces territoires comptent, soit 0,13 % et 0,18 %.

3.2.2 Les ressources financières

Les territoires disposent de crédits variables pour l'organisation des SIDEP : ils s'étalent de 1 300 000 \$ à aucun crédit spécifique pour ces services (voir tableau 2). Et d'un SIDEP à l'autre d'une même région, les crédits peuvent fluctuer. Il va sans dire que les régions les plus peuplées ont davantage de crédits attribués à ces services que celles à plus faible population. Ces régions plus peuplées reçoivent d'ailleurs du MSSS une enveloppe plus substantielle pour la prévention des ITSS et le dépistage.

D'autres facteurs interviennent pour expliquer les variations. À Montréal, quatre SIDEP ont nettement plus de crédits à ce poste que d'autres : il s'agit des équipes les plus anciennes à offrir ce type de services avec des mandats plus larges et du personnel en conséquence. Dans certaines régions, l'entièreté de l'enveloppe budgétaire régionale octroyée par le MSSS pour les ITSS est consacrée aux SIDEP; dans d'autres, les SIDEP bénéficient d'un soutien financier additionnel, qui provient de l'agence ou dans un cas, des fonds pour l'actualisation de la Politique de santé et de bien-être. Dans quelques régions, il n'est pas possible de distinguer des crédits spécifiques aux SIDEP, soit parce que ces services sont intégrés aux services courants ou jeunesse des CLSC, soit parce que ces services n'existent pas sous la forme SIDEP. Enfin, dans deux régions, seuls les crédits attribués historiquement aux services de dépistage anonyme du VIH y figurent et sont de l'ordre de 30 000 \$.

3.2.3 Les ressources humaines

Ce sont les infirmières qui représentent la majorité du personnel des SIDEP. Cependant, dans quelques territoires, il peut s'ajouter à l'équipe des psychologues, des travailleurs sociaux, des agents de ressources humaines et des nutritionnistes. L'importance en nombre de ces ressources est tributaire des crédits afférents aux SIDEP sur les territoires sociosanitaires. Le nombre de ressources ETC varie en gros entre 20,1 et 0,4 d'une région à l'autre.

Si des équipes existent sur les territoires les plus peuplés et mieux pourvus, l'infirmière se retrouve parfois la seule intervenante SIDEP sur d'autres territoires. Le temps de travail dévolu aux SIDEP, selon les ressources disponibles, peut se limiter à deux jours par semaine, incluant le travail administratif afférent et la participation à d'autres services, tels que les cliniques de santé sexuelle et de planning.

Tableau 2 : Crédits régionaux et personnel équivalent temps complet (ETC) consacrés aux SIDEP, nombre de CSSS et nombre de SIDEP ou services de dépistage anonyme du VIH (SDA), selon les régions, 2004-2005

Régions	Crédits régionaux SIDEP	Personnel ETC infirmières et autres types de personnel	N ^{bre} de CSSS	N ^{bre} de SIDEP
(01)	30 000 \$	0,4 inf. et + n.d.*	8 CSSS	4 sites SDA
(02)	90 000 \$	1,4 inf.	6 CSSS	1 SIDEP, 5 en org.**
(03)	249 000 \$	3,4 inf.	4 CSSS	1 SIDEP
(04)	Pas de crédits spécifiques	1 inf. et + n.d.	8 CSSS	11 SIDEP
(05)	137 972 \$	2,3 (1,3 inf. et 1 int.)	7 CSSS	1 SIDEP
(06)	1 244 098 \$ (2001-2002)	20,1 (9,8 inf, 9,1 psy. et TS, 1,2 nutri) et + n.d.	12 CSSS	9 SIDEP
(07)	90 000 \$	1,2 inf.	5 CSSS	1 en org.
(08)	175 000 \$	2,5 inf.	6 CSSS	2 SIDEP, 3 en org.
(09)	71 000 \$	2,2 inf.	8 CSSS	2 SIDEP
(10)	Pas de crédits spécifiques	n.d.	1 CS0	1 site de SDA
(11)	30 000 \$	n.d.	5 CSSS	5 en org.
(12)	232 000 \$	2,5 (1,8 inf. et+n. d., 0,7 TS) et + n.d.	5 CSSS	11 SIDEP
(13)	136 000 \$	1,6 (1,2 inf., 0,4 TS)	1 CSSS	1 SIDEP
(14)	50 000 \$ et + n.d.	1 inf.	2 CSSS	2 en org.
(15)	87 000 \$	0,7 (0,6 inf. 0,1 M.D.)	7 CSSS	3 en org.
(16)	124 830 \$	2,4 inf.	11 CSSS	6 en org.
(17)	Pas de crédits spécifiques	n.d.	2 CS	14 sites dépistage
(18)	Pas de crédits spécifiques	n.d.	1 CS	9 sites dépistage
Total			95 CSSS	39 SIDEP

*n.d. : non déterminé

**en org. : en organisation

3.3 UNE VUE D'ENSEMBLE DES SIDEP

À défaut d'une définition univoque de ce qu'est un SIDEP de la part des responsables régionaux, nous convenons d'examiner et de catégoriser les services dans les régions en fonction de deux critères qui semblent les caractériser le mieux :

1. l'intégration du dépistage des ITS et des hépatites virales au dépistage anonyme du VIH et
2. la mise sur pied d'activités régulières hors CSSS (CLSC) pour rejoindre les populations vulnérables identifiées.

Il s'agit d'un découpage arbitraire qui, par contre, a le mérite d'opérer un premier classement et de donner un aperçu général de l'état d'implantation des SIDEP. Cependant, ce découpage n'est pas à même de rendre compte de l'ampleur des services sur un territoire (un ou plusieurs services) ou de l'intensité (une ou plusieurs activités pour rejoindre les populations vulnérables).

À partir des critères retenus, les régions sociosanitaires se retrouvent dans l'un ou l'autre des groupes suivants :

- *SIDEP organisé*, les services de dépistage ITSS d'au moins un établissement (CLSC ou autres) de la région réunissent les deux critères retenus;
- *SIDEP en organisation*, les services de dépistage ITSS d'au moins un établissement de la région réunissent une partie des critères retenus et des mesures sont prévues en cours d'année pour les réunir;
- *sans SIDEP*, les conditions précédentes sont absentes.

D'aucune façon, la présente classification ne se veut la confirmation d'une organisation optimale des services de dépistage anonyme du VIH en SIDEP. Tout au plus, il faut y voir un repère pour ordonner, décrire et qualifier l'état d'organisation des SIDEP dans une perspective de soutien à leur mise en œuvre.

3.3.1 L'état d'organisation

Les régions se distribuent (voir tableau 2 ci-dessus) selon l'état d'organisation d'au moins un service sur leur territoire de la façon suivante :

SIDEP organisés

Neuf régions répondent aux critères de SIDEP organisés. À première vue, leurs caractéristiques semblent assez diversifiées.

Les régions de Montréal (06), Québec (03), et Estrie (05) jouent un rôle actif en matière de formation et de soutien aux régions, depuis la création des services de dépistage anonyme et sont dotées de ressources substantielles pour l'organisation de ces services. La première est la région la plus peuplée alors que les deux autres le sont moins. La région de Laval (13) s'ajoute comme étant aussi pourvue de centres urbains importants et comptent au moins un SIDEP organisé.

Deux autres régions, Mauricie et Centre-du-Québec (04) ainsi que Chaudière-Appalaches (12), sont à certains égards comparables. Si la superficie du territoire de la région 04 est plus étendue et la densité de la population est plus faible que celle de la région 12, ces différences ne sont pas si grandes. Dans les deux régions, on rapporte onze SIDEP.

Enfin, on retrouve dans ce groupe le Saguenay-Lac-St-Jean (2), l'Abitibi-Témiscamingue (08) et la Côte Nord (09) qui sont éloignés des grands centres. Ce sont trois régions, à plus vastes territoires que les précédentes et à plus faible densité de population, qui ont au moins un SIDEP organisé dans le principal centre urbain de la région et d'autres en voie d'organisation dans d'autres CLSC de CSSS, du moins pour les régions 02 et 08.

SIDEP en organisation

Cinq régions sont en voie d'organiser au moins un SIDEP, tel que défini. Toutefois, elles sont dans des situations différentes.

Dans la région de la Montérégie (16), deuxième plus peuplée du Québec et voisine de Montréal, cinq CSSS (CLSC) et un centre de réadaptation pour toxicomanes sont en contact avec des populations vulnérables, mais ils n'offrent pas nécessairement le dépistage de toutes les infections prévues dans les orientations. Par ailleurs, dans la région des Laurentides (15), les activités de l'unité mobile ont été interrompues en cours de collecte, ce qui était le moyen principal pour rejoindre les populations vulnérables. L'organisme communautaire Sida Amitié continue tout de même de jouer ce rôle. Dans les régions de Lanaudière (14) et de l'Outaouais (07), la planification est réalisée : dans la première région, il s'agit de deux points de services SIDEP et dans l'autre, d'un SIDEP régional. Le tout devait être mis en œuvre au cours de l'année 2005. Enfin, la région Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11) a amorcé l'organisation des SIDEP sur son territoire ce qui doit être concilié avec les distances à parcourir pour rallier les parties du territoire et une faible densité de la population.

Sans SIDEP

Quatre régions n'ont pas procédé à l'organisation de SIDEP.

La région du Bas-Saint-Laurent (01) prévoit le faire, sans autre indication du moment de réalisation. Quant aux trois dernières régions, Nord-du-Québec (10), Nunavik (17) et Terres-Cries-de-la Baie-James (18), elles se distinguent des autres en ce qu'elles sont du Nord, qu'elles regroupent moins de 1 % de la population du Québec et qu'elles présentent un taux d'incidence des ITS supérieur au taux provincial. Pour deux d'entre elles, la population est essentiellement autochtone (Inuit et Cries) et nettement plus jeune que dans le reste du Québec. La notion de populations vulnérables est différente. L'organisation des SIDEP peut difficilement se concevoir de la même façon qu'ailleurs. En raison du petit nombre d'habitants, les services sont plus personnalisés et l'anonymat est quasi impossible à obtenir.

3.3.2 Les modèles d'organisation

Trois modèles d'organisation des SIDEP ou des services de dépistage anonyme du VIH dans les régions ressortent de la description : 1) un ou deux SIDEP ou services de dépistage anonyme régionaux avec des points de services au besoin; 2) de multiples SIDEP ou sites de dépistage, dont certains ont des mandats spécialisés à des populations vulnérables précises; 3) de multiples services moins différenciés dans le CSSS (CLSC), répartis sur le territoire.

Un ou deux SIDEP ou sites de dépistage

Sept régions ont adopté le modèle de un ou deux SIDEP. Ce sont les régions de la Capitale-Nationale (03), de l'Estrie (05), de l'Outaouais (07), de la Côte-Nord (09), du Nord-du-Québec (10), de Laval (13), et de Lanaudière (14). Il faut remarquer que, dans la région 03, deux points de services sont rattachés au SIDEP. De manière générale, le ou les SIDEP désignés sont dans les milieux plus urbains, surtout en ce qui a trait aux régions à plus vaste territoire.

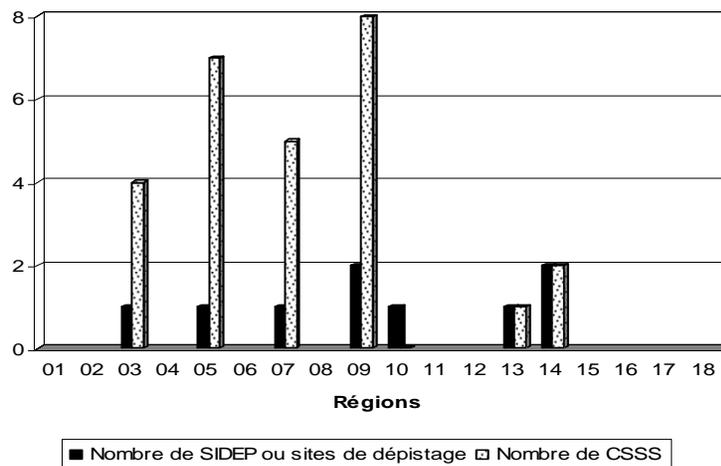


Figure 3 : Un ou deux SIDEP ou sites de dépistage par rapport au nombre de CSSS

De multiples SIDEP ou sites de dépistage

Six régions ont emprunté le modèle à multiples SIDEP. Il s'agit du Bas-Saint-Laurent (01), du Saguenay-Lac-St-Jean (02), de Montréal (06), de l'Abitibi-Témiscamingue (08), de Chaudière-Appalaches (12) et des Laurentides (15). Il faut voir que, pour toutes ces régions, la population est relativement dispersée, sauf à Montréal, où c'est la densité de population qui justifie le nombre de SIDEP et qui donne la possibilité de SIDEP voués à des populations vulnérables précises. C'est un cas exceptionnel.

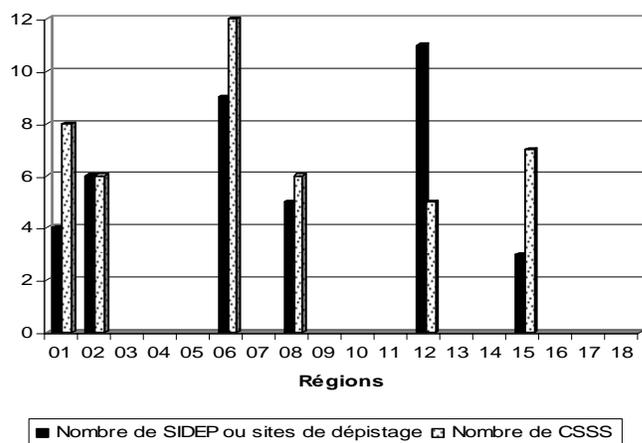


Figure 4 : De multiples SIDEP ou sites de dépistage

De multiples services moins différenciés

Les régions de la Mauricie et Centre-du-Québec (04), Montérégie (16), Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11) se caractérisent par des services répartis sur le territoire qui sont plus ou moins intégrés aux services courants ou aux cliniques jeunesse. Dans les régions du Nunavik (17) et de Terres-Cries-de-la Baie-James (18), du dépistage est offert dans plusieurs sites, sans que l'on puisse les considérer comme des SIDEP.

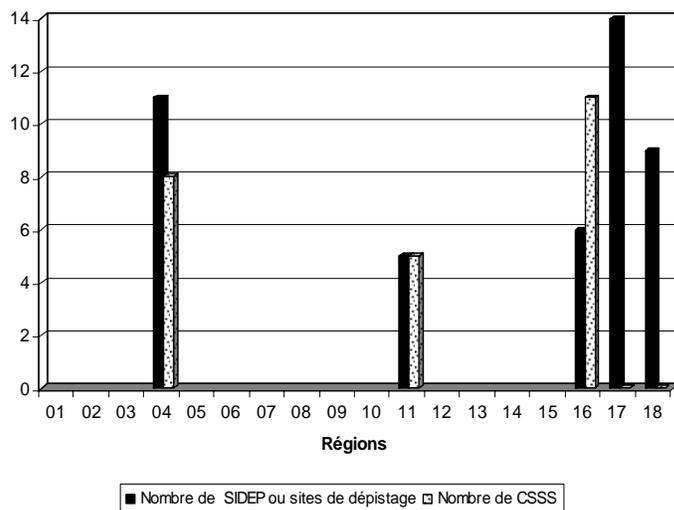


Figure 5 : De multiples services moins différenciés

3.4 LES SERVICES EN CSSS (CLSC)

Sous cette rubrique, trois aspects sont considérés : les services offerts en dépistage et prévention, les mesures pour en assurer l'accès et le suivi médical et psychosocial.

3.4.1 Les services en dépistage et en prévention

Les répondants des neuf régions (02, 03, 04, 05, 06, 08, 09, 12, 13) qui ont au moins un SIDEP organisé rapportent que les services prévus dans les orientations nationales, soit le dépistage anonyme du VIH, le dépistage des ITS et des hépatites virales, le counseling prétest et post-test, la vaccination, l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et de leurs partenaires (IPPAP) et l'accès aux traitements sont offerts dans au moins un CSSS de leur région (voir tableau 5 à l'annexe 5). La contraception s'ajoute souvent au panier de services.

Dans les régions dont les SIDEP sont en voie d'organisation ou qui n'ont pas de SIDEP, les services de dépistage anonyme du VIH sont généralement disponibles, sauf en Montérégie qui n'offre pas, non plus, le dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique. Dans une seule région (01), le dépistage du VHC n'est pas offert dans les sites de dépistage. Les autres services, s'ils ne sont pas offerts dans le cadre du SIDEP, le sont, dans la plupart des cas, par l'intermédiaire des cliniques jeunesse ou des services courants des CSSS (CLSC) et plus rarement grâce à la collaboration de cliniques privées avec lesquels des ententes sont établies.

Dans les régions du Nord 10, 17 et 18, les infirmières cliniciennes ont une « approche clinique multiforme » et assurent la plupart des services (consultation générale et divers programmes) dont le dépistage et la prévention des ITSS dans les centres de santé; parfois, il arrive que ce soit des médecins qui assurent ces services. Cela se fait souvent à l'occasion d'un suivi en périnatalité ou de tests de dépistage du cancer du col de l'utérus.

3.4.2 Les mesures d'accès

En l'absence de données précises, au moment de la collecte de données, qui départagent les personnes vulnérables de la population en général qui fréquente les CSSS (CLSC), les informateurs s'accordent à dire que les demandeurs de tests de détection des ITSS en établissement sont en majorité des personnes à faible risque, provenant pour la plupart de la population générale, qui ont eu, à l'occasion, un comportement à risque.

Certaines façons de faire facilitent la fréquentation des SIDEP par les personnes plus vulnérables. Dans plusieurs régions, des horaires de soir sont proposés et des périodes sans rendez-vous sont prévues. Dans quelques régions, des services en urgence sont aussi possibles pour des cas particuliers. Certains services pratiquent ce qu'ils appellent du « sans rendez-vous informel », c'est-à-dire qu'ils peuvent recevoir des personnes vulnérables ou à risque qui se présentent à l'improviste au CLSC et ce, même pendant des périodes avec rendez-vous. Enfin, des plages horaires fixes sont réservées à des groupes vulnérables dans certains SIDEP.

Dans les régions, l'horaire d'accès aux services de dépistage et le nombre total d'heures par semaine consacré à ce service sont variables. Chose certaine, il s'agit de services effectifs au moins une demi-journée par semaine et jusqu'à cinq jours, selon les SIDEP.

Enfin, il faut souligner que généralement ce temps n'est pas strictement occupé à recevoir des patients; des périodes de gestion administratives et d'autres activités connexes telles que formation et activités de prévention sont considérées.

3.4.3 Le suivi médical et psychosocial

Dans la plupart des SIDEP, le suivi médical des patients atteints d'ITS, d'hépatite C ou du VIH est assuré, mais selon des modalités différentes. Dans des CSSS mieux pourvus en ressources, le suivi est souvent effectué, sur place, en collaboration étroite avec des médecins du CLSC (p. ex. : grâce à l'unité de médecine familiale). Dans les CSSS des grands centres urbains dotés de cliniques ou d'hôpitaux spécialisés sur le territoire ou dans ceux qui sont en régions périphériques, les infirmières SIDEP orientent les personnes atteintes d'hépatites C ou de VIH vers ces ressources. Dans les régions éloignées des grands centres urbains, les personnes qui ont besoin de traitements peuvent être dirigées à des médecins spécialistes des grands centres hospitaliers régionaux.

Faute de médecins disponibles pour le suivi médical, des problèmes d'accès aux services médicaux sont relatés dans quelques régions. Par ailleurs, des services psychosociaux sont offerts dans plusieurs SIDEP. Certains sont disponibles de façon régulière à des périodes fixes. Dans d'autres SIDEP, les infirmières doivent diriger les patients vers d'autres services du CLSC ou vers d'autres établissements.

3.5 LES SERVICES ET LA PRATIQUE HORS CSSS (CLSC)

Les services et la pratique hors CSSS (CLSC) sont beaucoup plus variables que ceux en CSSS (CLSC) (voir tableau 5 à l'annexe 5), notamment quant à l'importance qu'on y accorde, aux lieux d'intervention, aux services offerts et aux collaborations établies.

3.5.1 L'importance relative des pratiques hors CSSS (CLSC)

Dans douze régions, des activités hors CSSS (CLSC) sont réalisées dans divers milieux, auprès de différents groupes vulnérables (voir tableau 6 à l'annexe 6). Ces activités représenteraient, dans l'ensemble, de 5 % à 40 %¹⁷ du temps de travail. Dans la région (02), un SIDEP voit 60 % de son temps de travail consacré aux activités hors CSSS (CLSC) alors que, dans la région (06), un SIDEP spécialisé auprès des personnes incarcérées réalise presque la totalité de ses activités dans trois centres de détention.

Si la majorité des activités hors CSSS (CLSC) des SIDEP sont assez régulières, d'autres activités au calendrier de plusieurs SIDEP sont ponctuelles : il suffit de penser à certains événements pour lesquels des intervenants de SIDEP sont sollicités ou qu'ils organisent eux-mêmes. Il n'y a pas de règles sur la fréquence des visites dans les milieux par les intervenantes des SIDEP. Le nombre de visites varie d'une fois par semaine à une fois par deux à trois mois.

¹⁷ Pour avoir une idée de l'ampleur des activités hors CSSS (CLSC) par rapport à celles en CSSS (CLSC), on compare les temps consacrés respectivement à ces deux types d'activités. Il s'agit d'une proportion approximative calculée à partir des renseignements parfois partiels donnés par les responsables des SIDEP, d'une région à l'autre. Il ne faut pas perdre de vue que l'ampleur du temps total consacré aux SIDEP varie d'un SIDEP à l'autre, de même que les ressources humaines et financières allouées.

Dans l'ensemble, la plupart des activités sont réalisées le jour. Mais dans six régions, des activités sont proposées le soir dans certains milieux (p. ex. : pour rejoindre les jeunes de la rue).

3.5.2 Les lieux d'intervention

La pratique hors CSSS (CLSC) se module selon les lieux d'intervention et les différentes populations vulnérables. Dans l'ensemble, les infirmières des SIDEP accèdent à une grande diversité de lieux. Les lieux d'intervention cités par les informateurs peuvent se regrouper dans les catégories suivantes :

Tableau 3 : Lieux d'intervention

Établissements à vocation sociale	Établissements commerciaux	Autres lieux
<ul style="list-style-type: none"> • centre de détention, • centre d'hébergement pour jeunes filles, • centre de réadaptation en toxicomanie, • école de décrocheurs, • école pour adultes, • foyer de groupes pour jeunes, • maison de femmes, • maison de jeunes, • organisme pour hommes en difficulté, • refuge pour itinérants, • CEGEP, • autres organismes communautaires (café de rue, soupe populaire, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • bars, • maisons closes, • motels, • salons de massage, • saunas 	<ul style="list-style-type: none"> • appartements, • parcs, • piqueries, • rues

3.5.3 Les populations vulnérables touchées

Dans onze régions sur douze qui ont des activités hors CSSS (CLSC), les informateurs rapportent des interventions auprès des HARSAH. Bien qu'on ne connaisse pas précisément l'ampleur et la fréquence de ces interventions, les zones urbaines présentent davantage de lieux possibles d'intervention. Dans quatre régions (03, 06, 13 et 16), il est fait mention d'interventions dans les saunas. Dans cinq régions (02, 03, 05, 08 et 12), des interventions se font dans les bars gays. Des informateurs de deux régions (04 et 15) font état d'interventions dans les parcs et haltes routières. Enfin, dans la région 16, une intervention est réalisée dans un camping.

Dans onze régions, des activités ciblent les UDI, les toxicomanes ou ex-toxicomanes. C'est surtout dans les organismes communautaires voués aux UDI ou aux toxicomanes, dans les centres de réadaptation, de désintoxication ou de réinsertion sociale, sur les lieux des Programmes d'échange de seringues ou dans les centres de détention que les intervenants des SIDEP rejoignent ces personnes

vulnérables. Dans sept régions, on rapporte des activités dans les centres de détention à l'intention des personnes détenues. Dans la région 03, il s'agit d'activités pour des personnes ex-détenues offertes dans un organisme communautaire.

Tableau 4 : Populations vulnérables touchées selon les régions

Régions	02	03	04	05	06	08	09	11	12	13	15	16
Populations												
HARSAH	•	•	•	•	•	•	•		•	•	•	•
UDI ou toxicomanes	•	•	•	•	•	•	•		•	•	•	•
Détenus ou ex-détenus		•	•	•	•		•	•			•	•
En provenance d'Afrique et des Caraïbes					•							
Jeunes en difficulté	•	•	•	•	•	•			•	•	•	•
Femmes vulnérables	•	•	•	•	•	•	•		•	•	•	•
Autochtones	•	•			•	•	•					

Pour ce qui est des populations en provenance des Caraïbes et d'Afrique, où l'infection par le VIH est endémique, seule la région 06 a des activités hors CSSS (CLSC) à leur intention. Cette région est la principale à les accueillir en nombre important sur son territoire.

Dans dix régions, on mentionne des activités hors CSSS (CLSC) pour les jeunes en difficulté¹⁸. Dans ces cas, les intervenants se rendent dans les maisons ou les refuges de jeunes, dans les écoles de jeunes adultes, de décrocheurs, de jeunes de la rue et dans les écoles à cheminement particulier. Dans quatre régions, ils peuvent être joints par des unités mobiles.

Sous la désignation de femmes vulnérables se retrouvent surtout les travailleuses du sexe. Les responsables régionaux des SIDEP font état d'activités auprès de cette population particulière, dans dix des onze régions qui ont des activités auprès des femmes vulnérables. Ces activités se déroulent dans les bars de danseuses, les agences d'escorte, les salons de massage et parfois au domicile. D'autres groupes de femmes tels que les femmes victimes de violence, les toxicomanes, les détenues et les autochtones sont rejointes, mais dans une moindre mesure.

Dans cinq régions (02, 03, 06, 08, 09), il est fait état d'activités en direction des populations autochtones. Elles peuvent avoir lieu dans des centres de santé autochtone ou dans un centre de développement et de formation de la main-d'œuvre. Enfin, dans la région 13, des services SIDEP sont offerts dans une maison de personnes vivant avec le VIH (PVVIH).

¹⁸ La notion de jeunes en difficulté réfère à plusieurs réalités dont l'appellation peut être abusive dans certains cas, notamment pour ceux qui fréquentent les maisons de jeunes. Mais pour éviter de fragmenter à outrance le groupe que constituent les jeunes, nous avons réuni sous cette appellation, les jeunes de la rue, les décrocheurs, ceux qui sont en cheminement particulier, en centres jeunesse et en centre de réadaptation. Seuls les jeunes du milieu scolaire régulier ne sont pas inclus.

3.5.4 La nature des services offerts hors CSSS (CLSC)

Les populations touchées et les lieux d'intervention influencent la nature de l'intervention. Dans l'ensemble, le panier complet de services est offert, soit sur place, soit en CSSS (CLSC) avec un accès rapide. Dans douze régions qui réalisent des interventions hors CSSS (CLSC), l'ensemble des ITSS sont dépistées, sauf dans la région 16, où les tests pour l'infection à *Chlamydia trachomatis* et l'infection gonococcique ne sont pas proposés par les services. La plupart des SIDEP offre hors CSSS (CLSC) le counseling, la vaccination et des activités d'éducation et de prévention individuelles.

Toutefois, l'intervention hors CSSS (CLSC) ne se résume pas, bien souvent, au panier de services. Dans certains cas, l'offre est plus ciblée et restrictive selon les lieux, les possibilités et les besoins des personnes. Dans d'autres cas, l'offre de services est au contraire élargie au point d'inclure l'intervention de groupe (dans au moins 3 régions), le planning, la contraception, l'orientation de la patiente en vue d'un avortement (dans au moins 5 régions) et les soins directs (dans au moins 5 régions). Enfin, il n'est pas rare que les personnes qui ont besoin de services soient accompagnées par l'infirmière vers les établissements appropriés.

3.5.5 Les collaborations développées pour offrir les services

Dans les douze régions qui effectuent des activités hors CSSS (CLSC), les infirmières des SIDEP en cause ont développé des liens et collaborent avec plusieurs organisations et intervenants pour offrir leurs services dans différents lieux et rejoindre les groupes vulnérables prioritaires. Cette collaboration se décline de diverses façons.

Dans la plupart des régions qui offrent des services hors CSSS (CLSC), les infirmières SIDEP s'entendent avec divers organismes sur un panier de services. Il s'agit d'organismes publics, comme les centres de détention, les centres de réadaptation et les écoles, ainsi que d'organismes communautaires, investis de diverses missions relatives notamment à la toxicomanie et au soutien aux jeunes. La collaboration peut se limiter à convenir avec l'organisme hôte d'une plage horaire de visite et de l'accès à un espace pour effectuer des interventions individuelles de counseling et de dépistage. Cette collaboration peut se traduire dans un rôle plus actif de la part de l'organisme hôte qui offre de faire la promotion des services et de participer à des activités de prévention.

Pour rejoindre les populations vulnérables en milieux plus marginaux, les infirmières des SIDEP recourent le plus souvent aux travailleurs de rue ou aux autres intervenants des organismes communautaires. Certaines font état d'un tel recours uniquement pour s'introduire dans les lieux ciblés; d'autres mentionnent la réalisation de projets conjoints avec des intervenants d'organismes communautaires déjà actifs en prévention des ITSS, jusqu'à un partage des tâches et à une complicité dans l'action. Enfin, quelques responsables régionaux SIDEP évoquent des collaborations avec les organismes communautaires quand cela se résume à les informer.

3.6 LES DIFFICULTÉS D'ORGANISATION ET DE PRESTATION DES SERVICES

Les difficultés d'organisation et de prestations des services signalées par les responsables SIDEP sont de différents ordres.

3.6.1 Les conséquences de la transformation du réseau

Au sujet des conséquences de la transformation du réseau, certains responsables régionaux font valoir que les fusions d'établissements créent une mobilité et une instabilité des ressources humaines et financières, que la place des SIDEP est fragile, qu'il faut convaincre les directeurs et les gestionnaires de l'agence et des CSSS de l'importance du dossier. La tâche serait d'autant plus ardue que dans certains plans d'action locaux¹⁹ (PAL), les populations vulnérables aux ITSS n'apparaissent pas.

3.6.2 L'accès aux ressources et aux services médicaux

L'accès aux ressources et aux services médicaux demeure un problème dans certaines régions. Certains informateurs font état de l'absence ou de la rareté de médecins qui limite l'action des SIDEP. Dans pareille situation, il devient difficile pour des infirmières de SIDEP d'orienter des patients symptomatiques ou diagnostiqués vers un médecin ou d'obtenir un rendez-vous pour le patient dans un délai raisonnable. Enfin, dans quelques régions, il n'est pas encore possible d'avoir accès au test PCR urinaire, ce qui limite les possibilités de faire du dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis*, ou de l'infection gonococcique hors des CSSS (CLSC).

3.6.3 L'intervention hors CSSS (CLSC)

Les informateurs déplorent le manque de ressources financières pour optimiser l'offre de services et rejoindre davantage les populations vulnérables. Ils reconnaissent que les services offerts hors CSSS (CLSC) coûtent en temps et en ressources beaucoup plus que ceux offerts en CLSC, mais que l'ajout de ressources nécessaires n'est pas facile à obtenir.

Les infirmières interrogées insistent sur la souplesse nécessaire dans l'organisation du travail afin de pouvoir intervenir dans certains milieux aux moments les plus propices et sur la flexibilité requise dans la pratique, compte tenu des conditions d'exercice plus difficiles dans certains milieux. Il arrive notamment que les horaires soient coupés ou qu'il faille faire preuve d'initiative pour administrer un vaccin ou pour procéder à des prélèvements.

De plus, la gestion des « dossiers volants », appellation que certaines utilisent pour les dossiers des personnes rencontrées à l'extérieur du CSSS (CLSC), demande certaines adaptations; une version abrégée du dossier client est souvent remplie au retour en CSSS (CLSC). Pour la remise des résultats aux personnes qui ont passé des tests, plusieurs formules sont employées : parfois l'infirmière les joint au numéro de téléphone fourni; parfois, ce sont les patients eux-mêmes qui doivent communiquer avec le CSSS ou se rendre sur place; parfois ce sont des rendez-vous téléphoniques qui sont données. Une infirmière utilise même Internet pour communiquer, surtout avec des jeunes.

¹⁹ En vertu de la Loi sur la santé publique (2001), les centres de santé et de services sociaux doivent élaborer, mettre en œuvre, évaluer et mettre à jour un plan d'action local de santé publique conforme au PNSP qui définit les mesures à prendre pour atteindre les objectifs du plan d'action régional, compte tenu de la spécificité de sa population.

Des contraintes rattachées au transport des échantillons sont signalées, comme l'obligation de retourner les spécimens au CLSC après le travail en soirée à l'extérieur ou de s'inscrire dans l'horaire de transport des échantillons au CLSC.

3.6.4 L'isolement du personnel

Enfin, plusieurs informateurs déplorent l'isolement des infirmières dans ce travail. Si, dans quelques régions, deux infirmières ou plus se répartissent la tâche, dans les autres, les infirmières se retrouvent seules ou presque. Elles doivent avoir accès à un soutien professionnel en provenance d'autres SIDEPS de la région ou de la direction de santé publique régionale.

3.7 LES PARTICULARITÉS DE LA PRATIQUE HORS CSSS (CLSC)

De façon générale, deux critères interdépendants participent à déterminer les particularités de la pratique hors CSSS (CLSC) : le lieu d'intervention et la capacité d'établir un contact avec les personnes. Au dire des informateurs, le choix des lieux détermine la façon d'entrer en contact avec la population vulnérable, le type d'intervention possible et l'organisation du travail.

3.7.1 Les établissements à vocation sociale

Il semble généralement plus facile d'intervenir dans les établissements à vocation sociale, en comparaison avec d'autres lieux plus commerciaux ou dans l'espace public. Ces établissements fournissent un cadre plus près de celui du CLSC que les autres lieux. Il est d'ailleurs davantage possible de planifier les visites. La plupart du temps, une annonce est faite au préalable dans les établissements. À période fixe, les infirmières se présentent. Souvent, un local est prévu pour les rencontres individuelles. Du dépistage, de la vaccination, de la contraception et même des tests de grossesse sont offerts. Des rencontres de groupes peuvent aussi être organisées, qu'il s'agisse de séances d'information sur les services au CLSC ou d'ateliers thématiques. Des mesures sont prises pour permettre aux personnes de consulter en toute confidentialité, par exemple on demande au personnel du secrétariat de convoquer ces personnes.

Quel que soit l'endroit où se fait l'intervention, les intervenants interviewés font valoir l'importance d'établir un bon contact avec les personnes vulnérables, de leur inspirer confiance pour qu'une rencontre se produise. Cela s'avère plus facile dans certains lieux que dans d'autres. Les infirmières soulignent l'importance de se faire connaître et d'apprivoiser progressivement les habitués de ces établissements. Certaines disent profiter de soupers communautaires et d'activités récréatives pour se joindre à ces groupes de manière plus informelle. Une présence assez régulière dans les établissements, une intervention bien préparée et un appui de l'organisme hôte facilitent la tâche.

La plupart du temps, le dépistage des ITSS n'est pas, d'entrée de jeu, l'intervention privilégiée comme chez les demandeurs de tests en CSSS (CLSC). Plusieurs informateurs soutiennent que les habitués de ces établissements n'ont souvent pas encore pris conscience qu'ils sont à risque de contracter une ITSS. Ils consultent pour d'autres problèmes auxquels il faut d'abord tenter de répondre. Ensuite, s'il y a une quelconque prise de conscience, il faut saisir l'occasion et les accompagner dans une démarche de prévention primaire ou un test de détection d'ITSS.

3.7.2 Les établissements commerciaux

L'intervention dans les établissements commerciaux (saunas, bars, salons de massage, agences d'escorte, etc.) s'avère plus complexe considérant que certains d'entre eux ont un côté clandestin ou sont aux mains du monde interlope. Les personnes interviewées soulignent que la barrière est souvent double : il faut d'abord se faire accepter des tenanciers avant de gagner la confiance de la clientèle. Les infirmières interrogées rendent compte, dans pareil contexte, de collaborations presque indispensables avec les organismes communautaires qui ont des entrées dans ces milieux et en connaissent la culture. Le plus souvent, les intervenants des organismes communautaires établissent le contact avec les tenanciers et conviennent du moment propice pour l'intervention de l'infirmière. Chaque lieu impose ses règles et l'offre de services varie. Deux cas particuliers sont décrits : les saunas et les lieux de travail du sexe.

Les saunas fréquentés par les HARSAH

La clientèle des saunas n'est pas ce qu'on appelle une population désorganisée, comme d'autres populations vulnérables; elle est, au contraire, relativement intégrée socialement. C'est en raison de son orientation sexuelle qu'elle peut être discriminée ou marginalisée.

Les intervenants communautaires mentionnent différentes conditions pour maximiser l'efficacité de l'intervention dans les saunas. Il faut s'assurer que le sauna ait une fréquentation suffisante pour justifier le déplacement de l'infirmier. De plus, il faut une présence régulière sur les lieux, une identification claire des intervenants pour éviter qu'ils soient confondus avec la clientèle ainsi qu'une affiche détaillée annonçant la prochaine visite. Sur place, il importe de bien choisir l'emplacement de la chambrette pour que l'intervention soit visible, mais discrète. Les services offerts dans les saunas, notamment à Montréal, sont le dépistage du VIH, de l'infection gonococcique et de la syphilis ainsi que la vaccination. Mais la remise des résultats au test anti-VIH se fait au CLSC. Ces services en sauna présentent des avantages pour ceux qui s'en prévalent : il n'y a pas d'attente et le tout se déroule dans l'anonymat, ce qui devient très important et déterminant pour certains dans le fait de passer un test.

Sur les lieux, l'intervenant communautaire voit surtout à recruter des hommes pour la consultation, à converser avec ceux qui attendent et à donner des conseils de prévention. S'il doit adopter les attitudes requises pour entrer en relation avec les hommes intéressés par la prévention jusqu'à parfois intervenir en relation d'aide et tenter de susciter de l'intérêt chez d'autres, il doit parfois faire face à des sollicitations sexuelles. Même si le moment de l'intervention en sauna est fixé à l'avance, il semble que le moment ne soit pas toujours opportun pour intervenir. Quand il y a affluence, les hommes sont trop sollicités et l'ambiance se prête beaucoup moins à une intervention de prévention.

Les lieux de travail du sexe

L'intervention auprès des travailleuses du sexe se fait surtout dans les bars, les agences d'escorte, les salons de massage et à domicile.

Les intervenants communautaires s'occupent du contact avec les propriétaires de bars, les barmans et les portiers ainsi que les propriétaires des salons de massage et préparent le terrain de la rencontre avec l'infirmière. Il faut parfois plusieurs mois et des demandes à répétition avant que les intervenants réussissent à être acceptés dans ces lieux. Certains lieux demeurent inaccessibles.

Quand l'autorisation des tenanciers est obtenue, des affiches décrivant l'offre de service et l'horaire sont posées dans les bars. D'un endroit à l'autre, l'organisation des lieux est différente et pas toujours adéquate. Dans la mesure du possible, l'intervenant et l'infirmière se retirent dans une loge. De manière générale, des interventions de prévention des ITSS et de planning des naissances sont réalisées. À certains endroits, on offre le dépistage des ITSS, à d'autres, on offre seulement le dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique par prélèvement urinaire. Enfin, certaines infirmières SIDEP font de la vaccination. Si le nombre de travailleuses du sexe n'est pas suffisant pour justifier le déplacement de l'infirmière, l'intervenant communautaire peut se charger d'accompagner au CLSC celles qui auraient besoin de services.

Dans le cas des agences d'escorte ou des travailleuses à domicile, le démarchage se fait par l'intermédiaire des annonces dans les journaux auxquelles les intervenants répondent pour offrir des condoms à prix réduit en guise de premier contact. Si le contact réussit, l'intervenant se rendra sur les lieux pour livrer la marchandise, faire de la sensibilisation à la prévention et offrir les services complémentaires, prérogatives de l'infirmière : vaccination et dépistage. Selon la demande, si le nombre de travailleuses du sexe le justifie, l'infirmière accompagne l'intervenant et les services sont offerts sur place; sinon, les travailleuses sont invitées à se rendre au CSSS (CLSC) pour les recevoir. Il semble important que les infirmières et les médecins en CSSS (CLSC), qui les accueillent, soient familiers avec la problématique des travailleuses du sexe. Enfin, on fait état de la difficulté de rejoindre les travailleuses du sexe qui recrutent leurs clients sur la rue.

3.7.3 Les autres lieux : appartements, parcs, rues, piqueries

Les interventions dans les appartements, les parcs, les rues ou les piqueries se font le plus souvent par les travailleurs de rue. Ils sont parfois accompagnés des infirmières des SIDEP pour de l'intervention sur place ou travaillent seuls à rencontrer les personnes vulnérables, surtout des UDI, des jeunes de la rue, des personnes itinérantes ou souffrants de problèmes de santé mentale et les dirigent par la suite vers l'infirmière des SIDEP, soit au CLSC ou dans un lieu intermédiaire comme un local pour les travailleurs de rue.

Les quelques infirmières, qui font référence à ces lieux de pratique, agissent dans des petits milieux où les personnes vulnérables en cause sont souvent connues. Les infirmières offrent des services plus adaptées aux personnes, comme des soins, des suivis ainsi que des accompagnements et prodiguent par la suite au CLSC les services de dépistage. Ces lieux, tels que la rue, les piqueries, les appartements et les parcs, se prêtent moins à des interventions de dépistage, bien que quelques-unes disent en réaliser. Les conditions de pratiques ne sont pas idéales.

Au dire des travailleurs de rue, il faut du temps et une présence dans ces lieux avant d'établir des contacts et de gagner la confiance de ces personnes très vulnérables. Tout est souvent à refaire, les milieux sont très instables. À cet égard, les travailleurs de rue jouent un rôle de premier plan. Si l'infirmière ne peut assurer cette présence, elle doit établir une complicité étroite avec le travailleur de rue. C'est une pratique pleine d'incertitudes qui exige une ouverture d'esprit de la part de l'infirmière, une aisance et une souplesse de manière à composer avec le contexte et à favoriser le contact avec ces personnes.

Constats d'ensemble sur les résultats

En parcourant ces résultats, nous pouvons faire des constats d'ensemble sur l'état d'organisation des SIDEP. Au sujet des orientations, il y a lieu de retenir que d'une part, la notion de SIDEP et de groupes vulnérables se prête à maintes interprétations et que d'autre part, les réalités régionales sont différentes. Il n'est donc pas étonnant de trouver divers modèles d'organisation des SIDEP, dotés de ressources financières et humaines qui oscillent d'un extrême à l'autre. Il est aussi prévisible que les services et les pratiques en CSSS (CLSC) ainsi que ceux qui sont offerts hors CSSS (CLSC) présentent aussi des distinctions régionales. L'ampleur des services, l'offre, les modalités d'accès et de suivi, les populations couvertes, le territoire à parcourir, les concentrations de population et l'infrastructure de soins et services sont autant de variables avec lesquelles les régions jonglent pour organiser leurs SIDEP. Néanmoins, dans une perspective de soutien à la mise en œuvre des SIDEP qui doit viser des objectifs communs dans la lutte aux ITSS, la question se pose de concilier cette grande variabilité par rapport à la convergence et à la cohésion d'ensemble nécessaires à cette activité du PNSP qui est l'« organisation des SIDEP ».

4 DISCUSSION

L'étude vise essentiellement à tracer un portrait de l'état d'implantation des SIDEP, à comprendre la variabilité interrégionale, eu égard aux orientations, et à explorer le volet d'intervention hors CSSS (CLSC) dans une perspective de consolider les services, tel qu'indiqué dans le PNSP. Malgré les données manquantes et les points de vue restreints aux responsables régionaux de SIDEP ainsi qu'à des infirmières et des intervenants sur le terrain, les résultats présentent une vision riche de l'organisation des SIDEP. Ils documentent les caractéristiques de l'objet SIDEP au-delà des éléments de définition contenus dans les orientations du MSSS; ils permettent de discuter de la conformité des services aux orientations, d'examiner des perspectives de consolidation des SIDEP et de proposer des pistes de soutien à leur implantation.

4.1 LES LIMITES DE L'ÉTUDE

Les résultats de cette étude reposent sur les perceptions et l'information des responsables régionaux des SIDEP quant à l'organisation des SIDEP sur leur territoire ainsi que sur les perceptions et les expériences d'infirmières de SIDEP et d'intervenants d'organismes communautaires. Il est tenu pour acquis que les informateurs sont sincères. Tous les acteurs impliqués dans l'organisation des SIDEP ne sont pas représentés, notamment les décideurs et les gestionnaires de CSSS, d'agences et du MSSS. Les points de vue administratifs et organisationnels des services sont susceptibles d'être moins présents par rapport à ceux qui touchent la mise en œuvre et l'intervention.

Par ailleurs, il faut souligner que les données présentées de manière quantitative ont été obtenues à partir de données qualitatives et que la part de données manquantes ou équivoques est significative. La description des dimensions de l'organisation s'en trouve affectée au point de limiter, à certains égards, les comparaisons entre les régions. Néanmoins, compte tenu de la « diversité de formules » des SIDEP, les perceptions des acteurs permettent d'avoir accès davantage à une compréhension de l'organisation des SIDEP selon les régions, que ce que fournit l'information à la pièce sur les variables d'implantation des services. Et la difficulté à obtenir l'information constitue, dans ce cadre, un résultat qui n'est pas sans révéler l'importance relative du dossier SIDEP aux niveaux régional et local.

Quant aux renseignements fournis sur le travail de proximité, ils sont limités par l'expérience respective hors CSSS (CLSC) des infirmières et des intervenants qui composent l'échantillon et les perceptions qu'ils en ont. Ainsi, cette information n'a pas la prétention de représenter tout le possible en la matière. Il s'agit d'une démarche exploratoire qui vise à faire ressortir les éléments intéressants par rapport à la problématique et aux objectifs de l'étude.

Néanmoins, l'information disponible et traitée permet de dégager des modèles organisationnels et des exemples de pratiques, de décrire des variations interrégionales, de mieux cerner la réalité du travail de proximité et de fournir un matériau intéressant en vue de soutenir la mise en œuvre des SIDEP.

4.2 LE PORTRAIT DES SIDEP 2004-2005

Les résultats démontrent qu'au regard des aspects démographiques et géographiques, les particularités régionales sont variables comme il est prévu. Mais un autre niveau de variation se superpose, celui-là d'ordre épidémiologique. En effet, les populations à risque pour les infections par le VIH et le VHC sont surtout en milieux urbains et ces infections ne se distribuent pas également dans la population en général. Par contre, l'infection à *Chlamydia trachomatis* (jeunes de 15 à 24 ans) a un profil de distribution plus proportionnelle à la population des territoires. Si des régions comptent moins ou peu de populations à risque de contracter le VIH et le VHC, elles ont toutes des populations vulnérables aux ITS. Le problème devient particulier dans chacune des régions et la dispersion de la population ainsi que l'étendue du territoire à parcourir influencent la capacité de faire des interventions dans les milieux de vie des personnes vulnérables.

4.2.1 Les distinctions dans la conception des SIDEP

Poussant plus loin l'analyse, il semble que l'ampleur de la structure initiale de services de dépistage anonyme du VIH, l'importance des crédits alloués antérieurement et les ressources humaines consacrées, de même que l'ajout de crédits supplémentaires aux SIDEP et une volonté régionale affirmée expliquent l'implantation de SIDEP dans les régions. Cependant, ces facteurs ne présument pas à eux seuls du modèle régional adopté par rapport au nombre de CSSS: un ou deux sites, de multiples sites ou de multiples services moins différenciés.

Sans en faire une règle générale, il est possible de constater une organisation des SIDEP plus concentrée, illustrée notamment par les régions 03, 05 et 07, qui pourrait être associée à une conception de services plus spécialisés de dépistage et de prévention des ITSS alors que les deux autres modèles, de multiples sites différenciés ou moins différenciés, suggèreraient plutôt une conception de services généraux de dépistage ITSS axée sur l'accessibilité (par exemple, régions 04 et 12). Il s'agit de distinctions, non seulement dans la conception des services, mais aussi dans la distribution des fonds inhérents.

4.2.2 L'intégration des ITS et des hépatites au dépistage du VIH : un même panier de services

Intégrer le dépistage des ITS et des hépatites dans la pratique du SIDEP en CLSC semble poser des problèmes pour quelques régions seulement; dans toutes les autres, les différents dépistages sont offerts. C'est le manque de médecins auxquels référer les cas dépistés ainsi que l'absence de test de PCR avec prélèvement urinaire qui limiteraient les possibilités de dépistage dans certaines régions.

La plupart des SIDEP font une réelle intégration du dépistage en CSSS (CLSC), ce qui limite le nombre d'intervenants auprès du patient; d'autres SIDEP, surtout ceux qui ne sont pas une entité en soi, mais plutôt assimilés aux services en place, peuvent aussi offrir tous les dépistages, mais parfois dans des services distincts et par différents intervenants. Cependant, hors des CSSS (CLSC), les conditions ne sont pas toujours réunies pour que tous les dépistages puissent être effectués, mais des aménagements sont prévus en CSSS (CLSC) pour compenser. Enfin, le panier de services, tel que défini par le Groupe de travail favorisant l'implantation des SIDEP, se retrouve presque au complet dans le SIDEP dans une pratique en CSSS (CLSC). Outre les rendez-vous, différentes mesures d'accès sont proposées comme des horaires de soir et des périodes sans rendez-vous. Un seul

informateur évoque les délais d'attente trop longs pour l'obtention d'un rendez-vous. On serait à même de penser que les services répondent relativement bien aux demandes dans la mesure où ils sont connus sur le territoire.

Il est intéressant de mentionner qu'aucun informateur n'évoque comme un frein au dépistage intégré la plus grande polyvalence attendue des infirmières alors qu'au lancement des orientations du MSSS (2001) cet aspect était appréhendé. Il est possible que la formation qui est donnée fournisse un certain appui et contribue à développer ainsi qu'à maintenir cette polyvalence et que les infirmières puissent trouver un intérêt à avoir une pratique plus diversifiée.

Enfin, il est souligné que les services additionnels qu'entraîne l'intégration des ITS et du VHC au VIH occasionnent des coûts supplémentaires. Ces considérations ont une influence non négligeable sur l'organisation des SIDEP et peuvent en limiter le déploiement.

4.2.3 L'offre ciblant les populations vulnérables hors du CSSS (CLSC) : une autre réalité d'une grande diversité

La réduction de l'incidence des ITSS exige que l'on rejoigne les populations vulnérables. Cette exigence représente vraisemblablement le principal défi en matière d'organisation des SIDEP.

L'importance de cette pratique hors CSSS (CLSC) est relative d'un SIDEP à l'autre. Il n'existe pas de règle sur la proportion des activités SIDEP à consacrer à cette pratique, ni de règle sur la fréquence de visites dans les milieux. L'information sur ce sujet montre qu'il existe plusieurs lieux d'intervention, principalement à vocation sociale, mais aussi à vocation commerciale ou autres, et que les principales populations vulnérables sont touchées par les interventions. La pratique est à ce point diversifiée à ce chapitre, d'une région à l'autre, qu'il a fallu recourir à des grandes rubriques d'ensemble pour classer et donner du sens à cette intervention au détriment de la richesse qu'elle comporte.

L'intervention hors CSSS (CLSC) est un champ ouvert moins balisé et moins reconnu que la pratique de dépistage en CSSS (CLSC). Rejoindre les populations vulnérables veut dire passer d'une réponse à une demande de dépistage en CSSS (CLSC) à une offre ciblée susceptible d'intéresser, dans leur milieu, les personnes vulnérables. Ce n'est pas strictement un changement de lieu et de population visée. Ce sont l'identité et le rôle de l'infirmière qui changent, le rapport au patient qui se transforme, l'intervention qui se modifie et les conditions de pratique et d'organisation du travail qui s'ajustent.

En CSSS (CLSC), les identités et les rôles sont clairs et acquis : l'infirmière légitimée par le CLSC offre des tests diagnostiques et le patient, demandeur actif, se prévaut du service. L'infirmière est sur son terrain en situation de relatif contrôle de l'intervention. Hors CLSC, les identités et les rôles sont à conquérir en quelque sorte. S'engage alors une démarche active de la part de l'infirmière à un premier niveau, pour solliciter des intermédiaires afin qu'ils facilitent son entrée et son acceptation dans les milieux fréquentés par les personnes vulnérables et qu'ils collaborent à l'intervention, ainsi qu'à un deuxième niveau, pour sensibiliser les personnes vulnérables au risque d'infections et au bien-fondé de passer un test diagnostique.

La prise de décision de passer un test diagnostique d'une ITSS ne se fait pas instantanément. Archambault (2001) fait état d'un processus préalable, dans le cas de détenus, comprenant l'observation pendant un certain temps de l'intervenant-milieu et la prise de conscience de la pertinence du test dans leur situation personnelle. Les propos tenus par les infirmières de proximité et les intervenants le confirment également: « rarement le dépistage est la première intervention auprès des personnes vulnérables, il faut souvent répondre à leurs besoins immédiats ». Au terme de cette intervention auprès de la personne, du reste, le dépistage n'est pas assuré.

L'intervention est plus complexe et souvent plus longue auprès des personnes vulnérables, mais non moins pertinente puisqu'elle est plus susceptible de s'adresser à une personne à risque d'être infectée. L'offre de vaccination est rapportée comme une bonne stratégie dans certains milieux, mais elle n'est pas la seule. Des activités de sensibilisation peuvent aussi favoriser le dépistage. Les services offerts sont restreints selon les possibilités rattachées aux lieux fréquentés et aux besoins des personnes rejointes ou plus larges que le dépistage, de l'ordre de la prévention, des soins et de l'accompagnement. Cela exige beaucoup de gestes, beaucoup de temps et des collaborations avec plusieurs acteurs, procure peu de visibilité et de reconnaissance, mais s'avère plus pertinente dans la lutte aux ITSS.

4.3 UNE APPRÉCIATION DE L'ÉTAT D'ORGANISATION DES SIDEP

Si l'on apprécie l'état d'organisation des services en 2004-2005 dans les régions du Québec à partir des services de dépistage anonyme du VIH qui étaient la structure initiale, on constate que des efforts ont été consacrés, à divers degrés, pour tenter d'opérationnaliser les orientations du MSSS (2001) en la matière. Plus de 75 % des régions ont des SIDEP organisés, en partie organisés ou en voie d'organisation à cette période. Divers signes, comme l'attribution de crédits supplémentaires aux SIDEP, de même que leur inscription comme activité dans la plupart des plans d'action régionaux (PAR), suggèrent que plusieurs régions accordent une importance grandissante au dossier. Cependant, il faut souligner que tous les services de dépistage anonyme du VIH ne sont pas devenus des SIDEP et que la question demeure : est-ce pertinent et faisable qu'ils le deviennent?

Les orientations sont larges et floues à certains égards de manière à permettre, notamment, une géométrie variable dont le portrait des SIDEP est l'expression. Il serait fort préjudiciable aux SIDEP de perdre de vue la « diversité de formules » dans la compréhension de leur organisation et de s'en tenir à des données sous quelques variables. Il faut, au contraire, considérer le tout de façon globale. Évaluer la conformité dans pareille situation se résume à vérifier le respect des principaux paramètres de définition énoncée dans les orientations du MSSS (2001) et à faire ressortir les ambiguïtés.

Ainsi, le premier paramètre qui est l'intégration des services de dépistage aux ITS et hépatites virales ainsi que l'offre d'autres services connexes est assez bien actualisé. En effet, la plupart des régions offrent le panier de services en CSSS (CLSC). Il faut dire que cet aspect s'inscrit tout à fait dans la mission des CLSC et dans les pratiques cliniques préventives. Cependant, il faut voir que la majeure partie des activités des SIDEP, sauf en de rares exceptions, se déroulent en CSSS (CLSC). Il y a lieu de se demander si c'est ce qui est souhaitable.

Quant aux interventions hors CSSS (CLSC) pour rejoindre les populations vulnérables qui constituent le deuxième paramètre des orientations, douze des dix-huit régions en réalisent avec plus ou moins d'ampleur. Il s'agit d'organisations très dépendantes des contextes qui exigent une bonne connaissance du territoire, des populations vulnérables qui s'y trouvent et des lieux pour les rejoindre. C'est sans doute l'aspect sur lequel il faut travailler davantage.

S'il convient de retenir qu'il y a une nette évolution dans le dossier « organisation des SIDEP » conformément aux orientations du MSSS, depuis leur parution, il faut préciser des éléments de définitions des SIDEP, reconnaître les interventions hors CSSS (CLSC) et explorer davantage leur organisation.

4.4 DES PERSPECTIVES DE CONSOLIDATION

4.4.1 La complémentarité des SIDEP

Une ambiguïté perdure au sujet de la complémentarité des SIDEP comme mesure distinctive par rapport aux ressources en dépistage des ITSS dans le réseau ou comme mesure d'appoint régionale face à des services de dépistage des ITSS insuffisants ou inexistantes. Les données collectées ne nous permettent pas d'apprécier l'organisation régionale des SIDEP sous cet aspect, comme le suggérait Laberge (2004). Seul un portrait d'ensemble des services offerts en dépistage et en prévention des ITSS permettrait d'avoir une idée plus juste de la contribution des SIDEP de chaque région dans leur organisation, tout en ayant à l'esprit qu'il ne s'agit pas nécessairement d'une opération facile ni d'une information en tout point accessible.

Par ailleurs, il faut noter que deux activités parentes dans le PNSP favorisent le développement du dépistage des ITSS: l'« organisation des SIDEP et la généralisation des services concernant la consultation en matière de sexualité – du type clinique jeunesse... » que les CSSS (CLSC) doivent mettre en œuvre. En outre, il existe déjà, en dehors des SIDEP, des services de dépistage dans toutes les régions du Québec. Ce sont les médecins des cabinets privés et des milieux hospitaliers qui prescrivent la majorité des tests diagnostiques des ITSS²⁰ et qui reçoivent la majorité de la population en cause. Dans la plupart des régions, les SIDEP demeurent un service de dépistage de faible envergure par rapport aux autres services de dépistage des ITSS, si l'on se fie au nombre de tests effectués sous leur initiative.

Le manque plus ou moins aigu d'accessibilité des services de 1^{re} ligne (Pinault, R. et autres, 2005) pourrait faire pression sur les CSSS (CLSC) de manière à ce que les SIDEP soient utilisés pour répondre aux demandes de dépistage en CLSC auprès d'une population à faible risque, plutôt que pour une intervention hors CSSS (CLSC) ciblant les populations vulnérables. De même, la transformation du réseau, notamment la mise sur pied des réseaux locaux des services intégrés et la conception des projets cliniques, pourrait faire en sorte que les SIDEP soient redéfinis dans une perspective de services intégrés. Le contexte est en évolution et des précisions mériteraient d'être apportées concernant les SIDEP « comme mesures complémentaires ».

²⁰ Bien que le sondage de Alary, M. et autres (2003) sur les pratiques cliniques en matière de diagnostic, prévention, dépistage auprès des omnipraticiens québécois révèle que tout près de 40 % des répondants ne pratiquent pas assez de dépistage à *Chlamydia trachomatis* et de la gonorrhée.

4.4.2 La spécificité des SIDEP

À la lumière des critiques formulées à leur endroit (Lambert et Sissoko, 2003 et Laberge 2004), il y a lieu de se demander si les SIDEP sont un programme de dépistage au même titre que les autres programmes de dépistage. S'ils en portent en partie l'appellation et qu'on s'en tient à cela plus souvent qu'autrement pour les comparer, ils n'en ont pas l'envergure puisqu'ils s'affichent comme complémentaires à des services offerts par d'autres ressources et constituent aussi une offre ciblée de services de prévention en direction des populations vulnérables.

Selon que l'intervention se déroule en CLSC ou hors CLSC, elle se présente comme deux réalités reposant sur deux logiques différentes qui peuvent être conciliables. Même s'il n'y a pas de théorie explicite à la base du modèle, comme le souligne Laberge (2004), les services peuvent s'inspirer de diverses expériences analogues d'intervention de proximité (Lambert et Sissoko, 2003) qui ont démontré une certaine efficacité à rejoindre les populations vulnérables. Le modèle est hybride et trouve une partie de ses fondements dans le dépistage des ITSS en CSSS (CLSC) relevant d'une approche clinique et une autre partie, extension de la première, dans des dimensions particulières concernant le travail de proximité. Plusieurs SIDEP fonctionnent déjà selon ce modèle sans que cette deuxième partie soit nécessairement visible.

Si l'activité clinique de dépistage peut être définie de l'extérieur, comme un programme, l'organisation locale et régionale des SIDEP est déterminée davantage dans ses objectifs, sa planification, ses stratégies et ses activités par les acteurs locaux et régionaux en fonction de leurs réalités, de leur motivation et de leur mobilisation à l'égard du dossier. Il y a peut-être lieu de considérer aussi l'organisation des SIDEP comme un processus, à l'instar de l'approche *Villes et Villages en santé* (Simard, 2005).

Enfin, pour que le travail hors CSSS (CLSC) puisse se développer davantage, il faut qu'il soit reconnu comme tel, dans ses caractéristiques et non pas gommé derrière le dépistage, ce qui le rend plus fragile. Le travail de proximité se construit sur une base relationnelle volontaire (Bastien, R., 2001). Les activités de démarchage, de sensibilisation et d'éducation accompagnent l'intervention et peuvent avoir un certain effet en matière de prévention des comportements à risque auprès des personnes vulnérables qui sont difficilement rejointes par des mesures de prévention à portée générale. Le dépistage en CSSS (CLSC) et la prévention des ITSS auprès des populations vulnérables sont des réalités différentes d'action qui appellent des mesures ou des appréciations différentes pour en rendre compte.

4.4.3 L'organisation des SIDEP

En CSSS (CLSC), un plus grand contrôle s'exerce sur la nature de l'intervention relative au dépistage, le temps accordé au demandeur, l'horaire, la gestion des dossiers, la remise des résultats. Hors CSSS (CLSC), le travail est empreint d'incertitudes, dépend des contextes, requiert une planification et une organisation souples, mais judicieuses, exige une collaboration soutenue avec les acteurs internes et externes. Diverses stratégies sont utilisées par les infirmières pour entrer en contact avec les personnes, comme s'associer à des initiatives d'organismes communautaires ou à des événements spéciaux ou organiser des activités de sensibilisation et d'éducation de groupes, selon les milieux. Des considérations telles qu'un nombre suffisant de personnes vulnérables dans les lieux à joindre, les

déplacements plus ou moins importants, la disponibilité d'espaces adéquats pour offrir les services, la gestion des dossiers des patients et la remise des résultats sont prises en compte, le plus souvent. Quoi qu'il en soit, pour le travail hors CSSS (CLSC) il faut du temps avant de pouvoir rejoindre les populations vulnérables et du temps pour agir. Cela représente du temps infirmier, donc des coûts, sans que l'on puisse mesurer de façon précise les résultats au nombre de tests. Si un taux de positivité plus élevé au test de détection d'ITSS pouvait devenir un indicateur de pertinence de l'intervention hors CSSS (CLSC), celui-ci ne serait pas suffisant à rendre compte de la spécificité de l'intervention de prévention primaire.

Les informateurs reconnaissent que le travail hors CSSS (CLSC) requiert des compétences particulières de la part de l'infirmière. Certaines infirmières en poste hésitent ou refusent de faire du travail de proximité, selon certains. Il semble plus difficile de changer les pratiques quand un service fonctionne depuis longtemps, que les ancrages sont plus grands et que les pratiques sont bien établies, que dans un SIDEP nouvellement créé.

Des régions ont opté pour de multiples assignations de tâches de type SIDEP en CSSS (CLSC) et hors CSSS (CLSC) pour des temps de travail très partiels pour les infirmières, ce qui multiplie le nombre d'infirmières, mais raccourcit leur temps de pratique dans ce domaine. D'autres régions ont plutôt choisi de confier à une seule ou à deux infirmières le soin d'offrir les services SIDEP, ce qui concentre leur pratique SIDEP, mais les rend plus seules dans leur tâche. Du soutien administratif et professionnel est nécessaire. De plus, l'organisation des SIDEP ne doit pas reposer complètement sur leurs épaules et sur leurs compétences, bien qu'elles soient des acteurs de premier plan. Cette organisation des SIDEP doit être prise en charge et reconnue dans ses volets en CSSS (CLSC) et hors CSSS (CLSC) par les gestionnaires et les décideurs, du chef de programme au directeur, en montant vers l'agence et le MSSS. Leur développement et leur consolidation en dépendent.

Si la pratique clinique du dépistage des ITSS en CSSS (CLSC) peut présenter une relative standardisation dans les façons de faire, l'organisation régionale des services laisse voir une grande diversité en matière de modèles organisationnels, d'ETC infirmier, de nombre de plages horaires de services, de mesures d'accès, de suivi médical et psychosocial, d'importance relative des services hors CSSS (CLSC), de lieux d'intervention et de populations touchées. Il ne peut en être autrement dans pareil cas. Mais si l'on se réfère à la figure 1 qui illustre comment fonctionne l'organisation des SIDEP selon un principe d'interprétation et d'adaptation des orientations du MSSS, garder une cohésion et une cohérence d'ensemble malgré tout au regard des objectifs de santé publique est le principal défi à relever, compte tenu des diverses instances et des nombreux acteurs qui traduisent à leur façon les orientations.

4.5 DU SOUTIEN NÉCESSAIRE À L'IMPLANTATION : DES PISTES

Comme on l'a déjà souligné, les SIDEP constituent, au sein des CSSS (CLSC) en cause, un « très petit dossier » qui peut facilement être oublié ou ignoré. Le contexte est en transformation et les CSSS sont à définir les projets cliniques, dans lesquels les SIDEP doivent prendre place. L'approche populationnelle mise de l'avant dans les projets cliniques repose sur une identification préalable des besoins de la population. Il n'est pas acquis que les populations vulnérables aux ITSS soient également considérées, d'un CSSS à l'autre et d'une région à l'autre, compte tenu que ces populations se retrouvent difficilement dans la définition des populations du Projet clinique (MSSS, 2004). Les

SIDEP sont fragiles, surtout en ce qui a trait au fait de rejoindre les populations vulnérables, ils requièrent du soutien.

4.5.1 Une approche plus pragmatique que normative

À la lumière de la problématique et des résultats, il y a lieu de considérer *Le dépistage anonyme du VIH : vers des services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS* comme un projet en évolution. La toile de fond bouge, le réseau se transforme. Et les SIDEP s'inscrivent dans ce contexte.

Des mesures de types *Top down* peuvent favoriser un déplacement vers le changement souhaité, mais il ne semble pas qu'elles soient suffisantes. En effet, l'inscription de l'activité dans les ententes de gestion, la conception d'outils, la formation des intervenants et l'ajout de crédits supplémentaires en santé publique qui pourraient être utilisés pour les SIDEP auraient contribué à leur implantation dans un premier temps. Cependant, en vue d'assurer le développement et la consolidation des SIDEP dans le sens souhaité, il y a lieu de considérer une approche plus pragmatique qui tienne compte de la « diversité de formules » et des réalités régionales variées.

Les interventions hors CLSC ciblant les populations vulnérables pourraient être très limitées, étant donné leur complexité, leurs coûts, leurs exigences de temps et leur invisibilité partielle, sans compter les conditions dans l'environnement comme la pénurie de médecins, les difficultés d'accès aux soins et services, qui peuvent exercer des pressions contraires. Ces interventions hors CLSC sont les plus déterminantes dans la transformation des services, sont les moins développées, constituent la grande part d'innovation des SIDEP et comportent aussi le potentiel le plus grand d'incertitudes et de controverses. C'est un aspect du dossier des SIDEP qui doit être développé, soutenu et défendu.

Pour soutenir l'implantation des SIDEP, la théorie de la traduction de Callon²¹ est d'un certain secours. Elle suggère de s'intéresser aux acteurs de tous les niveaux, de considérer leurs intérêts, les enjeux et les controverses rattachés au changement souhaité, d'identifier les obstacles, de tenter de trouver des réponses aux controverses de manière à explorer les possibilités, à favoriser les nouvelles connexions entre acteurs, savoirs et pratiques. C'est pareil processus qui permet l'expansion du réseau sociotechnique (acteurs, innovation ou l'occurrence des SIDEP) et suppose la mobilisation nécessaire des acteurs. Le réseau se développe par traduction du projet, dans ses dimensions, au moyen de quatre opérations : la problématisation, l'intéressement, l'enrôlement et la mobilisation qui permettent de mettre en mouvement les acteurs vers le changement souhaité. C'est une activité progressive et collective qui déforme les SIDEP au fur et à mesure que les intérêts des organisations se constituent autour d'eux. Et si cette activité parvient à constituer un arrangement réussi et sensé, pour les acteurs qui l'offrent (Bilodeau, 2004), les SIDEP s'implanteront.

Bien qu'il faille reconnaître que certaines conditions dans l'environnement sont moins favorables (p. ex. pénurie de médecins, difficulté d'accès aux soins et services), que les possibilités de remédier à la situation sont minces à partir du seul dossier des SIDEP et que les ressources financières sont restreintes, des pistes d'action qui ne sont pas seulement des détails techniques ou des outils, mais aussi des processus dans une approche pragmatique du dossier avec les acteurs de différents niveaux mériteraient d'être considérées.

²¹ Voir CALLON, M. « Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc » dans *L'année sociologique*, 36, 1986, p. 169-208. Il s'agit d'une théorie de l'action pour soutenir l'implantation d'une innovation.

4.5.2 Une compréhension commune à partager

L'organisation des SIDEP, vue dans son ensemble, est une intervention complexe et contingente (Contandriopoulos et collaborateurs, 2002). Les réalités régionales sont différentes à plusieurs égards.

Sur les SIDEP

S'il faut maintenir de grandes orientations pour assurer une même direction et une cohérence, il faut aussi tenir compte des multiples réalités régionales. Le contexte étant prépondérant dans la mise en œuvre des SIDEP afin qu'ils s'adaptent et ce contexte étant ouvert, il faudrait travailler non pas à normaliser davantage les orientations, mais à en définir les termes sur le terrain des régions, à même leurs réalités et leurs expériences, surtout en ce qui a trait au fait de rejoindre les populations vulnérables. Les SIDEP sont définis comme des « mesures complémentaires aux ressources existantes »; sont-elles complémentaires par rapport aux ressources existantes au CLSC, sur le territoire du CLSC, de l'agence ou dans l'ensemble du réseau? Des précisions devraient être apportées sur la façon d'interpréter cet aspect. De même, il y aurait lieu de se pencher sur l'intégration des SIDEP dans le *continuum* de services, au regard de la mise en œuvre des projets cliniques, dans les régions.

Sur des objectifs d'organisation

Des objectifs doivent être déterminés quant aux efforts à consentir pour rejoindre les populations vulnérables par rapport aux services à organiser en CSSS (CLSC). Il faut se pencher sur le type d'intervention hors CSSS (CLSC) afin de mieux cerner les composantes et les modèles d'intervention comme le soutiennent Lambert et Sissoko (2003). Cependant, il faut préserver à l'« organisation des SIDEP » une certaine souplesse afin d'en assurer la pertinence au regard de son contexte d'implantation. Dans le même sens, il faut aussi revoir la notion de populations vulnérables sous l'angle des différentes réalités régionales et sous l'angle du projet clinique afin de pouvoir inscrire plus facilement les SIDEP dans les CSSS (CLSC).

Sur des savoirs et des savoir-faire

Développer une compréhension commune sur l'organisation optimale des SIDEP est un processus qui se construit et qui exige des apprentissages collectifs. Dans des régions, il existe des expériences particulières sur certains aspects de l'« organisation des SIDEP », sur la façon de rejoindre et d'offrir des services aux personnes vulnérables. Des infirmières de SIDEP ou des intervenants d'organismes communautaires détiennent des savoirs et des savoir-faire qui mériteraient d'être mieux intégrés et diffusés. Des dispositifs peuvent être mis en branle pour réaliser cet objectif de même que diverses occasions peuvent être utilisées à cette fin. Chose certaine, cette compréhension commune ne doit pas être limitée aux infirmières des SIDEP, il faut viser à ce qu'elle soit partagée par le plus grand nombre possible d'acteurs et ce, à plusieurs niveaux : local, régional et national de même qu'intersectoriel, comme les organismes communautaires et les établissements.

4.5.3 Le dépistage des ITSS auprès des personnes vulnérables : une question à discuter

La pertinence et l'acceptabilité du dépistage des ITSS auprès des personnes vulnérables sont loin de faire consensus chez des acteurs concernés. Dans son avis, Laberge (2004) soulève la question. On peut difficilement l'ignorer dans la problématisation des SIDEP en fonction des acteurs.

Cette question ne se pose pas de la même façon selon qu'il s'agisse du VIH, des ITS et du VHC. Ces infections ne touchent pas tout à fait les mêmes populations; leurs conséquences sont différentes; l'ampleur et la gravité des traitements et des soins de ces infections ne sont pas comparables. En raison d'une offre combinée de dépistage, il peut être complexe de faire la part des avantages et des désavantages du dépistage.

Certains arguments plaident en faveur du dépistage des ITSS comme mesure de santé publique visant à réduire l'incidence des infections et à offrir des traitements. Des estimations soutiennent qu'environ 30 % des personnes infectées par le VIH ignorent leur statut sérologique, qu'une plus grande proportion de personnes encore ne savent pas qu'elles sont porteuses du virus de l'hépatite C et qu'une grande proportion des personnes infectées par des ITS sont asymptomatiques (MSSS, 2004). Selon Alary (IV^e Forum ITSS, 2005), les populations vulnérables aux ITSS sont plus susceptibles d'être infectées et il y a lieu de mettre sur pied des programmes de dépistage des ITS dans certains groupes cibles. Par ailleurs l'OMS²² recommande « dans les zones à forte prévalence comme dans celles à faible prévalence d'offrir le conseil et le dépistage en tant que service prioritaire à tous ceux que l'on considère être à haut risque d'infection à VIH et particulièrement aux populations vulnérables et marginalisées telles que les toxicomanes par voie intraveineuse et les homosexuels masculins ». Cette offre doit être accompagnée du consentement de ceux qui souhaitent connaître leur statut.

D'autre part, les SIDEP ne pourraient être strictement considérés sous l'angle de l'organisation de services de dépistage. Apprécier le rendement des SIDEP avec la seule lunette du dépistage, en évaluer les coûts/bénéfices et établir des critères d'efficacité sur cette simple base, serait nier la spécificité de ces services. Sans aller à l'encontre des constats de Gray (2001) cité par Laberge (2004), il y a sans doute lieu de se rappeler le statut particulier de cette mesure qui n'est pas du dépistage à grande échelle et qui est accompagnée d'autres services de prévention et de soins.

Aborder cette question de pertinence et d'acceptabilité du dépistage auprès des personnes vulnérables pourrait présenter plusieurs intérêts. Non seulement cet exercice pourrait permettre de préciser certains aspects, de lever des ambiguïtés et de résoudre des controverses, mais pourrait contribuer à faire voir l'importance du dossier et favoriser la mise en œuvre des SIDEP en outillant les acteurs.

²² OMS, *Le droit de savoir. Nouvelles approches pour le dépistage et le conseil en matière de VIH*, 2003.

CONCLUSION

Le portrait 2004-2005 sur les SIDEP qui est présenté et l'analyse qui en est faite n'a pas la prétention de révéler de manière exhaustive tous les aspects de l'« organisation des SIDEP ». Néanmoins, les résultats obtenus ont le mérite de rendre compte non seulement de la « diversité de formules » prévues dans les orientations, mais aussi des réalités rattachées à l'organisation de ces services que ne révèlent pas nécessairement quelques données quantitatives. Les résultats montrent une grande latitude dans les orientations, une grande variabilité dans l'implantation de ces services, des enjeux quant à leur existence, leur orientation et leur consolidation ainsi que l'importance de soutenir le dossier des SIDEP. Si la « diversité de formules » est essentielle pour respecter les particularités régionales et faire en sorte que les SIDEP soient mieux adaptés à leur environnement, il faut assurer une cohérence et une cohésion dans les orientations des SIDEP afin qu'ils atteignent les objectifs de lutte contre les ITSS. Considérant l'application des orientations larges qui fonctionne par interprétation et adaptation de celles-ci par les acteurs de plusieurs niveaux en fonction de leurs réalités, il convient d'accorder à ces acteurs une attention prioritaire.

Les efforts des régions pour se conformer aux orientations depuis 2001 portent fruit puisque 75 % d'entre elles ont au moins un SIDEP organisé ou en voie de l'être. C'est un dossier qui évolue et qui est appelé à le faire encore. Pour garder le cap, des aspects sont à préciser à même les réalités régionales en matière d'orientations, notamment en ce qui a trait à la complémentarité des services, aux définitions de populations vulnérables, aux efforts à consacrer aux interventions hors CSSS (CLSC) et aux objectifs de transformation des services de dépistage anonyme du VIH en SIDEP. L'offre ciblant les populations vulnérables doit se développer, être approfondie et reconnue. De l'information et des connaissances sur ce travail auprès des populations vulnérables sont détenues par plusieurs acteurs sur le terrain et ne demanderaient qu'à être organisées, intégrées et mises à profit. Enfin, il faut construire et maintenir une compréhension commune et préciser des objectifs de développement. Cet exercice doit se faire à relais à tous les niveaux avec les acteurs du terrain.

Si les SIDEP sont un dossier de petit poids dans les CSSS (CLSC), il faut voir que, dans le PNSP, aux côtés des autres activités inscrites en VIH, ITS et hépatites ainsi que dans la Stratégie québécoise de lutte aux ITSS, ils constituent, combinés à l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires (IPPAP), un point d'ancrage de la lutte aux ITSS. À ce titre, le dossier revêt une importance non négligeable sans pour autant que son implantation soit acquise dans toutes ses dimensions. Restreindre la vue sur les services au dépistage à une grille de rendement afférente, c'est à coup sûr ignorer le travail auprès des personnes vulnérables. Mais si, au contraire, on travaille à bien camper ce volet, il pourrait y avoir un espace dans les CSSS de protection et de prévention des ITSS ainsi que de promotion des comportements sécuritaires.

BIBLIOGRAPHIE

- ALARY, M. (2005) « 25 ans de lutte aux infections transmissibles sexuellement et par le sang à l'ère du sida », Montréal, Présentation au IV^e Forum ITSS, Institut national de santé publique du Québec.
- ALARY, M. ET AUTRES. (2004) *Bilan analytique des initiatives de promotion de la santé et de prévention des infections transmissibles sexuellement (ITS) et du VIH – volet prévention secondaire – sondage sur les pratiques cliniques en matière de diagnostic, prévention, dépistage et counseling de la gonorrhée et du Chlamydia auprès des omnipraticiens québécois*, Québec, Université Laval, Institut national de santé publique du Québec, 92 p.
- ARCHAMBAULT, J. ET AUTRES. (2001) *Évaluation de l'efficacité d'un projet de prévention du VIH et des autres MTSS en milieu carcéral (projet S.A.P.) Série B : Études et analyses scientifiques*, CLSC de la Région-Sherbrookoise, Centre affilié universitaire Université de Sherbrooke, 173 p.
- BARDIN, L. (1993) *L'analyse de contenu*. Paris, Presses universitaires de France, 7^e édition, 291 p.
- BASTIEN, R. ET AUTRES. (2001) *Analyse descriptive de la prévention dans le travail de proximité : la problématique des MTS/VIH et celles connexes*, Étude exploratoire : rapport de recherche, Direction de la santé publique de Montréal.
- BEAUCHEMIN, J. ET J.-F. LABADIE. (1997) *Évaluation de l'utilité et de l'accessibilité des services de counseling et de dépistage du VIH en milieu carcéral. Rapport final août 1997*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, CLSC Ahuntsic, 79 p.
- BILODEAU, A. ET AUTRES. (2004) « L'exigence démocratique de la planification participative : le cas de la santé publique au Québec », dans *Nouvelles pratiques sociales*, Montréal, vol. 12 n^o 1, pages 51-65.
- CALLON, M. (1986) « Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc » dans *L'année sociologique*, 36, pp. 169-208.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. (1998) « HIV Prevention Through Early Detection and Treatment of Other Sexually Transmitted Diseases (United States. Recommendations of the Advisory Committee for HIV and STD Prevention) », dans *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Atlanta, Georgia, U.S. Department of Health and Human Services, vol. 47, no RR-12, 31 p.
- CARBONNEAU, D. ET C. POULIN. (1999) *Rapport final. Projet Service mobile – Prévention/dépistage MTS/VIH*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la région de Québec, 76 p.
- CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA. (1996) *Services de dépistage anonyme du VIH – Analyse des données recueillies pour l'année financière 1994-1995 par les différentes régions*, Montréal.

- CONTANDRIOPOULOS A.-P. ET COLLABORATEURS. (2000) « L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes », dans *Rev. Épidem. et Santé Publi.* Paris, vol 48, pages 517-539.
- GRAY, J.A.M. (2001) « Evidence-based screening in the United Kingdom » dans *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, États-Unis, Cambridge University Press, vol.17, n° 3, p. 400-408.
- GRENIER, J.-L. ET AUTRES. (2004) *Bilan de projet. Prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Centre de détention St-Jérôme. Bilan novembre 2002-octobre 2003*, Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, 15 p.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE ET MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2004) *Programme de formation sur les Services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang « À la rencontre des personnes vulnérables »*, Montréal, INSPQ.
- JANELLE, F., CLÉMENT, P., GUAY, M. (2003) *Interventions préventives auprès des clientèles vulnérables. Évaluation des projets Accès-IP, Accès-IP communautaire et IP au centre de réadaptation Le Virage*, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 70 p.
- LABERGE, A., BERGERON, P., ROSSI, C. (2004) *Évaluation des « Services intégrés de dépistage et de prévention » des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Résultats de l'étude de faisabilité*, Institut national de santé publique du Québec et Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale, 27 p.
- LABERGE, A., ROSSI, C., ALLEN, M.F., RACINE P. (2002) *Bilan de la mise en œuvre des orientations nationales en matière de VIH/sida, de MTS et de VHC : les points de vue des régions*. Rapport synthèse. Institut national de santé publique du Québec et Direction de santé publique de Québec, 35 p.
- LAMBERT, G. ET H. SISSOKO. (2003). *Bilan 1999-2002 des équipes de prévention et de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) des CLSC désignés de Montréal*, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 182 p.
- LEBEAU J. et H. TÉTREAUULT. (1998) *Programme de dépistage anonyme du VIH/sida. Rapport d'évaluation*, Régie régionale de la santé et des services sociaux Mauricie-Bois-Francs, 55 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2006) *Guide québécois de dépistage – infections transmissibles sexuellement et par le sang*, Québec, Direction des communications, 149 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2005). *Rapport hebdomadaire des maladies à déclaration obligatoire – 22 novembre 2005*, Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2004) *Projet clinique. Cadre de références pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Document principal, Québec. La direction des communications, 75 p.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (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*, Québec, Direction des communications, 56 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Direction des communications, 133 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA. (2001) *Le dépistage anonyme du VIH : vers des services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales*, Québec, Direction des communications, 27 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2000) *Stratégie québécoise de lutte contre les MTS. Orientations 2000-2002*. Québec, Direction des communications, 36 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (1997) *Stratégie québécoise de lutte contre le sida phase 4 - orientations 1997-2002*, Québec, Édition Anne Vallières, 31 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Lafrenière C. et autres. (1996) *Rapport de la consultation réalisée pour le bilan de la phase 3 et l'élaboration de la phase 4 de la stratégie québécoise de lutte contre le sida*, Montréal, Centre québécois de coordination sur le sida et Direction de la recherche et de l'évaluation.
- PINAULT R. ET AUTRES. (2005) *Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec : principaux messages et sommaire*. Montréal, Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 6 p.
- ROY, S. ET AUTRES. (2006) *Représentations des actions intersectorielles dans la lutte contre le VIH/SIDA –Volet 2 : Les points de vue des acteurs-clés de divers secteurs de Québec et de Sherbrooke*, rapport de recherche, 78 p.
- ROY, S. ET AUTRES. (2005) *Représentations des actions intersectorielles dans la lutte contre le VIH/SIDA –Volet 1: Les points de vue des acteurs-clés de divers secteurs du centre-ville de Montréal*, rapport de recherche, 105 p.
- SANTÉ CANADA. (2003) « Les infections prévalentes au VIH au Canada : près d'un tiers sans diagnostic? », *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, Ottawa, Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada.
- SIMARD P. (2005) *Perspectives pour une évaluation participative des Villes et Villages en Santé*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Direction développement des individus et des communautés, 66 p.

ANNEXE 1

SCHÉMA DE L'ENTRETIEN TÉLÉPHONIQUE AVEC LES RESPONSABLES DES SIDEP DES DIFFÉRENTES RÉGIONS

<p style="text-align: center;">SCHÉMA DE L'ENTRETIEN TÉLÉPHONIQUE AVEC LES RESPONSABLES DES SIDEPS DES DIFFÉRENTES RÉGIONS</p>

Informations complémentaires sur l'organisation des services

1) Informations sur le responsable des SIDEPS afin de situer l'interlocuteur

- fonction à la direction régionale de santé publique;
- responsabilités de dossiers;
- rôle relatif aux SIDEPS.

2) Description singulière de :

- SIDEPS;
- populations vulnérables ciblées par les SIDEPS de leur région;
- lieux identifiés que fréquentent ces populations vulnérables.

3) Organisation régionale des SIDEPS

Nombre de SIDEPS dans les instances locales :

- localisation (CLSC, Centres de santé, autres), rattachement administratif;
- nombre de SIDEPS et de points de service.

Personnel de chaque SIDEPS :

- nombre équivalent temps complet (ETC);
- formation générale et spécifique du personnel pour certaines problématiques et clientèles;
- spécification du type de travail effectué (en établissement ou hors établissement);
- autres types de personnel associés aux activités des SIDEPS : services de provenance, nature de l'activité, populations touchées.

Ressources financières des SIDEPS :

- crédits attribués aux SIDEPS par rapport aux crédits globaux ITSS de la région;
- répartition des crédits dans les différents SIDEPS;
- autres crédits obtenus pour SIDEPS : indication de la source;
- instance qui assure la gestion des activités du SIDEPS (DSP, CLSC, autres).

Offre de services :

- services offerts dans les CSSS (CLSC) à la personne qui se présente;
- collaborations à l'intérieur du CLSC;
- jours et heures d'ouverture des sites fixes;
- services SIDEPS offerts hors CSSS (CLSC);
- jours, heures et lieux d'intervention à l'extérieur des sites fixes.
- populations rejointes;
- collaborations développées pour offrir les services.

4) Autres activités

- activités de promotion des SIDEPS réalisées;
- activités de formations données.

5) Appréciation sur la mise en œuvre des orientations nationales sur les SIDEPS

- difficultés particulières;
- éléments favorables.

6) Autres informations jugées pertinentes.

ANNEXE 2

SCHÉMA DE L'ENTRETIEN INDIVIDUEL EN PERSONNE AVEC LES INFIRMIÈRES DES SIDEP

<p style="text-align: center;">SCHÉMA DE L'ENTRETIEN INDIVIDUEL EN PERSONNE AVEC LES INFIRMIÈRES DES SIDEP</p>

Objectifs : Mettre au jour et mieux comprendre les caractéristiques et l'organisation de l'intervention SIDEP hors CSSS (CLSC) à partir de la pratique de l'acteur et du sens qu'il donne à son action.

1) Présentation de l'entretien

- présentation du thème (interventions SIDEP auprès des personnes vulnérables) et du but de l'entretien (collecte d'informations sur les caractéristiques de l'expérience des acteurs en la matière);
- indications sur le déroulement : entretien non directif mitigé d'une durée d'environ une heure trente;
- demande d'autorisation à l'enregistrement, présentation du formulaire de consentement;
- assurance de confidentialité.

2) Présentation de l'infirmière

- le rattachement administratif dans son établissement;
- le rapport avec l'agence;
- le nombre d'heures travaillées en SIDEP par semaine;
- le statut d'emploi : permanente ou contractuelle;
- la durée d'emploi;
- le milieu de travail : proportion du travail exécuté en CSSS (CLSC) et hors CSSS (CLSC).

3) Démarrage

- Vous travaillez depuis X temps dans le SIDEP. Vous avez développé une certaine expertise en matière de dépistage, de counseling, de prévention. Je souhaiterais que vous me parliez de votre travail en CLSC et surtout à l'extérieur du CLSC auprès des groupes ou des personnes vulnérables. En vous rapportant à votre agenda de la semaine dernière, pouvez-vous me raconter ce que vous avez fait, la première journée de travail de cette semaine-là et ainsi de suite, au fil des activités que vous avez réalisées, la nature des activités, les personnes rencontrées, les lieux fréquentés ainsi que les façons de faire?

4) Recherche dans le récit des informations suivantes

Description

- client : type, lieu, déroulement, services offerts, façons de faire ;
- utilisation des outils du MSSS : panier de services des SIDEP, dossier client (11 p.), le guide d'utilisation du dossier-client, fiches counseling prétest, post-test ;
- organisation de son travail : latitude, souplesse du CLSC, contraintes ;
- conditions de travail : seules ou avec d'autres infirmières SIDEP, relations ou collaborations avec les autres services ou personnes de son milieu CLSC ;

- collaborations avec d'autres partenaires ;
 - types de partenaires
 - initiation, démarche, stratégie d'approche
 - accueil, réticences, résistances
 - intéressement, points d'attraits, motivation ou intérêts réciproques
 - construction du lien : entente, *modus vivendi*
 - qualité de la présence : constante, sporadique

Appréciation

- sur le dépistage des personnes vulnérables et leurs intérêts ;
- sur leurs relations avec les personnes vulnérables (p. ex. : aisance ou inconfort) ;
- sur leur travail, leur rôle dans les SIDEPS, l'importance accordée au dossier et leurs besoins pour améliorer leur pratique ;
- sur les perspectives d'évolution de ce travail.

ANNEXE 3

SCHÉMA DE L'ENTRETIEN INDIVIDUEL EN PERSONNE AVEC LES INTERVENANTS D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES CONCERNÉS PAR LES SIDEP

<p align="center">SCHÉMA DE L'ENTRETIEN INDIVIDUEL EN PERSONNE AVEC LES INTERVENANTS D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES CONCERNÉS PAR LES SIDEP</p>

Objectifs : Mettre au jour et mieux comprendre les caractéristiques et l'organisation de l'intervention SIDEP hors CSSS (CLSC) à partir de la pratique de l'acteur et du sens qu'il donne à son action.

1) Présentation de l'entretien

- présentation du thème (interventions SIDEP auprès des personnes vulnérables) et du but de l'entretien (collecte d'informations sur les caractéristiques de l'expérience des acteurs en ce qui a trait à leur intervention relative aux SIDEP);
- indications sur le déroulement : entretien non directif mitigé d'une durée d'environ une heure;
- demande d'autorisation à l'enregistrement, présentation du formulaire de consentement;
- assurance de confidentialité.

2) Présentation de l'intervenant communautaire

- organisme de provenance;
- rôle et fonction dans l'organisme;
- nature de l'intervention de collaboration avec l'infirmière du SIDEP;
- nombre d'heures travaillées par semaine relativement au SIDEP;
- la durée d'emploi.

3) Démarrage

- Vous travaillez depuis X temps auprès des personnes vulnérables relativement aux services offerts par le SIDEP. Vous avez développé une certaine expertise en matière de connaissance du milieu, de contacts utiles pour l'intervention, de démarchage et d'interaction avec les personnes et les populations vulnérables et les groupes de prévention des ITSS. Je souhaiterais que vous me parliez de votre travail auprès des personnes vulnérables en ce qui a trait au SIDEP. En vous rapportant à votre agenda de la semaine dernière, pouvez-vous me raconter ce que vous avez fait en ce qui concerne le SIDEP, les activités que vous avez réalisées, la nature des activités, les personnes rencontrées, les lieux fréquentés ainsi que les façons de faire?

4) Recherche dans le récit des informations suivantes

Description

- client : type, lieu, déroulement, services offerts, façons de faire ;
- nature de la collaboration avec le SIDEP ;
- organisation du travail par rapport au travail de l'infirmière :
 - répartition de tâche, latitude, souplesse, contraintes
 - stratégie de contact
 - organisation de la rencontre
 - conditions et adaptations des services aux personnes vulnérables

- conditions de collaborations :
 - intérêts pour l'organisme communautaire
 - intérêts pour les personnes vulnérables
 - initiatives, démarche, stratégie d'approche
 - accueil, réticences, résistances
 - construction du lien : entente, *modus vivendi*
 - qualité de la présence : constante, sporadique

Appréciation

- sur le dépistage des personnes vulnérables et leurs intérêts ;
- sur leurs relations avec les personnes vulnérables (p. ex. : aisance ou inconfort) ;
- sur leur travail, leur rôle dans les SIDEPS, l'importance accordée au dossier et leurs besoins pour améliorer leur pratique ;
- sur les perspectives d'évolution de ce travail.

ANNEXE 4

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

**Organisation des services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP)
du VIH, des ITS et des hépatites virales**

Déploiement de l'activité dans chacune des régions du Québec en 2004-2005

Nous menons actuellement un bilan de l'organisation des SIDEP dans les différentes régions socio-sanitaires du Québec. Cette étude vise à dresser un portrait de l'organisation régionale des SIDEP et à comprendre les choix qui ont été faits et le mode de fonctionnement de ces services au palier régional et local.

Nous sollicitons votre participation à une entrevue afin de mieux connaître et comprendre votre travail. Conduite par un des responsables de l'étude, cette entrevue devrait durer une heure 30 minutes, tout au plus; il importe pour nous qu'elle soit enregistrée pour bien saisir l'information que vous nous transmettez. Soyez assuré qu'elle demeurera confidentielle et que votre nom sera remplacé par un code pour l'analyse. Enfin, nous tenons à préciser que le contenu de l'entrevue servira uniquement aux fins de cette étude.

Consentement du participant

Ayant pris connaissance des objectifs et des modalités de cette étude, je consens à y participer, étant entendu que je peux m'en retirer en tout temps, sans aucun préjudice me concernant.

Enregistrement de l'entrevue : Oui : _____ Non : _____

Date : _____

Signature : _____

Responsable de l'étude Monique Imbleau (INSPQ), 514-597-0606, poste 4437, en collaboration avec Claude Rossi (DSP de la Capitale-Nationale), équipe organisation des services et évaluation, 418-666-7000, poste 490.

ANNEXE 5

**SIDEP : SERVICES OFFERTS EN CSSS
(CLSC), TEMPS CONSACRÉ ET MODALITÉS
DE L'OFFRE, SELON LES RÉGIONS 2004-2005**

Tableau 5 : SIDEP : services offerts en CSSS (CLSC), temps consacré et mesures d'accès, selon les régions, 2004-2005

Régions	Services offerts	Temps consacré	Mesures d'accès
(01)	- SDA du VIH au CH et dans 3 CLSC - D. des ITS et IPAPP dans cliniques ITS adulte et jeunesse - pas de D. du VHC - liens avec M.D. du CH	n.d.	n.d.
(02)	CLSC Saguenay - panier de services complet - suivi et traitement VHC	2 j/sem,	Sur r.-v.
(03)	- panier de services complet - sauf IPAPP pas de façon systématique - liens avec M.D. services courants	Haute-Ville : 5 j/sem. et 1 soir Basse-Ville : 3 j/sem. et 1 soir	- Sur r.-v. - possibilité urgence - plages réservées aux o.c.
(04)	CLSC Trois-Rivières - panier services complet - liens avec M.D. du CLSC * autres CLSC : n.d.	5 j/sem. et 1 soir	- Sur r.-v. - Sans r.-v. le vendredi a.m. - possibilité urgence
(05)	- panier de services complet - programme d'échange de seringues intégré - prise en charge VIH et VHC par M.D. région	4,5 j/sem. et 1 soir-	- sur r.-v. - sans r.v. 1j/sem. - orienter au tél. pop. générale vers leur M.D.
(06)	CLSC Faubourgs - panier de services complet - nutrition VIH et hépatites - services sociaux - services psychosociaux CLSC Métro - SDA du VIH et vaccination, par inf. - services psychosociaux - entente avec clinique pour D. des ITSS CLSC Ahuntsic - services offerts dans 3 centres détention CLSC St-Michel - D. ITSS dans services courants - services psychosociaux VIH, pop. haïtienne - lien avec serv. planning, M.D. et inf. proximité CLSC Hochelaga - D. ITSS dans services courants - lien avec serv. planning M.D. et inf. proximité CLSC Plateau - D. ITSS et vaccination CLSC Petite-Patrie - D. ITSS dans services courants	5 j/sem. et 3 soirs 4,5 j/sem. et 1 soir 2,5 j/sem. pour DA n.d. Horaire des services courants : 66h/sem. Horaire des services courants 1 j/sem. et 2 soirs 5 j/sem. et 5 soirs	- sur r.-v. 3 j - sans r.-v. 2 j - plages horaire pour urgence - sur r.-v. - sans r.-v. 2,5 j/sem. - variables selon les milieux - sur r.-v. - sans r.-v. - sur r.-v. - sur r.-v.

Régions	Services offerts	Temps consacré	Mesures d'accès
	CLSC Villeray - D. ITSS, prévention et planning	3 j/sem. et 2 soirs	- sur r.-v. - sans r.-v.
(07)	CLSC de Hull - D. VIH et VHC et réf. IPAPP - vaccination - contraception	2,5 j/sem. prévus dont 1 soir	n.d.
(08)	CLSC Rouyn-Noranda - panier services complet	4,5 j/sem. et 1 soir	- sur r.-v. - sans r.-v. - heure réservée aux PV
(09)	CLSC Baie-Comeau et Sept-Îles - panier de services complet - planification des naissances et édu. sexuelle; - liens avec M.D. pour traitement.	5 j/sem.	- sur r.-v. - sans r.-v.
(10)	Centre de santé Chibougamau - SDA du VIH et D. des ITSS - pas de vaccination - en lien avec M. D.	n.d.	n.d.
(11)	CLSC Baie-des-Chaleurs - panier de services complet	n.d.	n.d.
(12)	CLSC - panier de services complet - liens avec M.D. CLSC ou autres M.D.	3 selon horaire du CLSC, plutôt le soir	n.d.
(13)	CLSC du Marigot - panier de services complet - liens avec M.D., TS	2 j /sem.	- sur r.-v. - sans r.-v. au besoin
(14)	CLSC Meilleur et Joliette - SDA du VIH - clinique jeunesse : D. ITSS	n.d.	n.d.
(15)	1 CLSC - D. ITSS dans services courants autres CLSC - SDA du VIH et vaccination -	horaire CLSC	n.d.
(16)	Variables selon CLSC - D. nominal du VIH, VHC et syphilis (accès M.D.) - vaccination - coût et soins de plaies mineures	Info. incomplète Pour 3 CLSC : équivalent de 2 j/mois dont 2 soirs	n.d.
(17)	- D. ITSS - vaccination, IPAPP - suivi périnatalité et PAP test. - peu de dépistage anonyme du VIH - M.D. assure encadrement clinique	Heures de bureau des centres de santé	- sur r.-v. - sans r.-v.
(18)	- D. ITSS - IPAPP pour CT - D. du VIH surtout nominal	Heures de bureau des centres de santé	- Urgence24/7

ANNEXE 6

**SIDEP : INTERVENTIONS HORS CSSS (CLSC) : LIEUX,
POPULATIONS TOUCHÉES, SERVICES OFFERTS,
TEMPS CONSACRÉ, SELON LES RÉGIONS, 2004-2005**

Tableau 6 : SIDEP : interventions hors CSSS (CLSC) : lieux, populations touchées, services offerts, temps consacré, selon les régions, 2004-2005

Régions	Lieux	Populations touchées	Services offerts	% du temps SIDEP hors CSSS
(01)	Pas d'intervention	-----	-----	-----
(02)	Bars École jeunes adultes École de la rue Maisons de jeunes Maisons d'escorte, salon de massage Maisons de chambre	HARSAH UDI Jeunes en difficulté Travailleuses du sexe Itinérants Autochtones Jeunes adultes	Éducation, prévention Counseling Dépistage des ITSS Vaccination Planning Suivis médicaux Interventions de groupe	3 j/sem., 60 %
(03)	Saunas et bars gais 12 organismes communautaires Centre de réadaptation toxico Piqueries Centre de dév. et de formation de la main-d'œuvre (autochtone) Domiciles	HARSAH, UDI, ex-toxicomanes, Ex-détenus Jeunes en difficulté Femmes vulnérables Autochtones Itinérants	Éducation, prévention Counseling Dépistage des ITSS Vaccination Soins Suivis médicaux * unité mobile	1,5 j/sem. (2 pm + 1 soir) 30 %
(04)	Parc, halte routière Rue École à cheminement particulier Maisons de jeunes Centre de réinsertion sociale Centre de désintoxication Centre détention	HARSAH UDI, ex-toxicomanes Détenus Jeunes en difficulté Femmes vulnérables Travailleuses du sexe Jeunes 16-30 ans	Counseling Dépistage ITSS Vaccination Contraception Soins	0,5 j au 2 sem. 5 %
(05)	Bars Centre de réadaptation toxico Bars danseuses, agences d'escortes Centre de détention Organismes communautaires École décrocheurs Maison de jeunes difficultés Soupe populaire, hébergement Itinérants	HARSAH UDI, ex- toxicomanes Détenus Jeunes en difficulté Travailleuses du sexe Itinérants	Éducation, prévention Counseling Dépistage des ITSS Vaccination *unité mobile	2,5 j au 4 sem. 18 %
(06) CLSC Des Faubourgs	Saunas Organismes communautaires	HARSAH UDI Jeunes en difficulté Travailleuses du sexe Itinérants	Counseling Dépistage ITSS Vaccination Soins Référence avortement	3 j/sem.
Métro	Organismes communautaires Écoles jeunes en difficulté Visite de la roulotte	Ex-détenus Jeunes en difficulté Femmes vulnérables Autochtones Itinérants	Éducation Counseling SDA du VIH	5 %

Régions	Lieux	Populations touchées	Services offerts	% du temps SIDEPS hors CSSS
Ahuntsic	Centres de détention	Détenus	Dépistage ITSS Vaccination Counseling IPAPP	100 %
St-Michel	Organismes communautaires Églises Écoles adultes École de francisation Parfois hors territoire	Population haïtienne surtout	Éducation, prévention Vaccination Promotion Intervention de groupe Accompagnement CLSC	n.d.
Hochelaga- Maisonneuve	Organismes communautaires Maison de jeunes en difficulté Organismes toxico Café, rue	UDI Travailleuses du sexe	Éducation, prévention Vaccination Counseling	2 j/sem.
Rosemont	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Plateau Mont-Royal	Organisme comm. Café Site échange de seringues Rue Refuge jeunes roulotte	UDI Jeunes en difficulté Travailleuses du sexe	Prévention Promotion de la santé Vaccination Clinique médicale avec M.D.	0,5 j/sem et + 16 % et +
Petite-Patrie	Organismes comm. toxico Écoles pour adultes	Toxicomanes Jeunes en difficulté	Éducation Dépistage des ITSS Traitement des ITSS Référence en centre de réadaptation	n.d.
Villeray	École de décrocheurs Organisme communautaire latino	Jeunes en difficulté Communauté latino	Prévention Dépistage Vaccination Intervention de groupe	1 j/sem 25 %.
(07)	-----	-----	-----	50 % prévu
(08)	École adultes Maison de jeunes Maison toxico Bars danseuses et gais Local travailleurs de rue	HARSAH UDI Jeunes en difficulté Travailleuses du sexe Autochtones	Éducation, prévention Dépistage des ITSS Vaccination Contraception Soins et référence	0,5 j/sem. + act. ponctuelles 10% et +
(09)	Centre de détention Centre de réadaptation toxico Centre de santé autochtones Org. comm. femmes violentées et ex-détenus	HARSAH Toxicomanes Détenus et ex-détenus Femmes vulnérables Autochtones	Prévention, éducation Counseling Dépistage des ITSS IPAPP inf. proximité Vaccination	0,5 j./sem. 0,5 j/mois + act. Ponctuelles 12 % et +
(10)	Pas d'interventions hors CSSS	-----	-----	-----
(11)	Centre de détention	Détenus	Dépistage des ITSS Formation des intervenants	Sur demande

Régions	Lieux	Populations touchées	Services offerts	% du temps SIDEP hors CSSS
(12)	Bars Écoles adultes Centre de désintoxication. Org. comm. itinérants Rue	HARSAH UDI, toxicomanes Jeunes en difficulté Travailleuses du sexe Itinérants	Prévention, éducation Counseling Dépistage des ITSS Vaccination * unité mobile	1 CLSC 2 j/sem. 40 %
(13)	Bars danseuses Agences d'escorte Centre de désintoxication Maison de jeunes Saunas Maison PVVIH	HARSAH UDI, toxicomanes Travailleuses du sexe Jeunes en difficulté PVVIH	Prévention, éducation Counseling Dépistage CT et gono. Vaccination Contraception Prévention secondaire Intervention de groupes * unité mobile	2 j/sem. 40 %
(14)	Prévu : Regroupement gai Bars gais Maison PVVIH Rue	Prévu : HARSAH Jeunes en difficultés Travailleuses du sexe	n.d.	n.d.
(15)	Centre de détention Écoles de décrocheurs Parcs et stationnement	HARSAH UDI, toxicomanes Détenus, ex-détenus Jeunes en difficulté Femmes vulnérables Travailleuses du sexe Itinérants	Prévention Counseling Dépistage ITSS Référence IPAPP * unité mobile (arrêt des activités jan. 2005)	1,5 j/sem. 30 %
(16)	Organismes communautaires Centres d'hébergement Saunas Camping Centre de réadaptation toxico Centre de détention Bars de danseuses Soupe populaire Refuge itinérants	HARSAH UDI, toxicomanes Détenus, ex-détenus Jeunes en difficulté Femmes vulnérables Travailleuses du sexe Itinérants	Éducation, prévention Dépistage VIH, hépatites et syphilis Vaccination	5 CLSC total 21x 0,5 j/mois 40 %
(17)	Pas d'intervention SIDEP hors CSSS	-----	-----	-----
(18)	Pas d'intervention SIDEP hors CSSS	-----	-----	-----

ANNEXE 7

**LISTE DES RESPONSABLES DES SIDEP
AYANT RÉPONDU À L'ENQUÊTE 2004-2005**

Liste des responsables régionaux des SIDEP ayant répondu à l'enquête 2004-2005

Régions	Répondants
01 Bas-Saint-Laurent	Claude P. Gauthier
02 Saguenay—Lac-St-Jean	Louise de la Boissière
03 Capitale-Nationale	Pierre Berthelot (Marlène Imbeault)
04 Mauricie et Centre-du-Québec	Guylaine Belzile
05 Estrie	Guylaine Lamarche (Louise Frenette)
06 Montréal	Gilles Lambert
CLSC des Faubourgs et CSSS Jeanne-Mance CLSC Métro Parc Extension CLSC Ahuntsic CLSC Saint-Michel CLSC Hochelaga CLSC Plateau Mont-Royal CLSC Petite Patrie CSLC Villeray	Suzanne Carrière Marlène Yuen-Boyer Daniel Boivin Françoise Barbot Yves Mathurin Anne-Louise Langevin Murielle Dion Danielle Lefebvre
07 Outaouais	Louiselle Rioux
08 Abitibi-Témiscamingue	Pauline Clermont
09 Côte-Nord	Micheline Castonguay
10 Nord-du-Québec	Marcel Brisson
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	Yacouba Traoré
12 Chaudière-Appalaches	Brigitte Fournier
13 Laval	Martine Lafrance
14 Lanaudière	Joane Desilets
15 Laurentides	Nicole Turcotte
16 Montérégie	France Janelle
17 Nunavik	Jean-François Proulx
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	Robert Carlin

