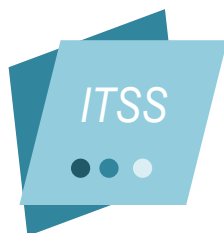




Offre régionale de service en
réponse à la problématique des

I Infections T Transmissibles



S Sexuellement et par le S Sang
chez les jeunes âgés de 12 à 24 ans

Rapport d'évaluation

Michèle Paradis
Pierre Racine

Collaboration de
Nathanaëlle Thériault
Stéphanie Michaud

Juillet 2018

Auteurs :

Michèle Paradis, agente de planification, de programmation et de recherche
Pierre Racine, agent de planification, de programmation et de recherche
Équipe Planification, évaluation, surveillance et administration
Direction de santé publique de la Capitale-Nationale

Avec la collaboration de :

Nathanaëlle Thériault, médecin-conseil
Stéphanie Michaud, conseillère en soins infirmiers
Équipe Maladies infectieuses
Direction de santé publique de la Capitale-Nationale

Le genre masculin est utilisé dans ce document et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse Internet
www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca

Dépôt légal, Bibliothèques et Archives nationales du Québec, 2018
ISBN : 978-2-550-79874-3 (PDF)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

La reproduction de ce document est permise, pourvu que la source en soit mentionnée.

Référence suggérée :

PARADIS, Michèle, et autres. *Évaluation de l'offre régionale de service en réponse à la problématique des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) chez les jeunes âgés de 12 à 24 ans*, Québec, Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2018, 75 p.

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier l'implication des organisations ayant participé à cette évaluation. Nous tenons à remercier particulièrement les infirmières qui ont rempli le questionnaire électronique servant à brosse le portrait des services en infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) dispensés à la clientèle jeunesse dans la région. Leur générosité pour le temps accordé et la qualité de l'information transmise ont permis d'enrichir la compréhension des enjeux en lien avec l'offre de service dans le cadre de la problématique des ITSS chez les jeunes âgés de 12 à 24 ans dans la région de la Capitale-Nationale.

Notre reconnaissance va également aux membres du groupe d'experts qui ont permis, par leur contribution, de documenter l'organisation des services en ITSS qui s'adressent aux jeunes sous différents volets, particulièrement sous l'angle de l'accessibilité aux services. En plus d'apporter un point de vue puisé de leur expérience terrain, leur participation a servi d'amorce à une réflexion visant l'amélioration des services en ITSS pour les jeunes de la région.

De plus, le soutien fourni par les infirmières de santé publique ayant procédé à l'enquête téléphonique des cas d'ITSS s'est avéré très utile. Leur participation à la démarche a permis de recueillir le point de vue des jeunes ayant bénéficié des services en ITSS, en plus de l'information servant à décrire la situation. Nous les en remercions chaleureusement.

Enfin, nous tenons à souligner la contribution de M^{me} Marie-Josée Paquet qui a réalisé l'édition finale de ce rapport.

RÉSUMÉ

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ont connu une croissance importante au cours des dernières décennies. Cette situation préoccupante interpelle directement les autorités et les membres des équipes de santé publique dans les interventions à déployer auprès des populations les plus touchées. À cet égard, la Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale a entrepris une démarche évaluative qui cible les jeunes de 12 à 24 ans particulièrement touchés par les ITSS.

Les objectifs de cette démarche visent à documenter l'offre de service en ITSS qui s'adresse aux jeunes dans l'ensemble du territoire de la région de la Capitale-Nationale, à constater les lacunes et difficultés rencontrées pour répondre à leurs besoins et à proposer des pistes de solution aux problèmes relevés. Différentes sources de données ont servi à la réalisation de cette démarche, dont un questionnaire sur les services offerts aux jeunes dans la région, deux groupes de discussion composés d'experts dans le domaine des ITSS ainsi qu'une collecte de données auprès de jeunes ayant bénéficié des services pour une problématique ITSS.

Plusieurs constats se dégagent de cette démarche. Mentionnons d'entrée de jeu que des services sont présents dans chaque secteur de centre local de services communautaires (CLSC) du territoire. On observe toutefois une grande variabilité de l'offre de service tant dans les points de service des cliniques jeunesse (localisés dans les CLSC) que dans les milieux scolaires. En effet, les services médicaux ne couvrent pas l'ensemble des cliniques jeunesse et ils sont présents dans quelques écoles seulement. Les services infirmiers sans rendez-vous ne sont pas offerts dans toutes les cliniques jeunesse. Aussi, moins du tiers des points de service des cliniques jeunesse assurent des services aux jeunes de plus de 20 ans. Enfin, le dépistage des ITSS n'est pas offert dans près de la moitié des milieux scolaires.

L'enquête sommaire réalisée auprès des jeunes a fait ressortir que les délais rapportés pour obtenir un premier rendez-vous concordent généralement avec ce que les experts reconnaissent comme étant optimal. Cependant, les délais moyens pour l'accès aux traitements après avoir reçu un résultat positif sont de quatre jours, que le jeune présente ou non des symptômes, délais que les experts considèrent comme étant trop longs. En outre, les jeunes se disent satisfaits des services lorsqu'ils y ont eu accès.

Au terme de la démarche, différentes pistes de solution ont été émises afin d'améliorer l'accessibilité, la disponibilité, la continuité ainsi que des aspects de l'organisation des services dispensés en ITSS dans la région à la clientèle jeunesse. Parmi ces pistes, soulignons l'importance de miser sur des stratégies de la promotion de la santé, tant en ce qui a trait aux pratiques sexuelles responsables qu'en ce qui concerne les services disponibles qui ne sont pas aussi bien connus que ce que l'on pourrait croire.

De pouvoir compter sur des services offerts à proximité des jeunes, de leurs milieux de vie et des lieux qu'ils fréquentent constitue une autre avenue à optimiser. Une meilleure accessibilité passe aussi par une bonne disponibilité quant aux plages horaires pour recevoir les jeunes, tant sur une base de rendez-vous que de « sans rendez-vous », sachant qu'ils ne sont pas toujours enclins à multiplier les démarches pour recevoir un service. À ce sujet, des efforts sont à consacrer pour développer des modalités « accommodantes » à cette jeune clientèle. Enfin, des corridors de services soutenus par des ententes formelles avec les partenaires sont à développer dans la région, et ce, de manière à assurer un bon suivi de la clientèle et à améliorer ainsi la continuité des services.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des figures et des tableaux	9
Listes des acronymes et des sigles	11
Introduction	13
I. Problématique des ITSS chez les jeunes	15
1.1 Situation au Québec et dans la région de la Capitale-Nationale	15
1.2 Facteurs explicatifs de la hausse observée de l'incidence des ITSS chez les jeunes	16
1.2.1 Comportements relatifs à la sexualité chez les jeunes	16
1.2.2 Pratiques recommandées concernant les ITSS chez les jeunes	18
1.3 ITSS dans la planification des services aux paliers national et régional	19
1.4 Démarches réalisées pour contrer les ITSS	19
II. Organisation des services dans la région de la Capitale-Nationale.....	21
2.1 Portrait des jeunes âgés de 12 à 24 ans.....	21
2.2 Bilan de l'organisation régionale des services en ITSS chez les jeunes.....	21
2.2.1 Constats généraux	21
2.2.2 Constats sur l'accessibilité des services.....	22
2.2.3 Constats sur la disponibilité des services	22
III. Démarche évaluative	23
3.1 Objet d'évaluation	23
3.2 Méthodologie	23
3.2.1 Stratégie d'évaluation	23
3.2.2 Cadre conceptuel	23
3.2.3 Déroulement de la démarche évaluative et collecte de données	25
3.2.4 Traitement et analyse des données.....	28
IV. Résultats.....	29
4.1 Description de l'offre de service ITSS auprès des jeunes.....	29
4.1.1 Cliniques jeunesse	29
4.1.2 Milieux scolaires	34
4.1.3 Service intégré de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEPE)	37
4.2 Résultats de l'enquête complémentaire menée auprès des jeunes.....	39
4.3 Résultats des groupes de discussion formés d'experts	42
4.3.1 Cliniques jeunesse	42
4.3.2 Milieux scolaires	44
4.3.3 Service intégré de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEPE)	45
V. Discussion	47
5.1 Forces et limites de la démarche d'évaluation	47
5.2 Principaux constats de l'évaluation	47
5.3 Constats dégagés d'études menées à l'échelle nationale	48
5.4 Principaux enjeux pour une organisation optimale de l'offre de service en ITSS.....	50
5.5 Recommandations	52
VI. Conclusion.....	55
Références.....	73

Annexes

A. Liste des organisations ayant rempli le questionnaire en ligne (<i>Fluid Survey</i>)	59
B. Population (n, %) selon le groupe d'âge et le territoire sociosanitaire (2014)	61
C. Liste des membres du groupe d'experts.....	63
D. Formulaire complémentaire – Projet d'évaluation des services ITSS offerts aux jeunes	65
E. Disponibilité de l'offre de service – Organisation ayant participé à l'évaluation (2015)	67
F. Données de l'enquête complémentaire réalisée auprès des jeunes	71

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure 1 – Cadre conceptuel pour l'évaluation de l'offre de service en ITSS.....	24
Figure 2 – Trajectoire de services en ITSS pour la clientèle jeunesse (12-24 ans)	27
Tableau I. Évolution des principales ITSS-MADO, 2011-2015 (Québec).....	15
Tableau II. Distribution des principales ITSS-MADO par territoire de RLS chez les 15-24 ans, région de la Capitale-Nationale, 2014	16
Tableau III. Âge de la clientèle ciblée par les cliniques jeunesse, territoires périphériques et centraux	29
Tableau IV. Disponibilité des services infirmiers et médicaux dans les cliniques jeunesse de la région.....	30
Tableau V. Services infirmiers et médicaux dans les cliniques jeunesse selon les étapes d'un épisode de soins	31
Tableau VI. Points forts, à améliorer ou à développer dans les cliniques jeunesse	33
Tableau VII. Disponibilité des services infirmiers et médicaux dans les milieux scolaires	34
Tableau VIII. Services infirmiers et médicaux dans les milieux scolaires selon les étapes d'un épisode de soins	34
Tableau IX. Points forts, à améliorer ou à développer dans les milieux scolaires	36
Tableau X. Services infirmiers du SIDEPE selon les étapes d'un épisode de soins ^a	37
Tableau XI. Points forts, à améliorer ou à développer au SIDEPE.....	38
Tableau XII. Distribution (%) des jeunes selon leurs caractéristiques sociodémographiques	39
Tableau XIII. Distribution (%) des jeunes selon leur type d'infection.....	39
Tableau XIV. Délai entre la « 1 ^{re} démarche et le moment de la prise de rendez-vous » et entre la « prise de rendez-vous et le rendez-vous lui-même »	40
Tableau XV. Délai moyen entre le « début des symptômes et le prélèvement positif » et entre le « prélèvement positif et le traitement antibiotique » chez les symptomatiques et les asymptomatiques.....	40
Tableau XVI. Démarches réalisées par les jeunes pour l'obtention des services en ITSS.....	41
Tableau XVII. Distribution (%) des jeunes selon le type de milieu clinique consulté	41
Tableau XVIII. Distribution (%) des jeunes selon leur satisfaction des services reçus	41

LISTE DES ACRONYMES ET DES SIGLES

CDFM	Centre de développement de la formation et de la main-d'œuvre Huron-Wendat
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CRQ	Clinique réseau de Québec
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSPublique	Direction de santé publique
GMF	Groupe de médecine de famille
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPAPP	Intervention préventive auprès des partenaires des personnes atteintes
IP SPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
ITS	Infections transmissibles sexuellement
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
IUGS	Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
MADO	Maladies à déclaration obligatoire
MEES	Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAR	Plan d'action régional
PCP	Pratiques cliniques préventives
PNSP	Programme national de santé publique
RLS	Réseau local de services
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS
TCNSP	Table de concertation nationale en santé publique
UMF	Unité de médecine familiale
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain
ZAP	Zones d'amélioration potentielles

INTRODUCTION

Dans la région de la Capitale-Nationale, comme ailleurs au Québec, la hausse des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) s'avère très préoccupante. En 2014, les ITSS représentaient 74,2 % de l'ensemble des infections déclarées dans le registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Les jeunes âgés de 15 à 24 ans sont particulièrement touchés par ces infections puisqu'ils représentent environ les deux tiers des infections à *Chlamydia trachomatis*, le tiers des infections gonococciques et le quart des cas de syphilis infectieuse de la région¹.

Les responsables de santé publique œuvrant à l'échelle nationale et régionale reconnaissent que les approches utilisées jusqu'ici pour réduire l'incidence des ITSS présentent des limites. D'ailleurs, divers travaux appuient ce constat voulant que l'offre de service, bien qu'elle se soit développée au cours des dernières années, ne soit pas pleinement adaptée, entre autres, à la clientèle des jeunes.

Dans ce contexte, la Direction de santé publique (DSPublique) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationaleⁱ a entrepris une démarche évaluative portant sur l'offre régionale de service en réponse à la problématique des ITSS chez les jeunes âgés de 12 à 24 ans. Cette évaluation vise particulièrement à documenter l'offre de service auprès des jeunes âgés de 12 à 24 ans, à dégager les forces et les limites reliées à l'offre de service et à proposer des pistes d'amélioration devant mener à une offre de service plus accessible et adaptée aux besoins de ce groupe cible. Plusieurs organisations ont été sollicitées pour collaborer à cette démarche afin d'obtenir un portrait régional. Ainsi, les infirmières des milieux suivants ont participé à l'étude : les cliniques jeunesseⁱⁱ, les milieux scolaires, le service intégré de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEP), les centres jeunesse, deux cliniques réseau de Québec (CRQ), une urgence hospitalière ainsi que deux organismes communautaires ([Annexe A](#)).

Cette évaluation a été réalisée par des membres de l'équipe Planification, évaluation, surveillance et administration (PESA) de la DSPublique, avec la collaboration de deux collègues appartenant à l'équipe Maladies infectieuses (MI), chargées de ce dossier à la DSPublique. Ces dernières ont agi à titre de personnes ressources de premier plan en raison de leur expertise dans cette problématique ainsi qu'en ce qui a trait à l'organisation des services déployés dans la région.

Le présent rapport renferme cinq sections principales. La première partie fait un bref survol de la problématique des ITSS chez les jeunes, la deuxième décrit l'organisation des services dans la région de la Capitale-Nationale alors que la troisième expose les éléments reliés à la méthodologie. La quatrième section présente les résultats et enfin, le dernier segment est réservé à la discussion quant aux résultats observés, en plus de faire état des forces et des limites de la démarche.

-
- i. Sera appelée seulement « DSPublique » dans le présent document afin d'alléger le contenu, mais réfère toujours à la Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale.
 - ii. Les services des cliniques jeunesse sont offerts en centre local de services communautaires (CLSC) ou dans les milieux scolaires selon les territoires. Dans le présent rapport, les données portant sur l'offre de service des cliniques jeunesse référeront à ce qui est disponible en « CLSC » et ce qui est offert dans les milieux scolaires sera indiqué sous « milieux scolaires » pour faire état de l'organisation actuelle des services dans la région de la Capitale-Nationale.

I. PROBLÉMATIQUE DES ITSS CHEZ LES JEUNES

La problématique des infections transmissibles sexuellement (ITS) est en progression depuis plusieurs années à l'échelle du pays et les données suggèrent que cette réalité ne semble pas vouloir s'inverser. Chaque année, un nombre grandissant de personnes contractent une des trois ITS suivantes : chlamydia, gonorrhée ou syphilis infectieuseⁱⁱⁱ et celles-ci figurent parmi les cinq catégories de maladies pour lesquelles les adultes consultent le plus². Ces infections constituent des causes importantes de morbidité, de mortalité, de handicap et de productivité réduite qui sont évitables et occasionnent des dépenses considérables pour le système de santé (*National Institute of Allergy and Infectious Disease, [NIAID], 2000*)³. Elles peuvent aussi causer des complications sur les plans de la santé physique, de la vie sexuelle et de la fertilité, en plus d'augmenter le risque de contracter ou de transmettre le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH)⁴. Enfin, la littérature scientifique démontre que les problèmes sexuels, de santé mentale ainsi que de consommation d'alcool et de drogues sont souvent interreliés⁵, augmentant ainsi les comportements à risque.

Les données canadiennes révèlent que les jeunes âgés de 15 à 24 ans représentent une proportion importante des ITSS déclarées. En effet, en 2010, 62,8 % des cas de chlamydia, 48,7 % de gonorrhée et 14,6 % de syphilis infectieuse concernaient ce groupe d'âge⁶. La situation n'est pas différente au Québec. Ainsi, en 2015, on dénombrait 61,0 % de cas de chlamydia, 34,8 % de gonorrhée et 13,2 % de syphilis infectieuse et tous étaient marqués par une nette augmentation depuis les dernières années⁷.

1.1 Situation au Québec et dans la région de la Capitale-Nationale

Avec plus de 29 000 cas déclarés dans la province en 2015, les ITSS comptent pour 75,1 % de l'ensemble des infections recensées dans le fichier québécois des MADO infectieuses⁸. Pour la région de la Capitale-Nationale, ces données totalisent 73,3 %, soit 2 553 ITSS sur un total de 3 484 maladies infectieuses déclarées. Des données comparant les taux de 2011 à ceux de 2015 illustrent bien qu'une hausse constante des cas déclarés est observée au cours des années (Tableau I).

Tableau I. Évolution des principales ITSS-MADO, 2011-2015 (Québec)^{9,10}

CHLAMYDIA	GONORRHÉE	SYPHILIS INFECTIEUSE
Dans la population générale		
- Le taux d'incidence de cas déclarés d'infection génitale a augmenté de 23 % entre 2011 et 2015. - Cette hausse est plus marquée chez les hommes (+42 %) que chez les femmes (+14 %).	- Le taux d'incidence de cas déclarés a plus que doublé entre 2011 et 2015. - Cette hausse est plus marquée chez les hommes (+134 %) que chez les femmes (+48 %).	- Le taux d'incidence de cas déclarés a augmenté de 9,8 % entre 2011 et 2015. 96 % des cas déclarés en 2015 concernaient des hommes.
Chez les jeunes de 15 à 24 ans (2015)		
- Parmi les femmes, ce groupe d'âge représente 69 % des cas déclarés; - Parmi les hommes, ce groupe d'âge représente 48 % des cas déclarés.	26 % des cas déclarés sont des hommes et 58 %, des femmes.	13 % des cas déclarés étaient âgés de 15 à 24 ans.
Le taux d'incidence des 15-24 ans est douze fois plus élevé que celui des autres groupes d'âge.	Le taux d'incidence chez les femmes de 15-24 ans est dix fois plus élevé que celui des autres groupes d'âge; pour les hommes, ce sont les 20 à 29 ans dont le taux est cinq fois supérieur à celui des autres groupes d'âge.	Malgré une tendance à la baisse amorcée en 2013 et 2014, le taux observé de cas déclarés en 2015 est le plus élevé depuis 1984.

iii. Une syphilis infectieuse est une syphilis primaire, secondaire ou latente de moins de un an.

Le tableau suivant illustre que la chlamydia est, de loin, l'infection la plus fréquemment déclarée dans la région chez les 15 à 24 ans, quel que soit le territoire de réseau local de services (RLS). Toutefois, les territoires urbains de la Vieille-Capitale (51,6 %) et de Québec-Nord (40,3 %) sont ceux où le plus grand nombre de cas d'ITSS est déclaré.

Tableau II. Distribution des principales ITSS-MADO par territoire de RLS chez les 15-24 ans, région de la Capitale-Nationale, 2014

TYPES D'INFECTION	CHLAMYDIA % (n)	GONORRÉE % (n)	SYPHILIS % (n)	TOTAL % (n)
RLS de Portneuf	6,0 (75)	1,6 (1)	11,8 (2)	5,9 (78)
RLS de la Vieille-Capitale	50,8 (632)	67,2 (43)	52,9 (9)	51,6 (684)
RLS de Québec-Nord	40,9 (509)	29,7 (19)	35,3 (6)	40,3 (534)
RLS de Charlevoix	2,3 (28)	1,6 (1)	0,0	2,2 (29)
TOTAL % (n)	100,0 (1 244)	100,0 (64)	100,0 (17)	100,0 (1 325)

Il est à noter que les données sous-estiment la réalité puisque bon nombre de personnes infectées et asymptomatiques ne consultent pas pour des tests de dépistage. Cette situation contribue au maintien d'un bassin de transmission.

1.2 Facteurs explicatifs de la hausse observée de l'incidence des ITSS chez les jeunes

À l'instar des États-Unis et du Royaume-Uni, l'Agence de la santé publique du Canada (2016)¹¹ relève que, depuis 1997, trois ITS (chlamydia, gonorrhée, syphilis infectieuse) montrent une augmentation constante du taux d'incidence. Des programmes de recherche et de surveillance accrue sont requis pour déterminer les facteurs pouvant expliquer cette tendance. Toutefois, pour les auteurs, il est possible d'avancer la contribution de certains éléments, tels que :

- l'introduction et la mise en œuvre des tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) qui permettent une détection plus exacte et précoce;
- le nombre croissant de personnes qui utilisent des moyens anonymes pour trouver des partenaires (ex. : Internet);
- la possibilité que des personnes refusent des pratiques sexuelles plus sécuritaires;
- les innovations apportées au traitement anti-VIH pouvant susciter un optimisme chez certaines personnes;
- les conditions non optimales auxquelles les jeunes sont confrontés quant à la sensibilisation aux risques et au manque de connaissances sur les comportements à privilégier pour les réduire;
- l'âge précoce des premières relations sexuelles et la fréquence élevée des relations monogames en série;
- la consommation de drogues, comme l'ecstasy et la méthamphétamine (glace ou crystal meth), qui semble être de plus en plus liée à des comportements sexuels à risque.

Aussi, le dépistage accru comme recommandé dans les guides de pratique, les interventions visant la notification aux partenaires sexuels ainsi que la gratuité des médicaments pour le traitement sont d'autres facteurs qui ont pu avoir un impact sur l'augmentation des ITSS déclarées au cours des dernières décennies¹⁰.

1.2.1 Comportements relatifs à la sexualité chez les jeunes

Afin d'adapter le plus adéquatement possible les stratégies à mettre en œuvre dans le domaine de la santé sexuelle, une bonne connaissance des pratiques et des comportements sexuels des groupes ciblés par les interventions à mettre en place s'avère importante. Dans cette perspective, il a été possible d'extraire, d'enquêtes réalisées auprès des jeunes, de l'information décrivant les comportements adoptés par certains sous-groupes. Ainsi, un chapitre d'une enquête québécoise auprès des jeunes du secondaire (2012)¹², qui porte sur les comportements sexuels des élèves de 14 ans, fait ressortir que :

- 37 % des élèves du secondaire de 14 ans et plus ont eu au moins une relation sexuelle consensuelle, orale, vaginale ou anale, au cours de leur vie;
- environ 10 % des élèves du secondaire de 14 ans et plus ont eu une première relation sexuelle consensuelle (orale, vaginale ou anale) avant l'âge de 14 ans;
- la grande majorité des élèves ayant eu une relation sexuelle consensuelle ont eu un ou deux partenaires à vie, soit entre 69 % et 85 % des jeunes selon le type de relation sexuelle;
- plus des deux tiers (68 %) des élèves du secondaire de 14 ans et plus rapportent qu'ils ont utilisé un condom lors de leur dernière relation sexuelle vaginale consensuelle.

Un rapport produit par l'Institut de la statistique du Québec (2014)¹³ brosse, pour sa part, un portrait des relations sexuelles chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans. On y fait état des données suivantes :

- 71 % sont sexuellement actifs;
- 65 % ont eu un seul partenaire au cours des douze derniers mois précédant l'enquête;
- 90 % utilisent habituellement au moins une méthode contraceptive;
- 56 % utilisent habituellement le condom et 68 % la pilule lors de leurs rapports sexuels;
- 52 % ont utilisé un condom lors de leurs dernières relations sexuelles^{iv};
- 20 % ont eu une première relation sexuelle avant l'âge de 15 ans;
- les jeunes ayant eu leur première relation sexuelle avant l'âge de 15 ans ont eu davantage de partenaires au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Les résultats de ces travaux confirment que la majorité des jeunes adoptent un comportement sécuritaire dans leurs pratiques sexuelles. Toutefois, l'augmentation bien réelle du nombre de nouveaux cas d'ITSS déclarés chaque année depuis 1997 nourrit des préoccupations majeures chez les responsables de santé publique qui cherchent à cerner les facteurs permettant d'expliquer cette hausse. À ce propos, certains travaux fournissent des pistes de réflexion sur le sujet. Ainsi, la Fédération des cégeps, qui a réalisé un portrait de santé des jeunes de 15 à 24 ans (2010), affirme que les « adolescents initiés plus tôt à la sexualité ne sont pas forcément outillés de façon adéquate sur les plans cognitif, émotionnel et social, pour affronter les difficultés et négocier les risques liés à la sexualité¹⁴ ».

Une consultation menée en 2013 par la DSPublique¹⁵ auprès de jeunes et d'intervenants œuvrant dans les milieux communautaires des réseaux de la santé ou de l'éducation^v répartis dans l'ensemble de la région, a aussi dégagé un certain nombre de perceptions pouvant servir de pistes explicatives. Parmi celles-ci, l'intérêt précoce des jeunes pour la sexualité, combiné à une certaine diversité des expériences auprès de partenaires différents sans l'utilisation régulière ou en l'absence de préservatif, a souvent été nommé.

Certains ont fait valoir l'abandon du cours « Formation personnelle et sociale » ainsi que le développement important d'une socioculture de médias de masse et de communication cybernétique dans laquelle la sexualité est associée à un produit de consommation facilement accessible. De plus, certains jeunes, en raison de leur consommation d'alcool ou de drogues, de leur exposition à la violence ou de leur appartenance à un groupe où la prévalence des ITSS est très élevée, demeureront, somme toute, plus vulnérables que d'autres aux ITSS. En outre, les services préventifs, tels que le counseling et le dépistage, sont difficiles d'accès.

iv. Il est important d'interpréter cette donnée avec prudence, car l'information ne précise pas si ces jeunes avaient une relation stable ou non.
v. Acteurs : enseignants, intervenants communautaires, éducateurs, infirmières, médecins, gestionnaires, jeunes impliqués dans les milieux scolaires (n = 114). Milieux : écoles secondaires, cégeps, maisons de jeunes, organismes communautaires jeunesse, organisations du réseau de la santé et des services sociaux (DSPublique, unités de médecine familiale [UMF], CLSC, centres jeunesse). Quelques étudiants des niveaux secondaires et postsecondaires ont aussi été rencontrés.

1.2.2 Pratiques recommandées concernant les ITSS chez les jeunes

Des rapports produits au cours des dernières années^{16,17,18,19} décrivent les différentes caractéristiques à considérer lors de la mise en place de services qui s'adressent aux jeunes, par exemple dans le cas des cliniques jeunesse. Ces caractéristiques concernent la relation du jeune avec le professionnel, l'épisode de soins ainsi que l'environnement physique et organisationnel.

Concernant la relation du jeune avec le professionnel, quelques éléments centraux ont été constatés. En effet, celui-ci lui assure :

- la confidentialité des services;
- l'accès à du personnel en qui il a confiance;
- un consentement libre et éclairé, c'est-à-dire qu'il lui fournit une information objective et honnête, sans contrainte, et qu'il respecte son choix.

Concernant l'épisode de soins, les conditions importantes à retenir sont les suivantes :

- une approche interdisciplinaire, incluant minimalement une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IP SPL) ou un médecin, un intervenant psychosocial et un membre du personnel de soutien;
- une gamme de services qui renferment des services préventifs et curatifs de manière à couvrir un épisode de soins et à assurer un suivi adéquat pour une bonne continuité des services;
- des services cliniques adaptés qui correspondent aux réalités et aux besoins des jeunes;
- une diversité de services pour aborder la santé des jeunes dans sa globalité (ex. : avoir une approche biopsychosociale; ne pas seulement retenir la problématique ITSS, mais également les autres problématiques telles que celles affectant la santé mentale et la toxicomanie); avoir une approche intégrée;
- un accès aux ordonnances collectives qui constituent un outil dans le cadre de l'évolution des services cliniques;
- la qualité technique la plus appropriée, ce qui met en valeur l'importance de la formation;
- l'application de lignes directrices;
- la disponibilité de l'information écrite et autres outils adaptés aux jeunes lorsque cela est pertinent.

Enfin, concernant l'environnement physique et organisationnel, d'autres éléments font ressortir l'importance d'assurer :

- la disponibilité des services (la présence du service en premier lieu ainsi que des horaires flexibles [soir, fin de semaine], un accès à des services de « sans rendez-vous », un accès ponctuel et rapide, le respect de délais raisonnables, etc.);
- l'accessibilité géographique des services (situés à une courte distance du lieu de résidence, de l'école ou des services accessibles en transport public, etc.);
- l'accessibilité économique (qui réfère aux coûts des prélèvements);
- la continuité des services par la création de corridors de services^{vi} permettant d'établir des liens fonctionnels de collaboration et de partenariat ainsi que de la fluidité de l'information entre les ressources hors scolaires et scolaires;
- l'offre d'un environnement privé, accueillant et évitant la stigmatisation; l'ouverture simple du dossier (en permettant de la souplesse et de la flexibilité sur le plan administratif).

vi. Un corridor de services doit permettre d'orienter les jeunes vers les services dont ils ont besoin, selon des ententes de service établies au préalable entre la clinique jeunesse et les professionnels ou les établissements pouvant fournir les services requis (tiré de : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Sexualité saine et responsable en contexte scolaire : recommandations du groupe de travail national sexualité-jeunesse*. Québec, 2014, p. 15).

En outre, la clientèle visée par les services qui s'adressent aux jeunes est peu encline à consulter. Elle est particulièrement sensible à la confidentialité et à la relation qui s'établit avec un professionnel de la santé, tout comme elle souhaite une accessibilité ponctuelle et rapide des services. L'organisation de ces cliniques doit inclure la possibilité d'une référence rapide à un médecin ainsi qu'à des ententes sur des corridors de services, notamment pour des problématiques particulières. En effet, pour utiliser les ressources de façon optimale et assurer la continuité des soins, il faut pouvoir rediriger les jeunes, lorsqu'ils se présentent à un endroit ne pouvant répondre à leurs besoins, vers l'endroit approprié. Ce point de vue rejoint celui de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui considère que les services de santé ne tiennent pas compte des besoins particuliers des adolescents et se contentent de leur fournir un minimum de services pour adultes ou pour enfants. Selon les données probantes, de nombreux jeunes jugent les services de santé inadaptés à leurs besoins et s'en méfient. Ils ne les utilisent donc pas ou n'iront chercher de l'aide qu'en dernier recours. Il apparaît également nécessaire de porter une grande attention à la manière dont les services sont proposés, en considérant notamment que les jeunes sont très sensibles à l'intimité et à la confidentialité et ils ne veulent pas que leur dignité soit offensée. De plus, la compétence technique doit être accompagnée de respect et de sensibilité afin d'amener les jeunes à se dévoiler et, ainsi, découvrir des problèmes sous-jacents qui n'étaient pourtant pas la raison première de la consultation. Finalement, un personnel empathique et techniquement compétent doit pouvoir compter sur un système qui le soutient de manière constante.

1.3 ITSS dans la planification des services aux paliers national et régional

Inscrites dans la première édition du Plan national de santé publique (PNSP) (2003-2008 et révisée 2009-2015)^{vii}, les ITSS étaient nommées comme étant une problématique pour laquelle des actions spécifiques de santé publique devaient être menées par l'ensemble des paliers, comme le faisait valoir le Plan d'action régional (PAR) de la DSPublique^{viii} ainsi que les plans d'action locaux des centres de santé et de services sociaux (CSSS). Dans la dernière édition de son Plan stratégique 2015-2020²⁰, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a déterminé une cible visant à augmenter de 15 % le nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans afin de « renforcer la prévention et le contrôle des ITSS ». De plus, dans son Programme national de santé publique (PNSP) 2015-2025, le MSSS a reconduit cette même cible visant une augmentation du nombre d'activités de dépistage des ITSS de 15 % d'ici 2020. La DSPublique du CIUSSS de la Capitale-Nationale, qui convient que des efforts doivent être consacrés pour améliorer le dépistage des ITSS et pour diminuer la transmission, a maintenu cette cible à l'intérieur du PAR 2016-2020.

1.4 Démarches réalisées pour contrer les ITSS

Différentes démarches ont été entreprises par plusieurs acteurs impliqués dans le domaine des ITSS au cours des dernières années, et ce, tant sur le plan national que régional. D'abord, en 2010, le quatrième rapport national sur l'état de santé de la population intitulé *L'épidémie silencieuse*²¹ sonnait l'alarme en établissant clairement la présence d'une recrudescence des ITSS principalement chez les jeunes, malgré les efforts de prévention. Pour améliorer la mise en œuvre des interventions en ITSS, ce rapport recommandait de revoir des façons de faire, compte tenu de la nouvelle

vii. Le PNSP (MSSS, 2008) recommande certaines activités destinées à la population des 12-24 ans dont : « Le soutien à une organisation de services de consultation en matière de santé sexuelle, services adaptés aux adolescents et aux jeunes adultes – du type des cliniques jeunesse, favorisant la prévention des ITSS, intégrant les pratiques cliniques préventives et combinés à des interventions d'éducation à la sexualité » (p. 55).

viii. Le PAR de santé publique (2009), en lien avec les ITSS, s'est fixé comme finalité de : « Promouvoir la santé et prévenir les ITSS, soit le VIH-SIDA, l'hépatite C et les autres infections transmissibles sexuellement (ITS), notamment la chlamydia et la gonorrhée, auprès des populations à risque constituées des jeunes de 12 à 24 ans, des groupes vulnérables socialement ainsi que des personnes atteintes d'une ITSS et de leur ou leurs partenaires » (p.91).

organisation du système de soins et de services sociaux, des transformations de la problématique des ITSS et des nouvelles possibilités d'intervention ainsi que de l'évolution de l'action de santé publique. Par ailleurs, les principaux enjeux de mise en œuvre constatés portaient sur l'intégration des interventions essentielles en ITSS dans les centres locaux de services communautaires (CLSC), particulièrement dans les secteurs de services et dans les partenariats intersectoriels appropriés, la capacité de rejoindre les populations vulnérables aux ITSS qui fréquentaient peu le réseau et de fournir une réponse adéquate aux besoins de l'ensemble de la population concernée.

En septembre 2011, les membres de la Table de concertation nationale de santé publique (TCNSP) ont tenu une réflexion stratégique sur les perspectives d'évolution de l'action de santé publique. Le besoin d'intensifier les efforts pour renforcer l'implantation du PNSP et d'établir des priorités sur des problématiques centrales ou concernant des actions à réaliser a été relevé. La TCNSP a alors convenu de mettre en place des chantiers relatifs à trois problématiques inquiétantes en santé publique pour lesquelles des gains étaient jugés possibles et souhaitables, dont les ITSS.

Pour donner suite à ces préoccupations, un comité stratégique sur la lutte contre les ITSS a été constitué en 2012, regroupant des directeurs régionaux de santé publique ainsi que des gestionnaires et des professionnels de recherche provenant de la Direction générale de la santé publique et de l'Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ). Le mandat de ce comité consistait à :

- établir un diagnostic systémique concernant la problématique des ITSS (cerner les forces et les limites des actions entreprises, les principaux défis à relever et des zones d'amélioration potentielles [ZAP]);
- cibler quelques objectifs prioritaires et des actions novatrices à expérimenter;
- mobiliser les connaissances au sujet des innovations (évaluer les expériences d'implantation; développer des outils, des occasions de formation et de transfert des connaissances; soutenir l'implantation des innovations dans d'autres milieux)²².

Les travaux de ce groupe de réflexion ont donné lieu à un *Cadre d'analyse des déterminants des ITSS*. Une consultation a ensuite été réalisée afin de valider et de partager le contenu de ce cadre auprès des membres de plusieurs instances du réseau. Dans la foulée de ces travaux, la DSPublique a consulté les membres de la Table régionale en santé publique (TRSP) sur trois thèmes principaux : diagnostic systémique, ZAP et actions novatrices.

De cette démarche, une stratégie sectorielle de lutte contre les ITSS a émergé. Celle-ci avait pour principaux objectifs :

- de développer une vision commune de la problématique des ITSS et des enjeux dans la région;
- de mobiliser les principaux partenaires intersectoriels concernés par la lutte contre les ITSS;
- de convenir d'un plan d'action sur cinq ans ainsi que des indicateurs d'atteinte de résultats;
- ultimement, d'en arriver à diminuer l'incidence des ITSS et leurs conséquences chez les jeunes, les groupes vulnérables socialement et les autres personnes à risque²³.

II. ORGANISATION DES SERVICES DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE

La région de la Capitale-Nationale dispose d'une variété de services servant à répondre aux problématiques ITSS dont un certain nombre s'adresse spécifiquement aux jeunes. Cependant, l'organisation de ces services sur le terrain peut faciliter ou non l'accessibilité à la clientèle visée. Ainsi, afin de bien comprendre la situation telle qu'elle se présente, un portrait succinct des jeunes ciblés par la démarche est d'abord présenté, suivi des constats dégagés d'un bilan réalisé en 2012 et 2013 concernant l'accessibilité et la disponibilité des services pour cette clientèle. Ces constats ont servi de point de départ à la présente démarche d'évaluation.

2.1 Portrait des jeunes âgés de 12 à 24 ans

En 2014, la population totale de la région, toutes catégories d'âge confondues, comptait 730 949 personnes. Les jeunes âgés de 12 à 24 ans, au nombre estimé de 104 291, représentent 14,3 % de la population totale²⁴. Dans l'ensemble, les jeunes hommes et les jeunes femmes se répartissent également et cette représentation vaut également pour chacune des catégories d'âge, soit les 12 à 14 ans, les 15 à 19 ans et les 20 à 24 ans.

La répartition des jeunes de 12 à 24 ans selon les territoires géographiques de Québec-Centre est très semblable entre les RLS de Québec-Nord (14,6 %) et de la Vieille-Capitale (14,5 %). Pour leur part, les territoires situés en périphérie, soit Portneuf et Charlevoix, présentent respectivement 12,2 % et 11,6 % pour cette même clientèle. Ces données démontrent qu'il existe donc peu de différences quant à la proportion des jeunes dans l'ensemble des territoires, de même qu'entre les territoires centraux et ceux en périphérie ([Annexe B](#)).

2.2 Bilan de l'organisation régionale des services en ITSS chez les jeunes²³

En 2012 et 2013, diverses modalités de consultations^{ix} des acteurs locaux ont permis de dresser un bilan de l'organisation régionale de l'offre de service en ITSS chez les jeunes. Une partie de l'information fournit une description factuelle de l'offre de service déployée dans la région, alors qu'une autre repose davantage sur des perceptions. Cette information aborde d'abord les constats généraux et fait état ensuite d'autres constats reliés à l'accessibilité et à la disponibilité des services en ITSS.

2.2.1 Constats généraux

Ces travaux ont mis en évidence la présence d'une grande disparité concernant la clientèle ciblée, notamment pour les critères d'âge^x. Cette disparité s'observait non seulement dans l'offre de service entre les territoires de RLS, mais également dans un même territoire. Cette situation a nui à l'accessibilité des services aux jeunes qui avaient du mal à s'y retrouver et a complexifié le mécanisme de référence pour les différents intervenants. Une méconnaissance des ressources disponibles dans la région a également été mentionnée, tant par les intervenants que par la clientèle visée.

Par ailleurs, une certaine complémentarité entre les services offerts dans les CLSC (cliniques jeunesse, SIDEPE) et les autres milieux cliniques (groupes de médecine de famille [GMF], CRQ, centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés [CHSGS], etc.) a été relevée. Les services de dépistage semblaient plus développés en CLSC alors que

ix. Information recueillie par la Direction régionale de santé publique dans le cadre du projet PCP-ITSS (octobre 2010 et mars 2012) et de la consultation sur le diagnostic systémique (janvier 2013) et par le CSSS (documents de travail) – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (IUGS) dans le cadre du projet Intégration des interventions en ITSS dans les CSSS (février 2012).

x. Critères d'âge : CSSS de Portneuf : ≤ 20 ans; CSSS de Québec-Nord et de la Vieille-Capitale : ≤ 24 ans; CSSS de Charlevoix : 12-18 ans.

les services diagnostiques et de traitement l'étaient davantage en GMF et en CRQ. On déplorait toutefois un manque de continuité, car il existait relativement peu de corridors de services et de mécanismes formels de références entre les CLSC et les GMF/CRQ.

2.2.2 Constats sur l'accessibilité des services

Plusieurs constats concernaient l'accessibilité des services pour la clientèle jeunesse. En effet, la gamme de services de dépistage, de diagnostic et de traitement n'était pas également répartie dans la région. Certains services ITSS n'étaient pas disponibles dans tous les CLSC, ce qui en limitait l'accessibilité géographique; c'était notamment le cas de 15 des 29 points de service. De plus, il existait une difficulté d'accès aux prélèvements dans plusieurs milieux. Ce service n'était tout simplement pas offert, obligeant le client à se déplacer pour y avoir accès. Bien que disponible dans les cliniques privées, ce service demandait alors aux clients de prévoir le coût qui y était associé, ce qui pouvait en limiter l'accessibilité sur le plan économique.

Des défis particuliers ont été recensés quant à l'accessibilité des services et leur acceptabilité par des clientèles vulnérables. Les données ont fait ressortir que ces clientèles consultaient plus difficilement le réseau institutionnel et qu'elles nécessitaient la mise en place de services adaptés dans leur milieu de vie. La prise en charge médicale de ces clientèles ayant des besoins diversifiés et complexes a aussi été relevée comme n'étant pas optimale.

2.2.3 Constats sur la disponibilité des services

Selon les guides de pratique existants, l'offre de service de dépistage destinée aux personnes asymptomatiques devrait inclure idéalement le counseling et la vaccination. Dans la région, les services de dépistage, lorsqu'ils étaient disponibles, étaient jugés relativement complets; cependant, tous les CLSC ne les offraient pas et on déplorait qu'il y en ait très peu dans les écoles. Les acteurs consultés ont relevé la pression exercée par le curatif aux dépens de l'offre de service préventif. Le manque d'incitatifs dans la rémunération des médecins a aussi été souligné sur ce point.

Les services diagnostiques destinés aux personnes symptomatiques incluent généralement la réalisation d'analyses de laboratoire. Lorsque l'investigation révèle qu'une personne est atteinte d'une ITSS, qu'elle ait ou non des symptômes, elle devrait avoir accès au traitement, au counseling et, dans la plupart des cas, à un soutien à la notification de ses partenaires. Dans la région, les clients symptomatiques qui consultaient étaient souvent pris en charge de façon partielle. Ils recevaient rarement un counseling complet sur les pratiques sexuelles sécuritaires et se faisaient rarement offrir l'ensemble des dépistages ITSS qui pouvaient être indiqués en fonction de leurs facteurs de risque. Dans plusieurs milieux, l'absence de médecin sur place compliquait l'accès au diagnostic ainsi qu'au traitement des jeunes symptomatiques.

Enfin, des difficultés à recourir aux services de dépistage sur un mode de « sans rendez-vous » dans plusieurs milieux ont aussi été relevés. Les plages horaires de rendez-vous étaient offertes le plus souvent durant la journée; peu de plages horaires étaient disponibles les soirs et les fins de semaine. Une ligne téléphonique (ligne ITSS) avait été mise en place par un CLSC afin de faciliter l'accès aux services de dépistage. Les clients laissaient un message sur une boîte vocale avant d'être rappelés pour une évaluation. Cette façon de faire pouvait toutefois en décourager un certain nombre.

III. DÉMARCHE ÉVALUATIVE

La prochaine section fait état de l'objet d'évaluation, des objectifs poursuivis ainsi que des éléments méthodologiques ayant été privilégiés dans la présente démarche.

3.1 Objet d'évaluation

La démarche évaluative proposée porte sur l'offre de service régionale qui s'adresse aux jeunes de 12 à 24 ans présentant une problématique ITSS. L'évaluation cherche à répondre à la question suivante : « Dans quelle mesure les services offerts en ITSS dans la région de la Capitale-Nationale permettent de répondre adéquatement aux besoins des jeunes âgés de 12 à 24 ans? »

Les objectifs poursuivis par la démarche visent à :

1. décrire l'offre de service en ITSS qui s'adresse aux jeunes de 12 à 24 ans sur le territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale;
2. cerner les principales lacunes et difficultés observées dans la réponse aux besoins et aux problèmes des jeunes qui consultent dans ces services;
3. proposer des pistes de solution aux difficultés relevées ainsi que les stratégies à privilégier afin d'optimiser l'offre de service aux jeunes de l'ensemble du territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

3.2 Méthodologie

Les éléments servant à décrire l'approche méthodologique retenue sont les suivants : la stratégie d'évaluation, le cadre conceptuel, le déroulement de la démarche évaluative qui précise les différentes étapes de collecte de données ainsi que les sources, le traitement et l'analyse des données.

3.2.1 Stratégie d'évaluation

La stratégie d'évaluation s'appuie sur une approche « normative » dans le sens où les constats de l'analyse sont mis en perspective avec les « bonnes pratiques » dans un cheminement (ou trajectoire) optimal. Ces « bonnes pratiques » font office de « normes » au sens large, visant à indiquer les zones d'amélioration à apporter aux différentes étapes du cheminement et à la façon de rendre les services à la clientèle ciblée par la démarche.

3.2.2 Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel est construit à partir des composantes centrales de l'objet à l'étude, de manière à faire ressortir les principaux éléments pouvant exercer une influence particulière sur l'offre de service en ITSS. C'est pourquoi les facteurs organisationnels liés à la dispensation des services en ITSS s'y retrouvent, de même que des principes rattachés au processus de soins ainsi que les résultats reliés à l'utilisation des services par les jeunes ciblés. Ce cadre est inspiré des *Services de santé adaptés aux adolescents – Un programme pour le changement (OMS)*²⁵ et du *Modèle d'évaluation de la qualité des soins en unité de courte durée gériatrique (UCDG)*²⁶.

FACTEURS ORGANISATIONNELS

- **STRUCTURE DU SERVICE**
 - Disponibilité (ressources, jours et heures d'ouverture, sur semaine et fin de semaine; rendez-vous et sans rendez-vous, etc.)
 - Accessibilité (géographique, économique; groupes d'âge, problématiques non retenues, etc.)
 - Environnement organisationnel :
 - ✓ aspects reliés à la confidentialité
 - ✓ dimensions reliées à l'accueil, à l'absence de stigmatisation (ex. : organisation de la salle d'attente)
 - Consentement libre et éclairé (disponibilité de l'information)
- Pratiques professionnelles et organisationnelles
- Collaboration avec les partenaires

PROCESSUS DE SOINS

- **PRISE EN CHARGE CLINIQUE (ÉPISODE DE SOINS)**
 - Globalité des soins (approche biopsychosociale)
 - Disponibilité des services (délai, liste d'attente, etc.)
 - Continuité (suivi, corridors de services, ententes, etc.)
 - Complémentarité (approche interdisciplinaire)
 - Adaptabilité (services adaptés pour répondre aux besoins des jeunes)
 - Soins centrés sur le patient : « le bon service au bon moment »
 - Processus (fonctionnement, délai entre les étapes, etc.) :
 - ✓ accueil et inscription
 - ✓ counseling et dépistage
 - ✓ examens diagnostiques (si pertinents)
 - ✓ traitement et interventions
 - ✓ orientation et suivi (ententes de services, collaboration avec les partenaires, etc.)
 - ✓ etc.

RÉSULTATS DES SOINS ET UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ

- Nombre de jeunes ayant consulté (dernière année)
- Nature de la problématique ITSS (chlamydia, autres)
- Types de services fournis (réponse apportée selon le problème) et par qui (infirmière, médecin)
- Présence d'une liste d'attente et durée moyenne de l'attente (dernière année)
- Nombre de références à d'autres ressources/services (type de ressources et services à qui des références de jeunes ont été faites)
- Délais selon les étapes du processus de prise en charge
- Appréciation des intervenants quant au fonctionnement du milieu clinique concernant l'offre de service en ITSS pour les jeunes ciblés (points forts, points faibles, propositions d'amélioration, etc.)
- Appréciation des jeunes quant aux services reçus

Fig. 1 – Cadre conceptuel pour l'évaluation de l'offre de service en ITSS

3.2.3 Déroulement de la démarche évaluative et collecte de données

La démarche évaluative se divise en quatre étapes : 1) portrait des services offerts aux jeunes de 12 à 24 ans pour répondre aux problématiques ITSS dans la région; 2) élaboration, par un groupe d'experts, de trajectoires optimales de services en ITSS qui s'adresse à la clientèle jeunesse; 3) description sommaire des services reçus par des jeunes atteints d'ITSS (chlamydia, gonorrhée et syphilis) et leur satisfaction; 4) identification, par le groupe d'experts, de pistes de solution à partir du portrait des services disponibles dans la région et des commentaires provenant des jeunes mis en perspective avec la trajectoire optimale.

Étape 1 – Portrait des services offerts aux jeunes de 12 à 24 ans en ITSS

Un questionnaire en ligne, conçu à partir du logiciel *Fluid Survey*, a été prétesté, puis transmis au cours de l'été 2015 à l'ensemble des milieux visés, soit les cliniques jeunesse, les milieux scolaires, SIDEPE, les centres jeunesse, les CRQ Cité Médicale et des Promenades, l'urgence du CHUL, la Maison Dauphine et le Centre de développement de la formation et de la main-d'œuvre (CDFM) Huron-Wendat. En raison de leurs bonnes connaissances des problématiques ITSS et des services fournis dans leurs milieux, ce sont les infirmières œuvrant dans ces milieux qui ont rempli le questionnaire. Elles étaient responsables de fournir l'information relative aux services infirmiers et aux services médicaux, lorsque ceux-ci étaient offerts. De plus, quelques personnes devaient agir à titre de « pivots » dans certains milieux, notamment ceux scolaires, pour relancer leurs collègues lorsque les questionnaires n'étaient pas acheminés à la DSPublique dans les délais prévus. Chaque questionnaire rempli a été retourné à la DSPublique et révisé afin de s'assurer que toutes les questions avaient été répondues. De plus, une validation auprès de quelques répondants a permis de préciser certaines réponses de manière à bien en interpréter le sens.

Les cliniques jeunesse de la région ont été considérées pour chacun de leurs points de service, pour un total de 14 dans la région. Le travail réalisé en 2012²⁷ a servi de point de départ au questionnaire pour l'ensemble des milieux. L'outil a d'abord été révisé de façon globale et a ensuite été adapté afin de bien représenter chaque milieu ciblé. Les répondants devaient indiquer ce qui était fait selon les principales étapes du processus de soins. Ainsi, en plus de valider la nature des services rendus aux jeunes en matière d'ITSS, les aspects reliés aux modes de fonctionnement des différents milieux cliniques ont également été couverts. Le questionnaire est disponible sur demande.

Étape 2 – Élaboration de trajectoires optimales des services en ITSS pour la clientèle jeunesse

Un groupe de professionnels a été formé pour agir à titre d'experts dans la présente démarche. Les membres de ce groupe ont développé une bonne connaissance des ITSS chez les jeunes et sont au fait des « meilleures pratiques » sur la façon de dispenser les soins et les services dans ce domaine. Constitué de deux médecins œuvrant dans les cliniques jeunesse ainsi que d'infirmières provenant de cliniques jeunesse, de milieux scolaires et du SIDEPE, ce groupe avait à définir une trajectoire « optimale » selon les différentes étapes et les délais qui permettent d'assurer une réponse de qualité aux jeunes aux prises avec une ITSS, qu'ils présentent ou non des symptômes. La liste des membres du groupe d'experts est présentée à l'annexe C.

L'animation de ce groupe a été faite par un membre de l'équipe en maladies infectieuses de la DSPublique à partir de la technique du groupe de discussion (*focus group*). Un canevas de questions et de thèmes a servi à l'élaboration de la trajectoire, de manière à couvrir l'ensemble des éléments à discuter lors de la rencontre. Les trajectoires, telles que définies, ont servi à l'étape d'analyse, représentant en quelque sorte la situation optimale visée comparativement à ce qui est observé sur le terrain. Étant donné qu'il peut exister un bon nombre de particularités selon les milieux où les jeunes consultent, il a été convenu d'élaborer trois trajectoires particulières : une pour les cliniques jeunesse, une pour les milieux scolaires et une autre pour SIDEPE qui feraient l'objet de discussion auprès du comité d'experts. Dans le cas du SIDEPE, il est important de souligner que le travail a porté uniquement sur leur offre de service qui s'adresse aux jeunes.

Les autres milieux à l'étude ont également leur propre trajectoire de services, réalisée à partir de l'information du questionnaire en ligne, mais elles n'ont pas été discutées par les experts. Différentes raisons expliquent l'orientation privilégiée. Par exemple, dans le cas des CRQ où la majorité bénéficie d'un soutien aux pratiques optimales des ITSS, la documentation exhaustive de l'offre de service ne semblait pas requise étant donné les actions menées sur le terrain depuis quelques années. La situation de la Maison Dauphine est, quant à elle, couverte indirectement à partir de l'information concernant SIDEPE. Pour les centres jeunesse et le CDFM Huron-Wendat, bien qu'un certain nombre de jeunes y consultent, cela demeure dans une proportion moindre que dans les cliniques jeunesse et les milieux scolaires. Enfin, la situation des urgences hospitalières aurait mérité une investigation en soi, ce qui allait au-delà de l'objet initial de la démarche.

Les guides pratiques canadiens et québécois sur les ITS ont servi de balises à l'élaboration d'un cheminement optimal et à la façon de répondre à un jeune qui se présente dans un milieu clinique. Selon ces lignes directrices, la prévention et la prise en charge des ITS nécessitent l'intégration des éléments suivants de la part des professionnels de la santé :

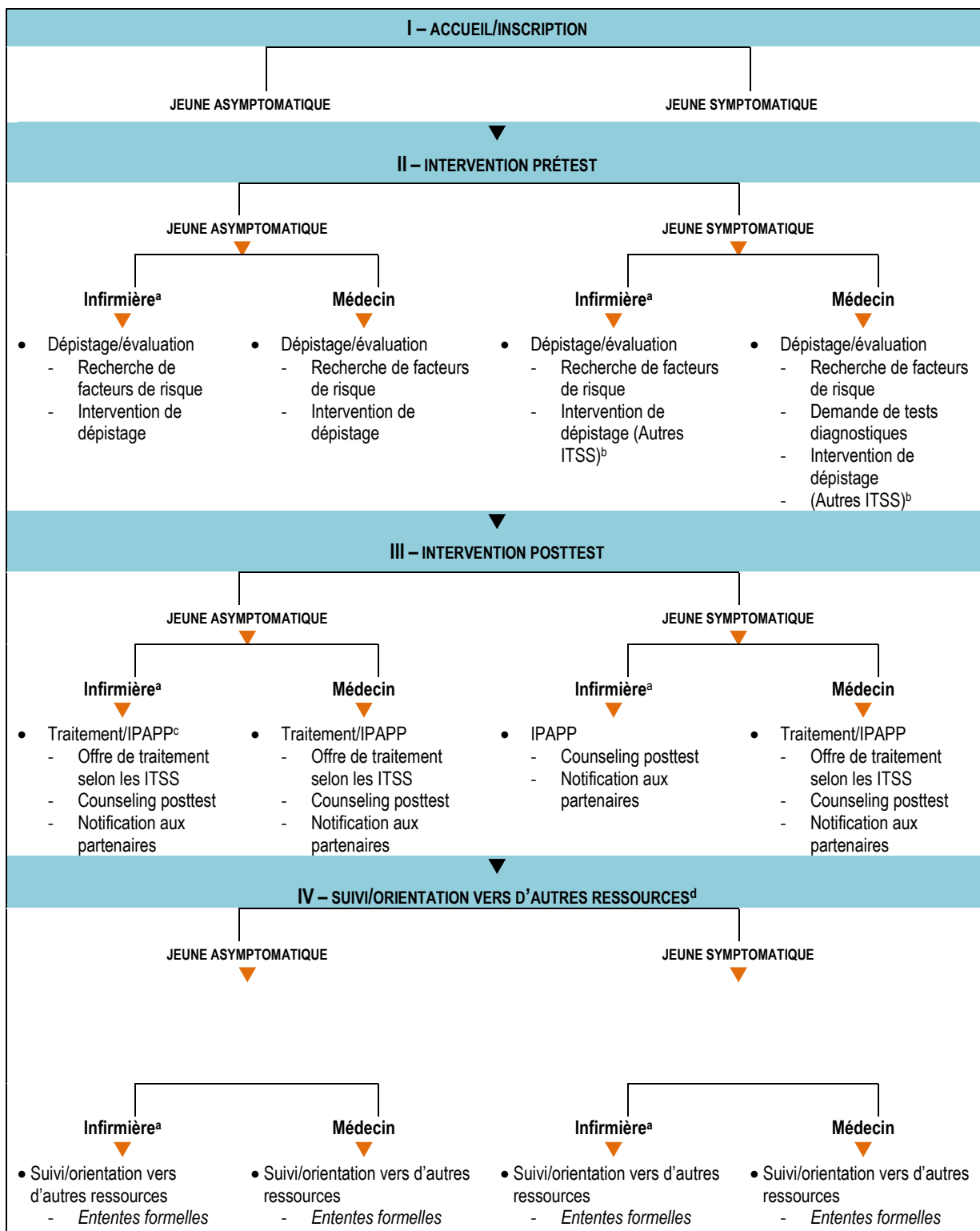
- évaluer la raison motivant la consultation;
- connaître les facteurs de risque et l'épidémiologie des ITS;
- effectuer une brève évaluation des antécédents et des comportements à risque du patient en matière d'ITS;
- offrir le counseling et l'éducation à la santé axée sur le patient;
- procéder à un examen physique;
- choisir les tests de dépistage et les tests de détection adéquats;
- poser un diagnostic en fonction d'un syndrome ou d'un micro-organisme et offrir du counseling posttest;
- prescrire un traitement;
- effectuer la déclaration obligatoire à la santé publique et la notification aux partenaires;
- prendre en charge les comorbidités et les risques associés;
- faire un suivi²⁸.

La figure 2 présente la trajectoire (à partir des principales étapes) d'un jeune qui s'adresse à une clinique jeunesse pour une problématique ITSS. Cette trajectoire a servi de base de réflexion au groupe d'experts.

Étape 3 – Description des services reçus par les jeunes à l'étude

La démarche visait à rejoindre environ 50 jeunes de 12 à 24 ans ayant reçu des services en ITSS pour obtenir leur point de vue sur leur expérience de soins. En raison du volume de cas déclarés chaque semaine, l'étude visait à rejoindre 35 cas de chlamydia, dix de gonorrhée et cinq de syphilis infectieuse en s'assurant d'une certaine représentativité quant au sexe, au territoire de résidence, au milieu consulté ainsi qu'en fonction de la présence de symptômes ou non.

Il a été convenu de procéder à la collecte de données en documentant les 25 premiers cas tels qu'ils se présentaient, en les répartissant selon les problématiques, les milieux de consultation et le territoire de résidence. Un ajustement pouvait ensuite être fait selon les critères recherchés, particulièrement pour les cas de chlamydia qui étaient plus nombreux.



a. S'assurer d'un corridor médical pour chacune des ITSS.

b. Cela s'applique lorsqu'un dépistage est requis pour d'autres ITSS que celles pour lesquelles la personne présente des symptômes.

c. IPAPP : intervention préventive auprès des partenaires des personnes atteintes

d. Titre englobant l'information ayant trait au « corridor de services établi pour la prise en charge des jeunes ».

Fig. 2 – Trajectoire de services en ITSS pour la clientèle jeunesse (12-24 ans)

La collecte de données a été réalisée par les infirmières de santé publique chargées de procéder à une enquête téléphonique auprès de chaque cas ITSS déclaré. Afin de couvrir l'ensemble des dimensions jugées essentielles aux fins de l'étude, des questions spécifiques ont été ajoutées au questionnaire d'enquête habituel. Celles-ci portaient sur : le délai écoulé entre la première démarche (appel ou déplacement) faite par le jeune pour prendre son rendez-vous et le moment où il a réussi à fixer le rendez-vous; le nombre d'appels faits ainsi que le nombre d'endroits où il s'est rendu pour prendre son rendez-vous. Les jeunes ont aussi été interrogés quant aux difficultés rencontrées pour obtenir le service ou relativement au délai entre le moment où ils ont fixé leur rendez-vous et le rendez-vous lui-même. L'infirmière concluait en abordant leur degré de satisfaction générale sur les services reçus et vérifiait s'ils avaient des commentaires à ajouter et, le cas échéant, les notait sur le formulaire.

Une formation brève a permis d'assurer une certaine homogénéité dans la façon dont les infirmières posaient les questions et de valider le temps requis pour cet ajout, de manière à ne pas alourdir l'entretien téléphonique avec les jeunes. Le formulaire se trouve à l'[Annexe D](#).

Étape 4 – Identification de pistes de solution

Cette étape s'est réalisée par la tenue d'une seconde rencontre avec le groupe d'experts. Une synthèse des données recueillies (portrait régional des services incluant les éléments perçus comme étant des points forts ou à améliorer et les réponses obtenues de l'enquête auprès des jeunes) leur a été présentée. Devant ces constats, le groupe d'experts avait à proposer des pistes de solution qui permettraient de s'approcher d'une trajectoire optimale de services en ITSS dans la région.

3.2.4 Traitement et analyse des données

L'analyse se divise en deux sections principales, en cohérence avec les étapes de la réalisation.

Portrait des services dans la région

Une analyse a d'abord été faite sur le portrait de l'offre de service en ITSS qui s'adresse aux jeunes dans la région, ce qui a permis de dégager une description détaillée de son organisation et de mieux la comprendre. Pour cela, les réponses aux questionnaires en ligne remplis par les infirmières à partir du logiciel *Fluid Survey* ont été importées dans un fichier Excel afin d'en extraire les données quantitatives et de décrire sommairement chaque question. Cette information a également permis de réaliser sommairement les trajectoires de chacun des établissements. De plus, l'analyse qualitative de commentaires portant sur les points forts, les points à améliorer et les points à développer, apporte un complément d'information utile pour une bonne compréhension de l'ensemble du portrait régional tel que perçu par les infirmières ayant rempli le questionnaire.

Description des services reçus par les jeunes ayant consulté pour une ITSS

L'analyse des données de l'enquête auprès des jeunes a permis de documenter leur expérience de consultation dans divers services de la région. Un portrait sociodémographique des participants est brossé à partir des variables habituelles : sexe, âge et provenance géographique. Aussi, les données relatives au type d'ITSS, les délais encourus ainsi que les démarches effectuées pour la prise de rendez-vous fournissent une information spécifique sur l'expérience clinique. Le point de vue provenant directement des jeunes apporte un éclairage complémentaire, utile à la réflexion amorcée et discutée avec le groupe d'experts. De ces constats, il sera alors possible de dégager des suggestions et des pistes d'amélioration à mettre en place pour que l'offre de service en ITSS soit plus adaptée aux jeunes de 12 à 24 ans de la région.

IV. RÉSULTATS

Cette section recense l'ensemble des résultats de la présente démarche. Elle décrit d'abord de façon exhaustive les résultats découlant du questionnaire en ligne auquel ont répondu les intervenants des cliniques jeunesse, des milieux scolaires et du SIDEP. Elle est suivie des résultats tirés de l'enquête menée auprès des jeunes et se termine par le contenu des groupes de discussion réalisés avec la collaboration d'experts de la région.

4.1 Description de l'offre de service ITSS auprès des jeunes

Cette partie fournit l'information relative à la répartition des services infirmiers et médicaux dans les organisations quant à l'accessibilité, la disponibilité et la continuité des services en ITSS. Compte tenu de l'approche privilégiée dans cette étude, le détail de l'information colligée par questionnaire auprès des milieux autres que les cliniques jeunesse, les milieux scolaires et SIDEP est fourni à l'[Annexe E](#)

4.1.1 Cliniques jeunesse

Accessibilité des cliniques jeunesse

La région de la Capitale-Nationale compte 14 cliniques jeunesse en considérant les points de service, dont 6 sont situées en périphérie (Charlevoix et Portneuf) et 8, dans les milieux centraux (Québec-Sud et Québec-Nord) de la Capitale-Nationale.

L'âge de la clientèle est une variable déterminante de l'accessibilité aux services. Aussi, l'âge de la clientèle ciblée varie selon les cliniques : 6 des 14 cliniques acceptent de couvrir les jeunes de 12 à 24-25 ans; 6 cliniques ciblent plus spécifiquement les 20 ans et moins; 2 autres ciblent les jeunes de 12 à 18 ans.

Tableau III. Âge de la clientèle ciblée par les cliniques jeunesse, territoires périphériques et centraux

ÂGE DE LA CLIENTÈLE CIBLÉE	CLINQUES JEUNESSE (n = 14)	
	TERRITOIRES PÉRIPHÉRIQUES	TERRITOIRES CENTRAUX
≤ 20 ans	6	-
12-18 ans	-	2
12-24 ans	-	3
≤ 25 ans	-	3

Disponibilité des services infirmiers et médicaux

L'ensemble des cliniques jeunesse peut compter sur du personnel infirmier, alors que les médecins sont présents dans 10 des 14 cliniques. Par ailleurs, 3 des 4 autres cliniques peuvent compter sur les services d'une IPSPL alors qu'une clinique jeunesse de la région ne compte aucun médecin ni IPSPL.

Dans les territoires périphériques, les services infirmiers couvrent à la fois les plages allouées aux rendez-vous et aux « sans rendez-vous ». Dans Portneuf, ils varient entre 3,5 et 7 heures par semaine selon les points de services. Dans Charlevoix, ces mêmes services varient entre 8 heures par semaine et 5,5 heures par mois. Les services médicaux (ou IPSPL) présentent un modèle similaire en couvrant les rendez-vous et les « sans rendez-vous ». Dans Portneuf, un total de 3 heures est alloué à chaque point de services alors que dans Charlevoix, le nombre d'heures de services médicaux (ou IPSPL) varie entre 8 heures par semaine et 8 heures par mois selon la clinique jeunesse.

Dans les territoires centraux, la disponibilité des services infirmiers et médicaux est également variable. À Québec-Nord, les services fournis par les infirmières varient entre 3,5 heures par semaine et 4 heures aux 2 semaines, uniquement pour les services accordés lors de rendez-vous. Pour Vieille-Capitale, le nombre d'heures des services infirmiers varie entre 7 et 30,5 heures par semaine. Pour ce territoire, les services infirmiers en « sans rendez-vous » cumulent selon les cliniques entre 45 minutes et 10 heures de services par semaine. Aucun service en « sans rendez-vous » n'est disponible dans les cliniques jeunesse de Québec-Nord. Par ailleurs, ce territoire peut compter sur la disponibilité de 1 médecin, qui offre de son temps, tant pour des plages horaires de rendez-vous que de « sans rendez-vous »; le nombre d'heures qu'il y alloue n'est cependant pas précisé. Du côté de Vieille-Capitale, les médecins/IP SPL accordent entre 15 et 36,5 heures par semaine pour des rendez-vous. Aucun service médical n'est alloué en « sans rendez-vous ». Le tableau IV présente le détail de la disponibilité des services pour chacun des territoires géographiques.

Tableau IV. Disponibilité des services infirmiers et médicaux dans les cliniques jeunesse de la région

MILIEUX		SERVICES INFIRMIERS (n = 14)		SERVICES MÉDICAUX OU IPSPL (n = 13)	
		RENDEZ-VOUS	SANS RENDEZ-VOUS	RENDEZ-VOUS	SANS RENDEZ-VOUS
6	TERRITOIRES PÉRIPHÉRIQUES				
3	Portneuf	Entre 3,5 h et 7 h/semaine		3 h/semaine	
3	Charlevoix	Entre 8 h/semaine et 5,5 h /mois		Entre 8 h/semaine et 8 h/mois	
8	TERRITOIRES CENTRAUX				
2	Québec-Nord	Entre 3,5 h et 4 h/2 semaines	---	Présence d'un médecin; aucune précision du nombre d'heures allouées	
6	Vieille-Capitale	Entre 7 h et 30,5 h/semaine	Entre 45 min. et 10 h/semaine	Entre 15 h et 36,5 h/semaine (4 cliniques jeunesse)	---
				21 h/semaine (2 cliniques jeunesse)	

Services infirmiers et médicaux selon les étapes d'un épisode de soins

L'information, telle que présentée au tableau V, illustre le déroulement d'un épisode de soins relié à une consultation pour une ITSS selon quatre étapes, soit : l'accueil et l'inscription; l'intervention prétest; l'intervention posttest; le suivi et l'orientation vers d'autres ressources.

Ces étapes sont présentées à partir de données colligées; elles indiquent ce qui est réalisé par les infirmières ou les médecins dans le cas des cliniques jeunesse, ou seulement par les infirmières dans les milieux scolaires et au SIDEPE. Certains délais rapportés à l'intérieur de l'épisode de soins sont également documentés.

Tableau V. Services infirmiers et médicaux dans les cliniques jeunesse selon les étapes d'un épisode de soins

I. ACCUEIL ET INSCRIPTION	SERVICES INFIRMIERS	SERVICES MÉDICAUX - IPSPL
• Présence d'infirmières et de médecins • Délai entre l'accueil, l'inscription et la rencontre pour une prise en charge^b • Liste d'attente	• Infirmière dans toutes les cliniques • Aucune : 1/14 • < 1 semaine : 10/14 • Entre 1 et 2 semaines : 2/14 • Ne sait pas : 1/14 • Aucune	• Médecin ou IPSPL dans 13 des 14 cliniques • Médecin absent dans 1 clinique^a • < 1 semaine : 6/13 • Entre 1 et 2 semaines : 5/13 • Non précisé : 2/13 • N/A : médecin absent (1 clinique) • 1 clinique jeunesse
II. INTERVENTION PRÉTEST	SERVICES INFIRMIERS	SERVICES MÉDICAUX – IPSPL
• Dépistage/évaluation - Recherche de facteurs de risque - Demande de tests diagnostiques - Intervention de dépistage • Délai pour un rendez-vous de suivi	• Jeune asymptomatique : 14/14 • Jeune symptomatique : 10/14; non : 4/14^c • Jeune asymptomatique : 14/14 • Jeune symptomatique/autres ITSS : 9/14; non : 5/14 • Aucun délai : 2/14 • < 1 semaine : 7/14 • < 2 semaines : 2/14 • Non précisé : 3/14	• Jeune asymptomatique : 12/13; non : 1/13^d • Jeune symptomatique : 12/13; non : 1/13 • Jeune symptomatique : 12/13; non : 1/13^e • Jeune asymptomatique : 10/13; non : 2/13^d • Jeune symptomatique/autres ITSS : 13/13 • 1 jour : 3/13 • < 1 semaine : 6/13 • Entre 1 et 2 semaines^f : 1/13
III. INTERVENTION POSTTEST	SERVICES INFIRMIERS	SERVICES MÉDICAUX – IPSPL
• Traitement/IPAPP - Offre de traitement - Counseling posttest - Notification aux partenaires - Approche utilisée	• Jeune asymptomatique - Chlamydia : 13/14; non : 1/14 - Gonorrhée : 11/14; non : 3/14 - Syphilis : non documenté • Jeune symptomatique : - Chlamydia/gonorrhée : 1/14 - Syphilis : non documenté - Virus de l'hépatite B (VHB), virus de l'hépatite C (VHC), VIH : non documenté - Condylomes et herpès : non documenté • Jeune asymptomatique : 13/14; non : 1/14 • Jeune symptomatique : 9/14; non : 5/14 • Jeune asymptomatique : 14/14 • Jeune symptomatique : 9/14; non : 5/14 • Jeune asymptomatique - Passive et négociée : 13/14 - Passive seulement : 1/14	• Jeune asymptomatique - Chlamydia/gonorrhée : 13/13 - Syphilis : 11/13; non : 2/13 - VHB/VHC/VIH : 7/13^g; non : 6/13 • Jeune symptomatique - Chlamydia : 13/13 - Gonorrhée : 13/13 - Syphilis : 12/13; non : 1/13 - VHB/VHC/VIH : 8/13^g; non : 5/13 - Condylomes/herpès : 13/13 • Jeune asymptomatique : 11/13^h • Jeune symptomatique : 13/13 • Jeune asymptomatique : 12/13^d • Jeune symptomatique : 12/13; non : 1/13 • Jeune symptomatique : - Passive et négociée : 10/13 - Passive seulement : 1/13
IV. SUIVI/ORIENTATION AUTRES RESSOURCES	SERVICES INFIRMIERS	SERVICES MÉDICAUX – IPSPL
• Suivi/orientation vers d'autres ressources	• Jeune asymptomatique : - Chlamydia/gonorrhée : 13/14; non : 1/14 - Syphilis/VHB/VHC/VIH : 14/14 • Jeune symptomatique : - Chlamydia/gonorrhée : 11/14; non : 3/14 - Syphilis/VHB/VHC/VIH : 11/14; non : 3/14 - Condylomes/herpès : 11/14; non : 3/14	• Jeune asymptomatique : - Chlamydia/gonorrhée : 0/13 - Syphilis : 1/13 - VHB/VHC/VIH : 4/13 • Jeune symptomatique : - Chlamydia/Gonorrhée : 0/13 - Syphilis : 2/13 - VHB/VHC/VIH : 5/13 - Condylomes /herpès : 0/13

a. Les données sur les services médicaux de ce tableau sont présentées sur un total de 13 cliniques.

b. Il s'agissait ici d'une question globale pour les jeunes avec et sans symptômes.

c. Territoires centraux.

d. 1 donnée manquante

e. Tous les jeunes passent par l'infirmière de la clinique jeunesse avant d'être référés, qu'ils présentent ou non des symptômes.

f. 3 données manquantes

g. Il nous apparaît improbable que cette question ait été bien comprise par les répondants.

h. 2 données manquantes

Analyse – Tableau V.

I. Accueil/inscription – Les données colligées pour l'ensemble des cliniques jeunesse indiquent que le délai entre l'accueil/inscription et une première rencontre pour une prise en charge est de moins de 2 semaines pour les services infirmiers et même, de moins de 1 semaine dans près de 80 % des cas, soit pour 11 des 14 cliniques. De la même façon, les médecins/IPSPS présents dans 13 des 14 cliniques jeunesse respectent un délai à l'intérieur de 2 semaines et de ce nombre, 60 % d'entre eux respectent un délai de 7 jours ou moins. Au moment où le questionnaire a été rempli, 1 seule clinique rapportait une liste d'attente pour les services médicaux et aucune pour les soins infirmiers.

II. Intervention prétest – Cette étape couvre principalement le dépistage et l'évaluation. L'information colligée a permis de documenter, tant pour les jeunes asymptomatiques que symptomatiques, trois interventions qui s'y rattachent : la recherche de facteurs de risque; la demande de tests diagnostiques; l'intervention de dépistage. Les données pour chacune de ces interventions ont également été précisées pour les services infirmiers et médicaux.

La recherche de facteurs de risque pour les jeunes asymptomatiques se fait systématiquement par l'ensemble des infirmières (14/14) et par la majorité des médecins/IPSPS (12/13) présents dans les cliniques. Pour les jeunes symptomatiques, 10 des 14 infirmières et 12 des 13 médecins/IPSPS procèdent à la recherche de facteurs de risque. Par ailleurs, on observe que la demande de tests diagnostiques relève des médecins/IPSPS dans 12 des 13 cliniques. Dans aucun cas, l'infirmière ne procède à cette demande. En ce qui a trait à l'intervention de dépistage des jeunes asymptomatiques, les infirmières le font systématiquement (14/14), comparativement aux médecins/IPSPS (10/13). Le dépistage d'autres ITSS que celles pour lesquelles le jeune présente des symptômes est assuré par 9 des 14 infirmières ainsi que par les 13 médecins/IPSPS. Finalement, le délai pour un rendez-vous de suivi est de moins de 2 semaines dans la majorité des cliniques, tant pour les infirmières que pour les médecins/IPSPS. De manière spécifique, il n'y a aucun délai dans 2 cliniques, il est de 1 semaine ou moins dans 7 cliniques et de 1 à 2 semaines dans 2 autres cliniques. L'information n'était pas précisée pour 3 cliniques. Du côté des médecins/IPSPS, on rapporte un délai de 1 journée dans 3 cliniques, de 1 semaine ou moins dans 6 cliniques et entre 1 et 2 semaines dans un dernier cas. L'information n'était pas disponible dans 3 cliniques où 1 médecin/IPSPS est présent.

III. Intervention posttest – Cette étape consiste également en différentes interventions, dont le traitement lui-même, le counseling posttest et la notification aux partenaires. Le traitement de la chlamydia est fait autant par les infirmières (14/14) que par les médecins/IPSPS (13/13) chez les jeunes asymptomatiques dans toutes les cliniques où ces services sont disponibles. Concernant la gonorrhée, 11 des 14 infirmières offrent le traitement, alors que 13 médecins/IPSPS le font pour les jeunes asymptomatiques. Toutefois, dans le cas de la syphilis, du VHB, du VHC ou du VIH, les infirmières ne font aucun traitement; c'est davantage la responsabilité des médecins. En effet, les données indiquent que la majorité des médecins/IPSPS présents dans les cliniques se chargent du

traitement des jeunes asymptomatiques pour la syphilis (11/13) alors qu'ils représenteraient 7/13 dans les cas de VHB, le VHC et le VIH^a. Dans ces derniers cas, 5 cliniques jeunesse n'offrent pas le traitement pour ces ITSS.

Aucun traitement n'est fait par les infirmières pour les jeunes symptomatiques, quelle que soit l'ITSS (chlamydia, gonorrhée, syphilis, VHB, VHC, VIH ou condylomes et herpès), puisque cela ne fait pas partie de leur champ de pratique. Le traitement à ces jeunes est assuré par les médecins/IPSPS des cliniques, selon ce qui a été documenté. Douze des 13 médecins/IPSPS présents dans les cliniques offriraient le traitement de la chlamydia et de la gonorrhée, 13 l'offriraient pour des cas de condylomes ou d'herpès et 11, pour la syphilis. De plus, 7 le donneraient pour le VHB, le VHC et le VIH.

Le counseling posttest est également assuré par la majorité des infirmières et des médecins. Au total, 13 des 14 infirmières et 11 des 13 médecins/IPSPS offrent du counseling posttest aux jeunes asymptomatiques, comparativement à 9 des 14 infirmières et à l'ensemble des médecins/IPSPS (13/13) qui l'offrent aux jeunes symptomatiques.

La notification aux partenaires est faite autant par les infirmières que par les médecins. Toutes les infirmières (14/14) le font auprès des jeunes asymptomatiques et 9 d'entre elles le font auprès des jeunes symptomatiques. Pour leur part, la grande majorité des médecins/IPSPS le font autant chez les jeunes asymptomatiques que chez les symptomatiques. La combinaison des approches passive et négociée est celle qui est privilégiée dans la majorité des cas (13/14 infirmières et 10/13 médecins/IPSPS).

IV. Suivi et orientation vers d'autres ressources – Le suivi et l'orientation des jeunes vers d'autres ressources^b est assurée tant par les infirmières que par les médecins. Pour les jeunes asymptomatiques, 13 des 14 infirmières auraient un corridor de services établis pour les cas de chlamydia et de gonorrhée, soit le médecin ou l'IPSPS de la clinique jeunesse dans la majorité des cas. Par ailleurs, l'ensemble des infirmières rapportent avoir un corridor établi pour les cas de syphilis, VHB, VHC et VIH, soit le médecin de la clinique jeunesse ou le médecin traitant ou elles orientent vers un CRQ ou vers SIDEPE. Concernant les services médicaux, les médecins ne recourent à aucun corridor de services établi pour les cas de chlamydia et de gonorrhée. L'information indique qu'une clinique y recourt pour les cas de syphilis et ceux de VHB, VHC et VIH et 3 autres cliniques y recourent également pour les cas de VHB, VHC ou VIH. Concernant les jeunes symptomatiques, 11 des 14 infirmières des cliniques jeunesse indiquent avoir un corridor de services établi pour l'ensemble des ITSS (chlamydia, gonorrhée, syphilis, VHB, VHC, VIH, condylomes ou herpès), soit le médecin/IPSPS de la clinique ou elles réfèrent le jeune au médecin traitant. Une clinique précise que dans les cas des syphilis, VHB, VHC ou VIH, le jeune pourra être référé à l'équipe SIDEPE ou au médecin traitant. Deux des 13 cliniques qui peuvent compter sur les services d'un médecin/IPSPS relèvent avoir un corridor de services établi dans les cas de syphilis et 5, dans les cas de VHB, VHC et VIH.

a. Cette question a probablement été mal comprise par les répondants.

b. Le suivi et l'orientation vers d'autres ressources réfèrent à la question du questionnaire qui a été formulée de la façon suivante : « Y a-t-il un corridor de services établi pour la prise en charge des jeunes avec un résultat positif au dépistage (chlamydia, gonorrhée et syphilis, hépatites B et C, VIH, condylomes, herpès)? Si oui, précisez le corridor (si « Autres ITSS », précisez aussi l'ITSS concernée). »

Points forts, à améliorer ou à développer

Le questionnaire incluait des questions ouvertes où les participants pouvaient noter ce qu'ils considéraient comme des points forts, à améliorer ou, encore, à développer. Les réponses ont ensuite été colligées et regroupées selon les dimensions suivantes : l'accessibilité; la disponibilité; l'efficacité; la continuité; la collaboration/partenariat; la promotion des services et la prévention des problématiques. Le tableau VI présente le sommaire obtenu par cet exercice.

Tableau VI. Points forts, à améliorer ou à développer dans les cliniques jeunesse

POINTS FORTS	
● Accessibilité - Rapidité de suivi et de prise en charge - Présence d'infirmières dans tout le territoire et de médecins dans la majorité des secteurs - Prélèvements effectués sur place dans toutes les cliniques ● Disponibilité - Offre de service dans plusieurs secteurs de CLSC ● Efficacité - Prise en charge efficace - Résultats ITSS positifs gérés par l'infirmière, qui s'assure que la notification des partenaires et le traitement sont adéquats	● Continuité - Ordonnances collectives en application dans l'ensemble des cliniques jeunesse ● Collaboration/partenariat - Collaboration entre les cliniques jeunesse et les milieux scolaires - Partenariat avec l'équipe médicale qui assure le suivi global du jeune - Soutien de la DSPublique (expertise-conseil) ● Promotion/prévention - Approche biopsychosociale - Counseling posttest sans IPPAP/avec IPPAP
POINTS À AMÉLIORER	
● Accessibilité - Avoir un accès rapide et simple pour la prise de rendez-vous; - Élargir l'offre de service pour le dépistage jusqu'à 25 ans et aux clientèles dites orphelines (ex. : 20-24; 30-35); faire des efforts pour rejoindre les jeunes qui n'ont pu recevoir de services; faciliter l'accès aux services aux moins de 20 ans; - Élargir l'offre de service en augmentant la collaboration médecin/infirmière par l'entremise d'ordonnances collectives - Assurer l'accès au médecin si le jeune n'est pas inscrit; améliorer la connaissance des cliniciens sur l'offre de service; avoir une stabilité du personnel; s'assurer de la flexibilité et de la convivialité des intervenants afin de répondre aux besoins des jeunes; - Améliorer l'accès aux services médicaux; engager/remplacer les médecins ● Disponibilité - Élargir les plages horaires (soirs et fin de semaine, plages horaires avec rendez-vous et de « sans rendez-vous » dans toutes les cliniques jeunesse; augmenter les plages horaires de « sans rendez-vous ») - Améliorer le délai entre l'obtention d'un résultat positif et la prescription du traitement	● Efficacité - Assurer la mise à jour des bonnes pratiques cliniques - Former régulièrement le personnel - Offrir la possibilité de rencontrer, de dépister et de traiter les partenaires même s'ils ne répondent pas aux critères des cliniques (ex. : âge) ● Continuité - Créer les corridors de services/ententes formelles pour les jeunes avec des résultats positifs (syphilis, VHB, VHC, VIH) - Maintenir la stabilité des services et des intervenants; améliorer le soutien cléricale - Engager plus de médecins; développer la collaboration médecin/infirmière - Décloisonner les territoires ● Promotion/prévention - Uniformiser les pratiques cliniques sur l'ensemble du territoire du CIUSS - Faire de la prévention - Sensibiliser l'ensemble du personnel du CIUSS et les médecins des cliniques médicales à la problématique des ITSS
POINTS À DÉVELOPPER	
● Accessibilité - Élargir l'offre de service pour le dépistage chez les 20-25 ans - Assurer la présence d'infirmières dans les écoles privées - Développer un modèle de porte d'entrée unique avec un corridor de services ● Disponibilité - Offrir des services dans certains milieux non couverts et qui reçoivent des clientèles vulnérables - Créer une ligne Info-Santé ITSS - Offre de service : élargir l'offre de service des infirmières en dehors des CLSC et des milieux scolaires	● Promotion/prévention - Faire de la promotion dans les écoles afin de faire du dépistage - Utiliser divers moyens « modernes » afin de rejoindre les jeunes (ex. : réseaux sociaux; site Web; écrans de cinéma) - Faire connaître, auprès des jeunes et des intervenants, que les traitements ne sont plus aussi « invasifs »

Comme le tableau l'illustre, plusieurs éléments positifs ont été relevés comme étant des points forts des cliniques jeunesse de la région. Ceux-ci sont d'ailleurs répartis dans différentes dimensions qui caractérisent leur offre de service. Plusieurs commentaires ont aussi été émis sur ce qui mériterait d'être amélioré, notamment sur le plan de l'accessibilité. D'autres points ont également été mentionnés comme étant à développer dont certains concernent l'accessibilité, la disponibilité ainsi que la promotion des services et la prévention des ITSS.

4.1.2 Milieux scolaires

Accessibilité des services

Au total, 24 répondants des milieux scolaires ont rempli le questionnaire pour documenter l'offre de service en ITSS, dont 6 travaillaient dans des écoles situées en périphérie et 18, dans des secteurs centraux. Les services infirmiers sont présents dans toutes les écoles de la région, alors qu'il en est autrement des services médicaux; 1 seul médecin couvre 2 des 24 écoles et celles-ci sont situées dans les milieux centraux de Québec. Aucune école située en périphérie ne peut compter sur des services médicaux.

Disponibilité des services infirmiers et médicaux

Les services infirmiers sont disponibles sur rendez-vous ou sans rendez-vous dans l'ensemble des écoles, tant en périphérie que dans les secteurs centraux. Dans les secteurs périphériques, le nombre d'heures disponibles de l'infirmière varie entre 13 et 21 heures par semaine dans 5 des 6 écoles alors que dans la sixième école, la disponibilité est de seulement 5 heures par mois. Dans les secteurs centraux, les infirmières sont disponibles dans les écoles entre 3 et 35 heures par semaine. Finalement, le médecin qui offre des services dans deux écoles situées dans les secteurs centraux le fait à raison de 3,5 heures toutes les 2 semaines.

Tableau VII. Disponibilité des services infirmiers et médicaux dans les milieux scolaires

	SERVICES INFIRMIERS	SERVICES MÉDICAUX
Disponibilité	24 écoles offrent des services de rendez-vous et de « sans rendez-vous »	- Milieux périphériques : aucun service médical - Milieux centraux : médecin dans 2 écoles
Horaire	23 écoles offrent des services hebdomadaires - Milieux périphériques : entre 13 h et 21 h - Milieux centraux : entre 3 h et 35 h 1 école offre un service mensuel (5 h/mois)	3,5 h/2 semaines

Services infirmiers et médicaux selon les étapes d'un épisode de soins

L'information consignée dans le tableau VIII donne le détail des services rendus par les infirmières et les médecins lorsqu'ils sont présents dans les écoles pour chacune des étapes d'un épisode de soins. Certains délais y sont également documentés.

Tableau VIII. Services infirmiers et médicaux dans les milieux scolaires selon les étapes d'un épisode de soins

I. ACCUEIL ET INSCRIPTION	SERVICES INFIRMIERS	SERVICES MÉDICAUX
Présence d'infirmières et de médecins	Présence d'infirmière dans tous les milieux scolaires	Présence d'un médecin dans 2 écoles situées dans des territoires centraux^a
Délai entre l'accueil, l'inscription et la rencontre pour une prise en charge	- Aucun délai : 10/24 < 1 semaine : 11/24 < 2 semaines : 1/24 - Non précisé : 2/24	< 1 semaine : 1/24 < 2 semaines : 1/24 - N/A : médecin absent dans 22/24 écoles
Liste d'attente	Aucune	Aucune

II. INTERVENTION PRÉTEST	SERVICES INFIRMIERS
• Dépistage/évaluation - Recherche de facteurs de risque - Intervention de dépistage	• Jeune asymptomatique : 23/24; non : 1/24 • Jeune symptomatique : 20/24; non : 4/24^c • Jeune asymptomatique : 14/24; non : 10/24 • Jeune symptomatique/autres ITSS : 1/24; non : 23/24
• Délai pour rendez-vous de suivi	• Aucun délai : 10/24 • < 1 semaine : 8/24 • < 2 semaines : 1/24 • Non précisé : 3/24
III. INTERVENTION POSTTEST	SERVICES INFIRMIERS
• Traitement/IPAPP - Offre de traitement	• Jeune asymptomatique - Chlamydia : 17/24; non : 7/24 - Gonorrhée : 14/24; non : 10/24
- Counseling posttest	• Jeune asymptomatique : 22/24; non : 2/24 • Jeune symptomatique : 19/24; non : 5/24
- Notification aux partenaires	• Jeune asymptomatique : 22/24; non : 2/24 • Jeune symptomatique : 19/24; non : 5/24
- Approche utilisée	• Jeune asymptomatique - Passive et négociée : 15/22 - Passive seulement : 7/22^b • Jeune symptomatique - Passive et négociée : 12/21 - Passive seulement : 9/21^c
IV. SUIVI/ORIENTATION AUTRES RESSOURCES	SERVICES INFIRMIERS
• Suivi/orientation vers d'autres ressources	• Jeune asymptomatique - C/G : 12/24; non : 12/24 - Syphilis/VIH : 24/24 - VHB/VHC : 24/24 • Jeune symptomatique - C/G : 22/24; non : 2/24 - Syphilis/VHB/VHC/VIH : 22/24; non : 2/24 - Condylomes/herpès : 21/24; non : 3/24

a. Services offerts par le médecin : demande de tests de dépistage; offre de traitement; offre de counseling posttest.

b. 2 données manquantes

c. 3 données manquantes

Analyse – Tableau VIII.

I. Accueil/inscription – Les 24 écoles recensées peuvent compter sur la présence de 1 infirmière suivant, toutefois, un horaire variable. La majorité des infirmières, soit 21/24, arrivent à rencontrer les jeunes pour une prise en charge à l'intérieur de 1 semaine. Une autre y parvient à l'intérieur de 2 semaines. L'information n'a pas été précisée pour 2 écoles. Du côté médical, seulement 2 écoles des milieux centraux peuvent compter sur les services d'un médecin. Celui-ci respecte un délai de 1 semaine dans 1 école et de 2 semaines dans l'autre pour un rendez-vous de prise en charge. Ni les infirmières ni le médecin ne rapportaient de liste d'attente lors de la collecte de données.

II. Intervention prétest – Les infirmières se chargent de la recherche des facteurs de risque auprès des jeunes. Elles le font dans une grande proportion, soit respectivement de 23/24 et de 20/24 chez les jeunes asymptomatiques et symptomatiques.

Selon l'information disponible, le dépistage est aussi assumé par les infirmières dans certaines écoles. Un peu plus de la moitié (14/24) le font auprès des jeunes asymptomatiques et une seule, auprès des jeunes symptomatiques, et ce, pour les autres ITSS que celles pour lesquelles les jeunes présentent des symptômes.

Lors de la collecte de données, le délai pour un rendez-vous de suivi par les infirmières était relativement court. Pour 10 des 24 infirmières, aucun délai n'était relevé; pour 8 autres, il était inférieur à 1 semaine; 1 infirmière le situait à moins de 2 semaines; 2 autres, à moins de 1 mois. L'information n'était pas précisée pour 3 écoles. Du côté médical, le délai mentionné est de moins de 2 semaines.

III. Intervention posttest – L'information colligée indique que les infirmières se chargent du traitement des jeunes dans les écoles. Elles sont un peu plus nombreuses à le faire dans le cas de la chlamydia (18/24) que pour la gonorrhée (15/24) chez les jeunes

asymptomatiques. Elles sont également très nombreuses à offrir du counseling posttest aux jeunes, soit 22/24 aux jeunes asymptomatiques et 19/24 aux jeunes symptomatiques.

La notification aux partenaires est également réalisée par les infirmières dans les milieux scolaires. Elles le font dans une proportion quasi équivalente pour les jeunes asymptomatiques (22/24) et les jeunes symptomatiques (21/24). La combinaison des approches passive et négociée est celle utilisée pour les jeunes asymptomatiques par le plus grand nombre d'infirmières (15/22), comparativement à l'approche uniquement passive (7/22). La situation est similaire pour les jeunes symptomatiques où l'approche passive et négociée (12/21) est privilégiée à celle uniquement passive (9/21).

IV. Suivi et orientation vers d'autres ressources – Neuf des 24 infirmières indiquent avoir un corridor de services établi pour la prise en charge des jeunes ayant un résultat positif au dépistage pour une chlamydia ou une gonorrhée; dans ces cas, elles réfèrent les jeunes à la clinique jeunesse ou à leur médecin traitant. Dans le cas d'un dépistage positif pour une syphilis, VHB, VHC, VIH ou autres ITSS, ce sont toutes les infirmières qui réfèrent les jeunes vers d'autres ressources, le plus souvent, à la clinique jeunesse, au médecin traitant, dans un CRQ ou au SIDEPE. Chez les jeunes symptomatiques, la majorité des infirmières ont indiqué qu'elles avaient un corridor de services établi pour l'ensemble des ITSS. En fait, 2 infirmières n'auraient recours à aucun corridor de service pour quelques ITSS que ce soit, et une autre indique qu'elle ne recourrait à aucun corridor dans les cas de condylomes, herpès ou toute autre ITSS. Dans tous les cas symptomatiques, la clinique jeunesse est le corridor le plus souvent mentionné par les infirmières. Ces dernières réfèrent également au médecin de famille ou au CRQ.

Points forts, à améliorer ou à développer

Les répondants au questionnaire ont relevé les aspects de leur offre de service qu'ils jugeaient positifs, à être améliorés ou à développer. Le tableau IX en fait le résumé selon les dimensions caractérisant l'offre de service ITSS, soit : l'accessibilité; la continuité; l'efficacité; la collaboration/partenariat; la promotion/prévention.

Tableau IX. Points forts, à améliorer ou à développer dans les milieux scolaires

POINTS FORTS	
• Accessibilité - Facilité d'accès pour les jeunes - Proximité de l'école et de la clinique jeunesse - Consultation individuelle • Disponibilité - Offre de service sur place/présence régulière des infirmières - Rapidité de prise en charge • Continuité - Même intervenante dans les milieux scolaires et dans les cliniques jeunesse; connues des jeunes	• Collaboration/partenariat - Bonne collaboration avec le médecin, - Bonne collaboration entre l'infirmière et l'IP SPL - Collaboration avec MIELS-Québec • Promotion/prévention - Activités dans les classes pour susciter réflexion sur les facteurs de risques et de protection afin de diminuer les infections
POINTS À AMÉLIORER	
• Accessibilité - Élargir l'offre de service aux jeunes adultes de 20 à 25 ans (ex. : assurer une présence dans école aux adultes) - Compter sur la présence d'une infirmière, s'assurer de sa visibilité et publiciser son rôle auprès des jeunes - Pouvoir faire des prélèvements et du counseling auprès des jeunes asymptomatiques - Être en mesure de s'occuper des jeunes symptomatiques - Uniformiser les services dans l'ensemble des milieux scolaires du territoire • Disponibilité - Augmenter les services médicaux ou par IPSPL - Accroître le nombre de plages horaires pour répondre plus rapidement aux jeunes - Assurer une présence 5 jours/semaine - Assurer la stabilité de l'infirmière dans chacun des milieux	• Continuité - Avoir un corridor de services pour les jeunes symptomatiques - Définir une trajectoire claire de services • Efficacité - Pratiques cliniques : avoir des outils d'évaluation plus rapide pour les 14-17 ans • Collaboration/partenariat - Améliorer les ententes MSSS/ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES) - S'assurer de la volonté de la Direction jeunesse d'offrir des services ITSS dans les milieux scolaires • Promotion/prévention - Informer les jeunes, au début de l'année scolaire, de la présence de l'infirmière, donner son horaire et expliquer son rôle - Faire connaître aux parents et aux enseignants la présence et le rôle de l'infirmière (en collaboration avec la direction)
POINTS À DÉVELOPPER	
• Accessibilité - Élargir l'offre de service aux jeunes adultes de 20 à 25 ans (ex. : présence dans école aux adultes) - Offrir des activités de dépistage aux jeunes asymptomatiques - Faire les prélèvements diagnostiques chez les jeunes symptomatiques - Couvrir les écoles privées ainsi que celles offrant de la formation professionnelle, aux adultes et aux décrocheurs • Disponibilité - Accroître le nombre de jours/présence de l'infirmière	• Continuité - Développer des corridors de services - Définir trajectoire de service/corridor de services avec cliniques médicales (amélioration partenariat et offre de service) • Efficacité - Donner plus de latitude aux infirmières pour l'ordonnance collective (évitera référence, lorsque possible, vers le médecin) • Promotion/prévention - Remettre le cours de sexualité à l'horaire - Utiliser l'agenda de l'étudiant pour messages/vignettes sur la prévention des ITSS et information sur le rôle de l'infirmière

Plusieurs éléments ont été relevés par les répondants des milieux scolaires constituant des points positifs à maintenir. Ils ont aussi fait valoir des aspects qui bénéficieraient d'amélioration ou de développement à l'intérieur de leur offre de service ainsi que dans la façon de dispenser les soins et les services à leur clientèle.

4.1.3 Service intégré de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEP)

Accessibilité des services de SIDEP

Le service intégré de dépistage et de prévention (SIDEP) est un ensemble de services offerts par des infirmières cliniciennes du CIUSS de la Capitale-Nationale intégrant des activités de dépistage et de prévention des ITSS.

Plusieurs services individuels ou en groupe y sont offerts : soutien et information en santé sexuelle; promotion de pratiques sécuritaires; dépistage gratuit et confidentiel des ITSS; vaccination contre les hépatites A et B et contre le virus du papillome humain (VPH); remise de condoms et de matériel de consommation sécuritaire; contraception orale d'urgence; tests de grossesse; information sur la contraception; orientation vers les bonnes ressources. De plus, il n'est pas nécessaire d'avoir une prescription médicale ou une référence pour avoir accès à ces services.

Comme dans les autres territoires du Québec, le SIDEP du CIUSSS de la Capitale-Nationale est destiné à des clientèles vulnérables et à risque de contracter des ITSS. Ces clientèles sont rejointes là où elles se trouvent, soit majoritairement à l'extérieur des établissements du CIUSSS et souvent par l'entremise d'organismes communautaires. Il s'agit notamment d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, d'utilisateurs de drogues par injection ou par inhalation, de personnes incarcérées, de jeunes considérés en difficulté (ex. : jeunes de la rue, en centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, consommateurs de substances psychoactives), de travailleurs et travailleuses du sexe, d'autochtones et de personnes en provenance de pays où l'infection par le VIH est endémique²⁹.

Services infirmiers selon les étapes d'un épisode de soins

Comme pour les cliniques jeunesse et les milieux scolaires, les services du SIDEP sont présentés dans le tableau qui suit selon les étapes qui décrivent sommairement les étapes d'un épisode de soins.

Tableau X. Services infirmiers du SIDEP selon les étapes d'un épisode de soins^a

I. ACCUEIL ET INSCRIPTION	SERVICES INFIRMIERS	
• Présence d'infirmières	• Présence de 7,6 ETC infirmiers au SIDEP	
• Délai entre l'accueil, l'inscription et la rencontre pour une prise en charge par l'infirmière	• < 2 semaines	
• Liste d'attente	• Aucune	
II. INTERVENTION PRÉTEST	SERVICES INFIRMIERS	
• Dépistage/évaluation		
- Recherche de facteurs de risque	• Jeune asymptomatique : oui	• Jeune symptomatique : oui
- Intervention de dépistage	• Jeune asymptomatique : oui	• Jeune symptomatique/autres ITSS : oui
• Délai pour un rendez-vous de suivi	• < 2 semaines	
III. INTERVENTION POSTTEST	SERVICES INFIRMIERS	
• Traitement/IPAPP		
- Offre de traitement	• Jeune asymptomatique - Chlamydia et gonorrhée : oui	
- Counseling posttest	• Jeune asymptomatique : oui toujours	• Jeune symptomatique : oui parfois
- Notification aux partenaires	• Jeune asymptomatique : oui toujours	• Jeune symptomatique : oui parfois
- Approche utilisée	• Jeune asymptomatique - Passive et négociée	• Jeune symptomatique - Passive et négociée
IV. SUIVI/ORIENTATION AUTRES RESSOURCES	SERVICES INFIRMIERS	
• Suivi/orientation vers d'autres ressources	• Jeune asymptomatique - Chlamédia et gonorrhée : non - Syphilis/VHB/VHC/VIH : médecin en soutien au SIDEP	• Jeune symptomatique - Chlamédia et gonorrhée : non - Syphilis/VHB/VHC/VIH : médecin en soutien au SIDEP - Condylomes/herpès : 21/24; non : 3/24

a. Les services médicaux en soutien au SIDEP n'ont pas été documentés

Analyse – Tableau X.

I. Accueil et inscription – Les données recueillies indiquent que des infirmières sont présentes au SIDEp, mais aucune question n'a porté spécifiquement sur la présence des médecins dans ce service. En ce sens, l'information rapportée concerne exclusivement le personnel infirmier. Les données au moment de la collecte révèlent un délai inférieur à 2 semaines et il n'y avait aucune liste d'attente à ce moment.

II. Intervention prétest – Pour cette étape de l'épisode de soins, tant la recherche de facteurs de risque que l'intervention de dépistage sont bel et bien réalisées par les infirmières du SIDEp pour tous les jeunes, qu'ils soient asymptomatiques ou symptomatiques. De plus, le délai pour un rendez-vous de suivi était inférieur à 2 semaines au moment de la collecte d'information par questionnaire.

III. Intervention posttest – Au SIDEp, le traitement est offert par les infirmières aux jeunes asymptomatiques atteints d'une

chlamydia ou d'une gonorrhée. Les interventions reliées au counseling posttest et à la notification des partenaires sont toujours réalisées par les infirmières dans le cas de jeunes asymptomatiques, alors qu'ils le sont parfois dans le cas de jeunes symptomatiques. L'approche utilisée dans tous les cas par les infirmières de ce service est une combinaison des approches passive et négociée.

IV. Suivi et orientation vers d'autres ressources – Les données indiquent que les infirmières orientent les jeunes asymptomatiques et symptomatiques présentant la syphilis, le VHB, le VHC ou le VIH au médecin du SIDEp. Pour les autres ITSS, il n'existe pas de corridor de services établi permettant de référer les jeunes asymptomatiques ou ceux présentant des symptômes dans les cas de chlamydia et de gonorrhée ou encore, pour les jeunes présentant des condylomes ou de l'herpès.

Points forts, à améliorer ou à développer

Les répondants ont recensé les aspects qu'ils jugeaient comme étant des points forts de leur organisation dans la réponse faite aux jeunes ainsi que des éléments à améliorer ou à développer. Le tableau XI en fait le sommaire.

Tableau XI. Points forts, à améliorer ou à développer au SIDEp

POINTS FORTS	
• Accessibilité - Ordonnance collective pour le traitement de la chlamydia et la gonorrhée appliquée pour la clientèle asymptomatique - Prélèvements effectués sur place - Critères de sélection basés sur la vulnérabilité de la clientèle - Possibilité d'avoir des services sans la carte de la RAMQ	• Disponibilité - Services sur rendez-vous et sans rendez-vous - Horaires de soirs offerts dans plusieurs milieux « extramuros » • Continuité - Référence aux médecins du CLSC (en soutien à l'équipe SIDEp) pour les jeunes atteints de syphilis/VHB/VHC/VIH • Collaboration/parténariat - Bonne collaboration entre l'infirmière de la clinique jeunesse et SIDEp
POINTS À AMÉLIORER	
• Accessibilité - Désengorger la ligne ITSS; embaucher une agente administrative à temps complet et la former pour gérer la ligne - Pas de traitement du jeune symptomatique par l'infirmière • Disponibilité - Ajouter des plages horaires (soir et fin de semaine) - Délai de rappel variable	• Promotion/prévention - Sensibiliser les représentants de la Table des organismes communautaires à l'offre de service du SIDEp
POINTS À DÉVELOPPER	
• Accessibilité - Ouvrir SIDEp aux clientèles non vulnérables afin de simplifier le triage • Disponibilité - Ouvrir une clinique de « sans rendez-vous »	• Continuité - Créer des corridors de service formels • Promotion/prévention - Innover en utilisant les nouveaux médias sociaux afin de rejoindre les jeunes

Des éléments reliés à la « souplesse » du service ont été mentionnés au nombre des points positifs. L'accès des services du SIDEp aux jeunes vulnérables sans qu'ils soient obligés de présenter la carte d'assurance maladie et les services dispensés « extramuros » dans différents milieux de la communauté en constituent des exemples. Par ailleurs, le désengorgement de la ligne ITSS, l'ajout de plages horaires le soir et la fin de semaine, la sensibilisation auprès des intervenants de première ligne pour mieux faire connaître le service ainsi que la création de corridors de services ont été relevés au nombre des points à améliorer ou à développer.

4.2 Résultats de l'enquête complémentaire menée auprès des jeunes

Une enquête menée sur quelques mois au printemps 2016 auprès des jeunes ayant consulté pour une ITSS a permis de documenter un certain nombre d'éléments reliés au fonctionnement des services dans la région. Quelques questions brèves leur étaient posées visant d'une part, à relater les faits et d'autre part, à recueillir leur point de vue sur cette dernière expérience de soins. Il faut cependant préciser que l'approche méthodologique ne visait aucunement la représentativité de l'ensemble des cas déclarés d'ITSS. Des données complémentaires à celles présentées dans cette section figurent à l'[annexe F](#).

Au total, 53 jeunes ont participé à l'enquête visant à documenter le point de vue des jeunes ayant reçu des services reliés à une ITSS. La grande majorité d'entre eux proviennent des secteurs centraux de Québec (88,7 %) comparativement aux secteurs périphériques (11,3 %). Les jeunes femmes sont 2 fois plus nombreuses que les jeunes hommes et l'âge moyen est de 21 ans.

Tableau XII. Distribution (%) des jeunes selon leurs caractéristiques sociodémographiques

VARIABLE	CATÉGORIE	FRÉQUENCE (n)	PROPORTION (%)
Secteurs géographiques (n = 53)	RLS de Charlevoix	1	1,9
	RLS de Portneuf	5	9,4
	RLS de Québec-Nord	21	39,6
	RLS de la Vieille-Capitale	26	49,1
Sexe (n = 52)	Symptomatique		
	Masculin	12	23,1
	Féminin	13	25,0
	Asymptomatique		
	Masculin	5	9,6
	Féminin	22	42,3
Âge (n = 53)	<18 ans	5	9,4
	≥18 ans	47	92,0
	Non précisé	1	2,0
	Âge Moyen	21,1	

Parmi les jeunes ayant consulté, 25 présentaient des symptômes comparativement à 27 qui n'en avaient pas. La chlamydia est de loin l'ITSS le plus fréquente; elle compte respectivement pour 84,0 % et 92,6 % des jeunes symptomatiques et asymptomatiques. Durant la période de collecte de données, la gonorrhée et la syphilis ont été détectées chez les jeunes symptomatiques alors qu'aucun cas de syphilis n'a été dépisté chez ceux qui ne présentaient pas de symptômes.

Tableau XIII. Distribution (%) des jeunes selon leur type d'infection

VARIABLE	CATÉGORIE	FRÉQUENCE (n)	PROPORTION (%)
Type d'infection (n = 52)	Symptomatique (n = 25)		
	C. trachomatis	21	40,4
	Gonococcique	2	3,8
	Syphilis primaire, secondaire ou latente < 1 an	2	3,8
	Asymptomatique (n = 27)		
	C. trachomatis	25	48,1
	Gonococcique	2	3,9

Afin de bien documenter l'expérience des jeunes, la question des délais a été abordée spécifiquement avec eux. D'abord, le délai observé entre le début des symptômes et le prélèvement positif indique une attente moyenne d'environ 10 jours pour les jeunes symptomatiques. Par ailleurs, le délai moyen entre le prélèvement positif et le début du traitement antibiotique est sensiblement le même chez les jeunes symptomatiques ou asymptomatiques, soit de 4 jours, en excluant les données les plus élevées.

Tableau XIV. Délai entre la « 1^{re} démarche et le moment de la prise de rendez-vous » et entre la « prise de rendez-vous et le rendez-vous lui-même »

VARIABLE	CATÉGORIE	FRÉQUENCE (n)	PROPORTION (%)
Délai entre la 1^{re} démarche et le moment de la prise de rendez-vous (n = 53)	Le jour même	42	79,2
	Autres ^a	11	20,7
Délai entre la prise de rendez-vous et le rendez-vous lui-même (n = 52)	Le jour même	32	61,5
	Autres ^b	20	38,5

a. ≤ 1 semaine (n = 10); 3 semaines (n = 1)

b. ≤ 1 semaine (n = 11); ≤ 2 semaines (n = 4); ≤ 3 semaines (n = 3); 2 mois (n = 1); 1 an (n = 1)

La majorité des jeunes (42/53) ont mentionné avoir pris leur rendez-vous le jour même qu'ils ont enclenché une première démarche, que ce soit par téléphone, par Internet ou en se rendant sur place. Par ailleurs, le délai entre la prise de rendez-vous et le rendez-vous lui-même a été le même jour dans 32 cas, d'une semaine ou moins pour 11 jeunes; entre 1 et 2 semaines pour 4; entre 2 et 3 semaines pour 3 autres jeunes et de 2 mois pour un autre.

Tableau XV. Délai moyen entre le « début des symptômes et le prélèvement positif » et entre le « prélèvement positif et le traitement antibiotique » chez les symptomatiques et les asymptomatiques

VARIABLE	DÉBUT DES SYMPTÔMES/PRÉLÈVEMENT POSITIF	PRÉLÈVEMENT POSITIF/TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE
	DÉLAI	DÉLAI
Symptomatique (n = 25)	▪ Moyenne : 11,6 jours ▪ Moyenne : 9,4 jours^a	▪ Moyenne : 5,6 jours ▪ Moyenne : 4,3 jours^a
Asymptomatique (n = 27)	n/a	▪ Moyenne : 6,1 jours ▪ Moyenne : 4,1 jours^a

a. Excluant les données les plus élevées

En moyenne, les jeunes présentant des symptômes ont observé un délai moyen de 11,6 jours entre le début des symptômes et le prélèvement positif. Ce délai diminue à 9,4 jours lorsqu'on retire les valeurs très élevées. Ils ont ensuite attendu 5,6 jours en moyenne pour recevoir le traitement antibiotique ou 4,3 jours en excluant les données élevées. Ce délai est sensiblement le même chez les jeunes qui ne présentaient pas de symptômes, soit de 6,1 jours en moyenne ou de 4,1 jours en retirant les valeurs les plus élevées.

La grande majorité des jeunes n'ont eu que peu de démarches à faire pour obtenir des services en lien avec leur problématique ITSS. En effet, la moitié des jeunes n'ont eu qu'un appel à faire et pour un peu plus du tiers, aucun appel n'a été nécessaire. De même, dans la majorité des cas, un seul endroit visité a suffi pour qu'ils obtiennent le service désiré. Enfin, en cohérence avec ce qui précède, 45 des 53 jeunes ayant participé à l'enquête ont relevé ne pas avoir rencontré de difficultés au cours de leurs démarches.

Tableau XVI. Démarches réalisées par les jeunes pour l'obtention des services en ITSS

VARIABLE	CATÉGORIE	FRÉQUENCE (n)	PROPORTION (%)
Démarches réalisées (n = 53)	Nombre d'appels		
	• 0	19	35,8
	• 1	27	50,9
	• Autres ^a	7	13,2
	Nombre d'endroits		
	• 0	8	15,1
	• 1	42	79,2
	• Autres ^b	3	5,7
	Difficultés rencontrées au cours des démarches		
	• Oui ^c	8	15,1
	• Non	45	84,9

a. 2 appels (n = 6); 5 appels (n = 1)

b. 2 endroits (n = 2); 4 endroits (n = 1)

c. **Type de difficulté – disponibilité** : service fermé les fins de semaine; « Malgré le fait que j'avais la chlamydia, délai de trois semaines avant de rencontrer quelqu'un »; « Difficulté à rejoindre le médecin pour connaître les résultats, ce qui a occasionné un délai pour le traitement »; « Délai d'accès au médecin de famille dans le cas d'un jeune qui ne présente pas de symptôme. » **Type de difficulté – méconnaissance du personnel à fournir l'information** : « Méconnaissance de l'endroit où référer le jeune » (propos de l'infirmière); « Difficulté à obtenir des numéros de téléphone ou une adresse Internet ». **Autre difficulté – courtoisie du personnel** : « Secrétaire à la prise de rendez-vous était vraiment bête. J'ai hésité avant de dire la raison de mon rendez-vous. [...] Une chance que j'aime l'infirmière sinon, je n'appellerais plus. »

Les 53 jeunes ayant participé à l'enquête ont consulté différents milieux cliniques. Les cliniques médicales privées représentent la catégorie qui regroupe le plus de jeunes (57 %) comparativement aux cliniques jeunesse (24,5 %) et aux milieux hospitaliers (11 %).

Tableau XVII. Distribution (%) des jeunes selon le type de milieu clinique consulté

VARIABLE	CATÉGORIE	FRÉQUENCE (n)	PROPORTION (%)
Démarches réalisées (n = 53)	CIUSSS – Services courants	2	3,8
	CIUSSS – Cliniques jeunesse	13	24,5
	Cliniques médicales privées	30	56,6
	Milieux hospitaliers ^a	6	11,3
	Autres ^b	2	3,8

a. Excluant Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS)

b. Incluant UMF des Maizerets

En outre, la grande majorité des jeunes ayant participé à l'enquête (42/53) ont exprimé un niveau de satisfaction à l'égard des services reçus qui s'échelonne de 8 à 10/10. Pour 9 autres jeunes, le niveau de satisfaction variait entre 3 et 7 pour un score moyen de 8,7/10. L'information n'était pas disponible pour 2 jeunes.

Tableau XVIII. Distribution (%) des jeunes selon leur satisfaction des services reçus

VARIABLE	CATÉGORIES (COTE SUR 10)	FRÉQUENCE (n)	PROPORTION (%)
Satisfaction des services reçus (n = 51)	10	23	46,0
	8-9	19	38,0
	< 8 ^a	9	18,0
	Score moyen		8,7

a. 7 (n = 5); 6 (n = 2); 5 (n = 1); 3 (n = 1)

4.3 Résultats des groupes de discussion formés d'experts

Deux groupes de discussion formés d'experts ont été réalisés au cours de la démarche. Une première rencontre a permis de déterminer des caractéristiques visant à définir une offre de service optimale en ITSS pour la région, telle que perçue par les experts. Ces caractéristiques ont ensuite été colligées, validées et mises en perspective avec l'information préalablement recueillie grâce aux questionnaires en ligne et à l'enquête menée auprès des jeunes.

La seconde rencontre a permis de dégager, à partir des résultats obtenus, les écarts entre la situation réelle et celle qu'ils avaient établie comme optimale. Les sections qui suivent présentent brièvement ces écarts pour chacun des milieux retenus et sont suivies de pistes de solution qui ont été proposées pour les réduire.

4.3.1 Cliniques jeunesse de la région

Dans l'ensemble, les cliniques jeunesse semblent très peu connues, tant par les jeunes que par les professionnels du réseau. Un manque d'information ou de transfert d'information entre le personnel d'une même organisation et entre l'organisation et les partenaires ont aussi été observés parmi les aspects qui limitent l'accès aux services.

L'accessibilité aux services des cliniques jeunesse est aussi tributaire de leur organisation. Plusieurs observations indiquent que le fonctionnement s'éloigne d'un modèle « optimal », notamment par des tâches cléricales réalisées par les professionnels (médecin et infirmières) depuis l'application de coupures, ce qui enlève du temps « clinique » pour les interventions préventives auprès des jeunes. De plus, les modalités de prise de rendez-vous ne semblent pas facilitantes. Sur ce point, certains ont fait valoir l'importance de recourir aux technologies utilisées par les jeunes. Les commentaires suivants ont été émis à ce propos :

« Le téléphone, c'est terminé, car souvent le jeune doit attendre, l'appel est transféré ou on lui demande d'appeler ailleurs. »

« La boîte vocale est une des pires choses pour perdre nos jeunes. Le risque qu'il ne fasse aucune autre démarche est relativement élevé. C'est de cette façon que l'on peut les perdre. »

Tous conviennent de la pertinence de simplifier l'accès aux services dès le premier contact afin d'éviter au jeune d'être sans réponse et d'avoir à faire d'autres démarches.

L'utilisation de certains services soulève également des questions de pertinence, comme dans le cas de jeunes hétérosexuels qui fréquentent des bars ou des saunas gais pour avoir accès au dépistage. Ce type de service « extramuros » n'a pas été mis en place pour cette clientèle, mais plutôt pour des jeunes vulnérables. Lorsque l'intervenant rencontre des jeunes hétérosexuels à ces endroits, il les réfère rapidement vers les CLSC après avoir fait une intervention de type counseling.

En outre, la *Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée* entraîne de nombreux irritants pour les médecins des cliniques jeunesse. En effet, ceux-ci se voient contraints de répondre à une clientèle uniquement si elle est inscrite, ce qui est difficilement conciliable avec la mission même des cliniques jeunesse qui vise à répondre le mieux possible aux jeunes qui s'y présentent. Les experts sont d'avis que de pénaliser les médecins qui offrent des services à des jeunes non inscrits ne peut qu'être dommageable à cette clientèle. Il y a tout lieu de croire que plusieurs d'entre eux décideront tout simplement de ne pas consulter ailleurs, ce qui augmentera les risques de transmission.

Pistes de solution pour améliorer l'accessibilité aux services

- ❑ Utiliser différents lieux publics et réseaux sociaux (ex.: écrans de cinéma, toilettes des bars, divers réseaux sociaux et sites de rencontres, etc.) pour diffuser de l'information sur les symptômes des ITSS et les endroits qui offrent des services à l'échelle locale et régionale;
- ❑ sensibiliser les jeunes et les intervenants au fait que les prélèvements ne sont plus aussi « invasifs » qu'avant; (ex. : autoprélèvements pour les filles et prélèvements urinaires pour les garçons);
- ❑ développer un site Web et le faire connaître auprès des jeunes. Des moteurs de recherche peuvent servir à indiquer les mots-clés (ex. : créer une application avec un algorithme) et des solutions technologiques peuvent être envisagées à ce chapitre. Ce site pourrait servir également à la prise de rendez-vous;
- ❑ créer une ligne « Info-Santé ITSS » et repenser le service de réception pour que le jeune puisse parler directement à une personne pour prendre son rendez-vous, ce qui éviterait des délais inutiles faisant en sorte que le jeune quitte le CLSC sans avoir obtenu de rendez-vous. Un modèle de porte d'entrée unique qui prévoit des corridors de sévices, comme certaines cliniques spécialisées présenteraient plusieurs avantages;
- ❑ « bonifier » le secrétariat pour une meilleure efficacité (moins de perte de temps de part et d'autre et davantage de temps clinique pour un plus grand nombre de patients);
- ❑ sensibiliser l'ensemble du personnel du CIUSS (les équipes qui gravitent autour d'un jeune) à l'offre existante de service ITSS sur le territoire (la trajectoire de services), ce qui permettrait de ne pas en « échapper » et d'offrir un éventail de services le plus large possible;
- ❑ développer une offre de service simple et où tout pourrait se faire sur place (particulièrement pour les garçons qui sont généralement moins enclins à faire plus d'une démarche);
- ❑ uniformiser l'offre de service, notamment en ce qui a trait au critère d'âge (12 à 24 ans);
- ❑ décloisonner la notion de « territoire » qui « ne tient plus la route » maintenant que tous les CLSC sont fusionnés dans un même établissement (CIUSSS de la Capitale-Nationale);
- ❑ sensibiliser les médecins des cliniques médicales, dont plusieurs d'entre eux sont en lien avec la clientèle jeunesse, à la problématique des ITSS et leur offrir de la formation (ex. : formation de base, formation continue, soutien possible de l'équipe ITSS à la DSPublique). L'utilisation de certaines applications permet un rafraîchissement des connaissances ou une validation rapide de l'information;
- ❑ faire preuve de souplesse dans l'application de la *Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée* à l'intérieur des cliniques jeunesse.

Concernant la disponibilité des services, les plages horaires de rendez-vous et de « sans rendez-vous mériteraient d'être plus étendues afin de mieux desservir la clientèle en soirée et durant la fin de semaine. De même, l'absence de médecins ou IPSPL dans certaines cliniques ne répond pas non plus au modèle « optimal » d'une offre de service ITSS dans la région.

Pistes de solution pour améliorer la disponibilité des services

- ❑ Ajouter des plages horaires (soir et fin de semaine) de rendez-vous et de « sans rendez-vous »;
- ❑ revoir l'offre de service en renforçant les collaborations médecin/infirmière (ex. : ordonnances collectives élargies);
- ❑ planifier l'embauche de médecins ou des IPSPL, d'autant plus que les récents départs des médecins à la retraite n'ont pas été remplacés.

Il existe plusieurs interruptions de services dans la réponse aux besoins des jeunes en ITSS. L'absence de services à différents endroits ou leur disponibilité restreinte entraînent des répercussions sur leur fluidité pour une réponse optimale. De plus, l'arrêt de rencontres interdisciplinaires ne permet plus les échanges entre les professionnels, sauf avec les travailleurs sociaux. Ces rencontres permettaient pourtant de partager une vue globale de la situation du jeune ainsi que sur les interventions à mettre de l'avant. Enfin, le roulement important du personnel entretient des difficultés de suivi pour la clientèle et on déplore que les intervenants ne soient pas informés de « qui fait quoi? ».

Pistes de solution pour améliorer la continuité des services

- ☐ Développer des corridors de services (ententes formelles) avec les cliniques médicales, CRQ, etc.;
- ☐ maintenir la stabilité des services et des intervenants;
- ☐ pouvoir compter sur un plus grand nombre de médecins qui ont accès à des experts pour soutenir leurs interventions, s'ils le jugent pertinent;
- ☐ développer la collaboration médecins/infirmières;
- ☐ améliorer le soutien cléricale.

Somme toute, les experts sont d'avis que les cliniques jeunesse sont « *sous respirateur* » et ils se demandent même si, à moyen terme, elles ne disparaîtront pas. Pour eux, plusieurs éléments demeurent préoccupants. L'absence de développement prévu par le MSSS qui est à faire un portrait de l'offre de service n'est aucunement encourageant tout comme l'absence de remplacement des médecins qui quittent les cliniques jeunesse. Pour les experts, il est difficile de penser à l'amélioration de l'offre de service dans les cliniques jeunesse sans savoir si elles continueront d'exister. Ils s'interrogent, à savoir si elles sont en voie de développement ou de disparition. En fait, le MSSS a-t-il l'intention de transférer ces fonctions dans les cliniques médicales? Il serait donc pertinent de connaître les orientations nationales et la volonté régionale à ce sujet afin de bien positionner l'offre souhaitée en ITSS sur le territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

4.3.2 Milieux scolaires

L'offre de service dans les milieux scolaires est inexistante pour plusieurs écoles malgré la présence de jeunes potentiellement vulnérables. Si elle présente pour d'autres, elle est limitée et inégale. De plus, elle est aussi méconnue de plusieurs jeunes qui pourraient en bénéficier.

Pistes de solution pour améliorer l'accessibilité aux services

- ☐ Offrir davantage de services dans les écoles de la région de manière à obtenir un « bon » taux de couverture des jeunes âgés de 12 à 24 ans (incluant les écoles privées, de formation professionnelle, écoles aux adultes, celles liées aux décrocheurs, les milieux de niveau collégial, etc.);
- ☐ recourir aux tribunes existantes (ex. : Table jeunesse) pour discuter des besoins des jeunes en ce qui a trait aux ITSS et de la pertinence de développer des services dans les milieux actuellement non desservis;
- ☐ recourir à divers moyens pour diffuser des messages sur la prévention des ITSS, les services disponibles dans les écoles, le rôle de l'infirmière, etc. L'agenda étudiant pourrait être utilisé à cette fin;
- ☐ présenter les services offerts par l'infirmière lors de la tournée des classes (sec. II) ;
- ☐ faire connaître les disponibilités de l'infirmière à l'ensemble des étudiants et du personnel de l'école;
- ☐ informer les parents et les enseignants du type de services offerts par l'infirmière de l'école.

L'accessibilité au dépistage et la disponibilité des services dans les milieux scolaires ne sont pas optimales; il existe une grande variation entre les écoles. D'entrée de jeu, la volonté de la Direction jeunesse est questionnée quant à ce

que des services en ITSS soient donnés dans les milieux scolaires, où se trouve pourtant un très grand volume de jeunes. Les modalités de collaboration avec cette direction devraient être éclaircies pour une meilleure efficacité. Plus concrètement, les ressources médicales sont quasi inexistantes, à l'exception de deux des 24 écoles recensées (pour quelques heures par semaine ou aux deux semaines, selon l'école). Aucune école dans les milieux périphériques ne peut compter sur un médecin et on y trouve, dans l'ensemble des écoles, que très peu d'IP SPL, ce qui serait un atout en l'absence du médecin. La disponibilité des infirmières est aussi très variable selon les milieux. Aussi, un roulement important des éducateurs oblige à répéter les séances de sensibilisation et d'information.

En outre, l'absence de personnel infirmier dans les établissements scolaires du niveau collégial entraîne plusieurs difficultés (attentes parfois longues avant de consulter et se faire dépister; achalandage des services à certaines périodes, comme à la relâche; etc.). Ce problème bien réel est particulièrement criant pour les cas symptomatiques qui tardent à recevoir les soins requis.

Pistes de solution pour améliorer la disponibilité des services

- ☐ S'assurer de la volonté de la Direction jeunesse quant à l'offre de service en ITSS dans les milieux scolaires, vérifier quelles sont les modalités de collaboration à développer pour faciliter les « arrimages » en vue d'améliorer l'offre de service aux jeunes dans la région;
- ☐ assurer une présence infirmière durant un nombre d'heures suffisant pour fournir une réponse rapide et adéquate aux jeunes, évitant ainsi de les « échapper » (car tous ne consulteront pas dans les cliniques médicales);
- ☐ compter sur la présence d'une infirmière sur place et s'assurer de sa visibilité;
- ☐ s'assurer que le bureau de l'infirmière soit positionné stratégiquement afin que la confidentialité aux jeunes soit respectée (ex. : ne pas choisir un bureau en face de celui du directeur);
- ☐ engager des IP SPL qui peuvent intervenir auprès des jeunes symptomatiques;
- ☐ uniformiser les services dans l'ensemble des milieux scolaires de la région;
- ☐ offrir des services dans les établissements scolaires qui ne sont pas desservis actuellement (cégeps, centres de formation professionnelle, etc.).

La continuité des services dans les milieux scolaires est à améliorer. L'absence d'un médecin ne facilite pas le suivi auprès des autres professionnels. De plus, les liens de collaboration avec les cliniques médicales sont très peu présents actuellement.

Pistes de solution pour améliorer la continuité des services

- ☐ Assurer une certaine stabilité de l'infirmière dans chacun des milieux;
- ☐ développer des corridors de services et des ententes facilitant le suivi et la continuité des services aux jeunes.

4.3.3 Service intégré de dépistage et de prévention des ITSS (SIDE P)

Parmi les services relevés comme étant loin d'assurer une réponse optimale, la gestion de la ligne ITSS arrive au 1^{er} rang. Des coupures de services ont entraîné des délais de réponse importants pour SIDE P. Le mécanisme de prise de rendez-vous montre des défaillances qui pourraient se corriger avec l'apport d'une agente administrative, permettant de combler une équivalence à temps complet. Actuellement, SIDE P dispose de deux jours/semaine, ce qui est largement insuffisant pour le volume de demandes. Par ailleurs, on soulève la possibilité que certains jeunes « surévaluent » leurs facteurs de risque pour avoir accès au SIDE P, ce qui est contraire à la mission de ce service.

Pistes de solution pour améliorer l'accès aux services

- ☐ Faire en sorte que SIDEP devienne la porte d'entrée pour la problématique ITSS;
- ☐ sensibiliser le personnel des services de 1^{re} ligne à l'offre de service SIDEP;
- ☐ sensibiliser les représentants de la Table des organismes communautaires à l'offre de service SIDEP;
- ☐ engager une agente administrative (équivalence de temps complet) pour cette fonction centrale;
- ☐ recourir aux nouvelles technologies de l'information et médiums (Web, cellulaire et texto, etc.) pour bien faire connaître les services du SIDEP.

Le service pourrait bénéficier d'un plus grand nombre d'heures de rendez-vous et de « sans rendez-vous » pour accommoder davantage les jeunes, notamment en soirée et durant les fins de semaine. Le service semble plutôt bien connu des cliniques médicales, par contre, il y a un manque de ressources humaines. Les délais pour obtenir un rendez-vous pour un dépistage sont relativement longs; des améliorations seraient à apporter sur ce plan.

Pistes de solution pour améliorer la disponibilité des services

- ☐ Former une agente administrative pour gérer la ligne ITSS ou utiliser les services d'une infirmière en retrait préventif;
- ☐ revoir le fonctionnement du service pour diminuer les délais pour le dépistage des jeunes;
- ☐ ajouter des intervenants pour être en mesure de répondre adéquatement aux besoins de la clientèle;
- ☐ ajouter des plages horaires pour les soirs et les fins de semaine (plages horaires adaptées aux jeunes) ainsi que des plages de « sans rendez-vous ».

Comme dans les autres milieux à l'étude, la continuité des services mérite d'être rehaussée. Le suivi des jeunes qui consultent une 1^{re} fois et qui n'informent pas, ensuite, le personnel qu'ils ont consulté ailleurs nuit à la continuité des services. De plus, des liens très importants ont été développés au cours des années avec des médecins, mais de façon informelle ; des améliorations seraient à apporter à cet égard.

Piste de solution pour améliorer la continuité des services

- ☐ Créer des corridors de services à partir d'ententes formelles.

V. DISCUSSION

5.1 Forces et limites de la démarche d'évaluation

Parmi les forces de la démarche, soulignons d'entrée de jeu la pertinence de documenter la situation de l'organisation des services en ITSS aux jeunes de 12 à 24 ans dans la région de la Capitale-Nationale. L'incidence élevée des ITSS depuis bon nombre d'années justifie amplement que la DSPublique ait pris cette initiative et d'impliquer des acteurs clés de la région afin de cerner des pistes de solution.

L'approche méthodologique soutenue par des sources de données variées a permis de recueillir un certain éventail de données complémentaires. Le questionnaire en ligne, transmis à un grand nombre d'organisations et de milieux qui dispensent des services aux jeunes en ITSS, a permis de produire un état de situation relativement exhaustif des services offerts dans la région pour la clientèle jeunesse. L'enquête complémentaire auprès des jeunes a, quant à elle, permis de documenter leur expérience concernant l'accessibilité et la disponibilité des services ainsi que leur satisfaction sur les soins reçus. La participation de professionnels reconnus comme étant des experts a fourni un éclairage différent, axé sur la façon dont les services sont organisés et dispensés dans la région et sur ce qui pourrait s'avérer optimal. En outre, leur apport spécifique pour proposer des pistes de solution a permis d'apporter des suggestions concrètes, adaptées à la réalité du terrain. L'ensemble de ces éléments représente des forces de la présente démarche.

Concernant les limites, il est important de noter que, dans chacun des milieux participant à l'évaluation, une infirmière a rempli le questionnaire en ligne non seulement pour les sections qui la concernaient, mais également pour celles relevant des médecins. Dans ce contexte, il est possible que des détails de l'information transmise sur les services médicaux soit plus ou moins précis. De plus, bien que du personnel qualifié ait prétesté le contenu ainsi que les aspects techniques du questionnaire, certaines réponses ont suggéré aux responsables de l'évaluation que des questions auraient été mal comprises ou mal interprétées par les répondants. C'est le cas, par exemple : 1) de la question se référant aux « corridors de services » où cette notion aurait gagné à être préalablement définie; 2) de la question concernant le traitement médical de certaines problématiques (hépatite B, hépatite C ou VIH), où les réponses ne concordaient pas avec le fait que celles-ci relèvent d'une expertise particulière, uniquement disponible dans des milieux cliniques spécialisés. Finalement, le traitement des données qualitatives a été réalisé de manière à faire ressortir les points de vue et commentaires exprimés dans un souci d'exhaustivité, afin de faire valoir l'éventail des éléments ayant été relevés. Ainsi, la plupart de ces commentaires n'ont pas été formulés par la majorité des participants.

Une autre limite concerne l'enquête complémentaire réalisée auprès de la clientèle visée. En effet, même si nous avons réussi à obtenir les commentaires d'un certain nombre de jeunes ayant consulté pour une ITSS, il aurait été intéressant d'en rejoindre d'autres présentant aussi des besoins, mais n'ayant pas complété les démarches (prise de rendez-vous ou se rendre sur place) afin de recevoir des soins. Le point de vue recueilli pour cette portion de l'étude se restreint donc à celui des personnes ayant réussi à accéder au service.

5.2 Principaux constats de l'évaluation

Dans la région de la Capitale-Nationale, tout comme ailleurs au Québec et au Canada, les ITSS constituent un problème de santé publique préoccupant. Les données épidémiologiques récentes indiquent que la hausse des ITSS touche particulièrement les jeunes; à titre d'exemple, sur près de 1300 cas de chlamydia déclarés en 2014, 60 % étaient âgés de 15 à 24 ans. La situation est similaire pour les cas de gonorrhée où 38 % des 59 cas déclarés se situent dans cette même tranche d'âge.

La présente démarche d'évaluation a fait ressortir des points forts de l'organisation des services ainsi qu'un certain nombre de contraintes ou d'aspects à améliorer. Entre autres points forts, notons la présence d'une certaine complémentarité des services offerts entre les CLSC et les autres milieux cliniques. Aussi, lorsqu'ils sont fournis, les services de dépistage sont généralement complets. De plus, les délais rapportés par les jeunes pour être vus pour la première fois sont jugés dans l'ensemble acceptables, alors que leur satisfaction à l'égard des services reçus a été notée comme étant plutôt élevée.

Concernant les contraintes, la disparité régionale de la clientèle ciblée, particulièrement le peu de services offerts aux plus de 20 ans, la méconnaissance des ressources disponibles sur le terrain, tant de la part des jeunes que des intervenants, ainsi qu'une grande variation de l'offre de service dans les cliniques jeunesse et les milieux scolaires ont été relevées. La collaboration entre les services médicaux et infirmiers dans les cliniques jeunesse est à parfaire. De plus, l'absence de services de « sans rendez-vous » dans ces cliniques n'est pas facilitante pour le jeune qui n'a que peu de temps à consacrer à une consultation. Parfois, l'infirmière ou le médecin acceptera de le recevoir entre deux patients, tout dépendant de leur bonne volonté et/ou de leur charge de travail de la journée. Cette façon de faire confirme la méconnaissance des jeunes sur la disponibilité des ressources, ce qui n'est pas vraiment étonnant puisque le mode de fonctionnement des services est très peu diffusé. De plus, l'absence d'une offre de dépistage dans les écoles secondaires d'un des deux territoires centraux et le manque de continuité entre les services en raison de l'absence de corridors de services ou de mécanismes formels de référence constituent d'autres contraintes à prendre en considération.

Par ailleurs, le MSSS, dans l'édition 2015-2020 de son plan stratégique, souhaite voir une augmentation de 15 % des activités de dépistage auprès des jeunes d'ici 2020 pour répondre à l'objectif visant à « renforcer la prévention et le contrôle des infections transmissibles sexuellement et par le sang »²⁰. Pour cela, il apparaît important que l'offre de service en ITSS soit la plus complète et optimale possible à l'intérieur de la région.

5.3 Constats dégagés d'études menées à l'échelle nationale

Une étude de l'INSPQ³⁰ sur l'évaluation de la mise en œuvre du PNSP a été réalisée à partir de deux cas traceurs, dont l'un porte spécifiquement sur la prévention des ITSS. Le rapport, qui a été rendu public en mars 2016, relève les éléments suivants:

- les ITSS occupaient une place peu importante dans les (anciennes) agences de la santé et des services sociaux;
- il y aurait peu d'intérêt des acteurs du palier régional pour la mission de prévention;
- peu d'investissement a été accordé à la prévention des ITSS et les équipes sont peu nombreuses. Il s'agit principalement d'individus chargés d'appliquer les programmes et de faire les interventions requises;
- les ressources en SIDA seraient très restreintes, ce qui empêcherait les services de dépistage de jouer pleinement leur rôle, rendant ainsi une offre de service relativement limitée et même absente dans certaines régions;
- un cloisonnement entre les programmes est aussi relevé. La prévention des ITSS, portée par la santé publique, n'est pas intégrée à l'ensemble de la mission des CLSC tel que souhaité dans le PNSP. Cette situation réduit grandement les possibilités d'influencer les milieux de pratique;
- il y aurait que peu de place occupée par les intervenants sociaux dans le suivi et le traitement des personnes atteintes ou vulnérables. En fait, il n'y aurait que peu de références du secteur de la santé vers le secteur social, ce qui occasionne des difficultés d'accès aux services psychosociaux pour les personnes infectées;
- l'intégration entre les divers niveaux de soins (entre la 1^{re}, la 2^e et la 3^e ligne) semblerait difficile;

- la présence de plusieurs embûches nuirait à l'exercice des PCP aux soins et aux services pour les ITSS. Parmi ces difficultés, notons le manque d'intégration des connaissances issues des guides de pratique; des difficultés d'accès à un médecin pour assurer le suivi des personnes symptomatiques; des difficultés d'accès aux laboratoires pour l'analyse des tests de dépistage; la longueur de certains délais pour l'intervention et l'application partielle du programme IPAPP. Dans ce dernier cas, une répercussion importante est notée : une certaine incapacité à briser la chaîne de transmission rendant ainsi l'efficacité du dépistage compromise;
- les personnes vulnérables infectées par une ITSS et présentant des comorbidités auraient de la difficulté à se faire suivre par un médecin;
- les relations seraient fragiles entre les directions de santé publique et les organismes communautaires étant donné qu'elles reposent principalement sur des individus plutôt que sur des ententes formelles et que les organismes communautaires ne participent que très rarement à définir le problème à solutionner.

Face à ces constats, les auteurs proposent un certain nombre de pistes de solutions. Ils soulignent notamment l'intérêt de développer une relation de complémentarité entre les paliers régional et local en précisant que le rôle du régional devrait en être un de soutien envers le palier local. Ils conviennent également de l'importance à accorder à la prévention dans les CLSC de manière à contrebalancer la place du curatif au sein de ces organisations. Pour les auteurs, la santé publique doit assumer un plus grand leadership à l'échelle régionale, en mobilisant les acteurs des différents niveaux de soins afin d'assurer une meilleure cohérence des services. Aussi, le développement de collaborations avec les organismes communautaires sur une base égalitaire apparaît central, tout comme de pouvoir compter sur l'apport d'acteurs intersectoriels provenant des milieux municipaux et scolaires.

En outre, les auteurs font valoir l'importance d'adapter les pratiques au contexte d'action, en privilégiant, par exemple, l'expérimentation et le soutien d'interventions moins courantes comme les services de dépistage hors les murs. D'ailleurs, l'exercice de rôles diversifiés et nouveaux, comme la facilitation dans les services de 1^{re} ligne, peut s'avérer porteur pour les régions, en respectant toutefois certaines conditions. Parmi celles-ci, le développement de nouvelles compétences, une bonne circulation de l'information ainsi que le développement et le transfert des connaissances seraient à considérer.

Au cours des dernières années, des travaux ont été menés par le CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (IUGS) (maintenant CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke [CHUS]), mandaté par le MSSS pour piloter le projet d'intégration des interventions en ITSS³¹. Ce projet, mené avec la collaboration de sept CSSS, vise à « définir des moyens concrets qui permettent aux CSSS de se mobiliser davantage dans la lutte contre les ITSS et de mobiliser leur réseau local de services ». Différentes productions ont émané de ces travaux dans lesquelles les auteurs relèvent des difficultés semblables à celles de la présente étude. En effet, la détection et le traitement des cas symptomatiques ainsi que la collaboration avec les médecins sont au nombre des éléments critiques. De plus, la continuité des services au sein d'un RLS est à parfaire. Devant ces constats, le groupe de travail du CSSS-IUGS a recommandé quatre pistes d'action principales :

1. se donner une vision commune de la situation à l'intérieur des différents paliers (local, régional et national);
2. se doter d'une marge de manœuvre en mettant de l'avant des initiatives et projets à l'échelle locale;
3. faire autrement par le travail intersectoriel dans les RLS, ce qui requiert la reconnaissance de l'expertise développée par les organismes communautaires. Les CLSC ont la responsabilité de travailler de concert avec les différents organismes et organisations qui « ont un potentiel d'action sur les déterminants de la santé sexuelle et de la consommation de drogues (éducation, logement, environnement social, etc.) »;
4. renforcer la cohérence entre les paliers national et régional pour mieux soutenir les CSSS (maintenant les CIUSSS et CIUSSS) et les RLS.

5.4 Principaux enjeux pour une organisation optimale de l'offre de service en ITSS

Plusieurs constats des études réalisées par l'INSPQ (2016) et par le CSSS - IUGS (2014) ont fait émerger des difficultés qui convergent avec les résultats de la présente démarche, menée sur le territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Si on associe ces éléments aux pratiques recommandées, issues d'études menées au cours des dernières années, il est possible de dégager des aspects pour lesquels une attention particulière mérite d'être portée pour une offre de service améliorée dans la région, ce qui se rapprocherait davantage d'une organisation optimale de services.

Tout d'abord, mentionnons que des efforts sont à consentir en matière de promotion pour mieux faire connaître les services disponibles dans la région. Plusieurs témoignages viennent appuyer cette observation. Les experts ont fait valoir l'intérêt de recourir à une grande diversité de moyens, dont les nouvelles technologies de l'information. Parmi ces moyens, les réseaux sociaux seraient à exploiter davantage ainsi que les lieux fréquentés par les jeunes, par des affiches ou d'autres moyens servant à diffuser des messages d'intérêt en matière de prévention des ITSS. Les infirmières dans les écoles ont souligné l'intérêt de rencontrer les jeunes rapidement en début d'année scolaire pour faire connaître leur service. De même, une séance d'information auprès des parents est à prévoir, tôt à l'automne, pour décrire leur rôle à l'intérieur de l'école. Aussi, de l'information ciblée sur la prévention des ITSS, insérée dans les agendas scolaires des jeunes du secondaire, est un autre moyen simple à exploiter davantage.

Pour les cliniques jeunesse ainsi que pour le SIDEPE dont l'offre de service est méconnue de la population, des activités de promotion seraient à faire, particulièrement auprès des intervenants de 1^{re} ligne et des organismes communautaires qui pourraient servir de courroie de transmission entre les jeunes et ces services. Par ailleurs, des interventions visant le transfert de connaissance sur les problématiques ITSS auprès des médecins et d'autres professionnels s'avèreraient également pertinentes.

Sur le plan de l'accessibilité des services, on note plusieurs éléments à améliorer pour répondre aux besoins des jeunes. L'âge de la clientèle ciblée semble trop limité. Les jeunes de 20 à 25 ans ne sont pas rejoints adéquatement par les cliniques jeunesse; tous les milieux ayant participé à l'étude en ont fait mention. Certains font même valoir l'intérêt d'aller au-delà de 25 ans pour mieux rejoindre les jeunes adultes de 26 à 30 ans. Il faut cependant préciser que l'offre de service de dépistage des ITSS des autres services, notamment les services courants des CLSC, n'a pas été documenté dans la présente étude. Il est possible qu'une proportion de jeunes s'y présentent et reçoivent les services appropriés à leur situation.

La couverture actuelle des services ne facilite pas l'accès aux jeunes. Le dépistage dans les écoles secondaires, par exemple, n'est aucunement harmonisé. D'ailleurs, il n'y a pas d'offre de service de dépistage par les infirmières dans les écoles publiques d'un des deux RLS de Québec-Centre, ni dans les écoles privées ou celles de formation professionnelle. De manière générale, là où le service est fourni, la disponibilité de l'infirmière ne suffit pas; le nombre de jours où elle est sur place demeure restreint et ne permet pas de donner l'ensemble des services requis. Aux yeux d'un grand nombre de participants à l'étude, cette situation est perçue comme étant déplorable en raison de délais indus qui pourraient être réduits par la présence plus soutenue d'une infirmière. Dans bon nombre de cas, les services disponibles sur le territoire sont situés loin des écoles et l'horaire de consultation n'est pas facilitant pour les jeunes.

Comme mentionné dans les pratiques recommandées, des services de proximité sont à privilégier, qu'ils soient offerts directement dans les milieux scolaires ou qu'ils soient accessibles sur le plan de la localisation géographique. De même, une meilleure accessibilité des services doit être soutenue par une offre de service de « sans rendez-vous », autant le jour qu'en soirée et durant la fin de semaine. De pouvoir compter sur des horaires flexibles de consultation s'avère un atout non négligeable dans la lutte aux ITSS pour la clientèle jeunesse qui n'a pas toujours toute la latitude possible pour ses déplacements.

Plusieurs ont fait valoir l'importance de diminuer les délais d'attente, notamment pour les services médicaux. Les médecins sont absents dans la quasi-totalité des écoles de la région; ils sont plus présents dans les cliniques jeunesse où un certain nombre offrent leurs services de manière complémentaire à ceux du personnel infirmier sur place. Dans ces cas, le travail en tandem est généralement bien perçu. L'absence d'échanges en équipe interdisciplinaire apparaît toutefois comme étant un recul des dernières années comparativement à une autre époque où les professionnels échangeaient autour de discussions de cas, particulièrement pour des cas complexes. De travailler selon une approche « multi » ou « inter » disciplinaire est pourtant reconnue comme faisant partie des bonnes pratiques, en particulier pour des jeunes présentant plus d'un problème (ITSS, consommation de drogues, problèmes de santé mentale, etc.). Des efforts seraient à consentir pour que les médecins et les infirmières puissent avoir accès, au besoin, à l'expertise de collègues (travailleur social, psychologue, etc.) lors de situations qui méritent la mise en commun de connaissances diversifiées. À cet égard, des ententes qui précisent les responsabilités de chacun des professionnels ainsi que les modalités à respecter seraient à définir pour bien soutenir cette pratique axée avant tout sur le bien-être du jeune.

Le soutien cléral a grandement diminué au cours des dernières années dans les cliniques jeunesse. Les professionnels (médecins et infirmières) doivent combler l'absence de ces ressources dans plusieurs cas, ce qui enlève du temps clinique à la clientèle. De plus, comme ces personnes ne sont pas toujours habilitées pour exécuter ces tâches, leur travail s'en trouve complexifié pour une efficacité, somme toute, très questionnable.

Une bonne continuité des services passe par des ententes formelles et des corridors de services bien définis, ce qui n'est pas suffisamment développé actuellement dans la région. Sur cet aspect spécifique, la majorité des participants à l'étude ont fait valoir le besoin d'un accès à une expertise de pointe. En effet, dans l'ensemble, les professionnels des milieux cliniques ont développé des connaissances pour répondre aux ITSS les plus courantes, comme la gonorrhée et la chlamydia; toutefois, d'autres problématiques plus rares, comme la syphilis, le VHB, le VHC et le VIH, par exemple, s'avèrent très souvent complexes. Dans de telles situations, des ententes précisant la nature du soutien à fournir aux professionnels apporterait une valeur ajoutée à l'organisation des services ainsi qu'une meilleure réponse à la clientèle. À ce sujet, les cliniques médicales ont été identifiées comme étant des partenaires de choix pour l'élaboration de corridors formels de services en ITSS.

Une meilleure connaissance des problématiques peut donner lieu au développement d'un certain partenariat entre services et professionnels. Comme mentionné dans les études menées à l'échelle nationale, chaque organisme du réseau public ou intersectoriel a un rôle à jouer pour lutter contre les ITSS à l'intérieur d'un RLS. Des collaborations sont à développer en ce sens. À ce sujet, la fusion des paliers régional et local, issue de la dernière réforme de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, oblige à travailler différemment et à revoir les pratiques dans bon nombre de situations. De concentrer la totalité des services du réseau public sous une même organisation, le CIUSSS de la Capitale-Nationale, devrait en principe favoriser les collaborations entre les services et les directions. Ces changements majeurs sont cependant encore trop récents pour que des retombées concrètes puissent être constatées. Il demeure néanmoins qu'il revient à la DSPublique d'exercer un leadership fort et reconnu auprès des autres directions en ce qui a trait à l'ensemble de ses mandats, particulièrement en promotion de la santé et en prévention des maladies évitables.

Finalement, il y a tout lieu de croire qu'une organisation des services plus harmonisée permettrait d'apporter certaines adaptations aux milieux périphériques qui comptent, pour le moment, sur une offre de service un peu plus limitée que celle des territoires centraux. Certaines alternatives, comme la présence d'IPSPL, peuvent s'avérer tout à fait appropriées à la rareté des ressources médicales en CLSC en apportant une valeur ajoutée à l'organisation. Ce modèle serait probablement à répliquer dans d'autres milieux pour une plus grande efficacité et efficience.

5.5 Recommandations

Dans la région de la Capitale-Nationale, des efforts sont à consacrer à :

La promotion d'une sexualité saine et responsable

- ❑ Transmettre des messages axés sur la pratique de comportements préventifs aux ITSS et faire contrepoids à la banalisation de la sexualité dans les médias, aux stéréotypes qui encouragent certaines attitudes et attentes :
 - l'information à fournir aux jeunes doit respecter le développement psychosexuel des jeunes de 12 à 24 ans qui ne constituent pas un groupe homogène. L'information à fournir aux jeunes adolescents qui vivent leurs premières expériences sexuelles n'est pas la même que celle à transmettre aux jeunes adultes qui ont expérimenté davantage;
 - utiliser une approche éducative pour « réviser et remettre à jour » l'information et les « croyances » des jeunes en cohérence avec les approches en éducation à la sexualité du MEES;
 - rejoindre le plus grand nombre possible de jeunes dans les écoles. Dans cette optique, il est important de couvrir l'ensemble des milieux d'enseignement (de niveaux secondaire, collégial et universitaire, incluant la formation professionnelle) tant du réseau privé que public;
 - rappeler des messages clés en matière de prévention en ayant recours à divers moyens et à différents moments. Un plan de diffusion régional permettrait une harmonisation des messages à transmettre aux différentes périodes de l'année dans l'ensemble des écoles et institutions d'enseignement, adaptés à la clientèle visée et reposant sur une information pertinente et appropriée;
 - faire preuve de créativité dans l'utilisation de divers moyens pour rejoindre les jeunes ainsi que dans l'élaboration des messages à leur transmettre. Divers moyens technologiques peuvent être utilisés pour s'assurer que le message se rend bien aux jeunes. Des collaborations sont à développer à cet égard afin de maximiser à la fois le contenu du message et sa transmission.

La promotion des services disponibles

- ❑ L'ensemble des services mis à la disposition des jeunes ne sont pas aussi bien connus qu'on pourrait le croire. Il est donc important de les faire connaître tant aux intervenants du réseau public et communautaire qu'aux jeunes eux-mêmes, et ce, sur l'ensemble du territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

L'accessibilité à des services de proximité

- ❑ L'accès géographique est également une composante centrale pour faciliter les démarches de consultation dans le respect d'une offre de service de proximité. En ce sens, les milieux scolaires sont des lieux privilégiés pour offrir le dépistage à la clientèle qui fréquente ces établissements. À cet égard, il serait intéressant que l'ensemble des écoles de la région de la Capitale-Nationale offrent du dépistage des ITSS, en plus de répondre aux autres problématiques. Comme il s'agit d'un grand nombre d'écoles, le travail pourrait se faire en deux volets : d'une part, consolider l'offre de service dans les écoles publiques et d'autre part, développer une offre de service dans les milieux de formation professionnelle, incluant ceux qui s'adressent aux adultes, ainsi que dans les écoles privées.
- ❑ Une meilleure accessibilité des services pour la clientèle en cliniques jeunesse passe par une bonne disponibilité. En ce sens, il serait important de compter sur des services en nombre suffisant, et ce, avec ou sans rendez-vous, le jour, le soir et durant les fins de semaine. Cela permettrait de répondre plus rapidement à la clientèle et, ainsi, de diminuer des délais potentiellement évitables.

- ❑ Une meilleure harmonisation des services entre les territoires géographiques en facilite l'accès, d'autant plus que la refonte du système de santé regroupe l'ensemble des CLSC à l'intérieur du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Peu importe où elle consulte, la clientèle devrait avoir accès à une offre de service relativement semblable pour une plus grande équité.
- ❑ Le critère de l'âge de la clientèle admissible dans les cliniques jeunesse est à reconsidérer. À ce sujet, ce critère devrait être uniformisé de manière à ce que les jeunes de 12 à 24 ans soient inscrits dans toutes les cliniques jeunesse de la région, respectant ainsi le principe sous-jacent au service de proximité. Si nécessaire, cette catégorie d'âge pourrait même être extensionnée pour répondre à la demande de milieux particuliers.
- ❑ Une réponse téléphonique rapide d'un service ou d'un établissement constitue un point fort dans l'accès aux services à sa clientèle. Sur cet aspect spécifique, le fonctionnement de certains services d'accueil est à repenser, tout comme la Ligne ITSS, afin de faciliter l'accès aux jeunes sans qu'ils soient obligés de faire plusieurs démarches en raison de modalités perçues comme étant lourdes ou inefficaces.

Pour une meilleure continuité de services

- ❑ De pouvoir compter sur des ententes formelles vers des services spécialisés dont les mandats sont définis clairement et connus des principaux partenaires apporterait une valeur ajoutée indéniable à l'offre de service actuelle pour répondre, notamment, aux cas présentant de multiples problématiques.
- ❑ Pour optimiser le suivi de la clientèle, les médecins et les infirmières des cliniques jeunesse doivent être en mesure de consacrer le plus d'heures possible aux interventions cliniques auprès des jeunes. À cet égard, les tâches administratives seraient à consacrer à des agentes administratives pour une efficience accrue.

VI. CONCLUSION

Depuis 2010, année de la parution du *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec – L'épidémie silencieuse : les infections transmissibles sexuellement et par le sang*²¹ lancé comme un véritable cri d'alarme, les ITSS n'ont cessé d'augmenter dans l'ensemble de la population, mais de manière particulière chez les jeunes âgés de 12 à 24 ans. Il est important de rappeler que les données disponibles sur cette problématique ne rapportent qu'une partie des infections contractées dans la population; elles ne sont donc pas toutes détectées ni déclarées.

Afin d'intervenir le plus efficacement possible, le dépistage constitue sans nul doute un élément central, voire essentiel, du continuum d'interventions visant à briser la chaîne de transmission des infections. Il fait partie des PCP reconnues comme étant efficaces, qui méritent d'être développées davantage. À ce sujet, le MSSS a clairement démontré la volonté de voir une diminution du nombre de cas d'ITSS chez les jeunes en « prescrivant », aux régions sociosanitaires, une cible à atteindre quant au nombre de dépistages à faire annuellement auprès de la clientèle jeunesse. Dans cette foulée, les responsables régionaux se voient confier la responsabilité de prendre les moyens nécessaires pour rencontrer cet objectif. La présente démarche d'évaluation, qui porte un regard critique sur l'offre de service dans la région et soumet à l'attention des acteurs concernés des pistes de solutions, constitue un point de départ aux actions à mettre de l'avant.

Une offre régionale optimale de services en ITSS à l'intention des jeunes repose sur la collaboration et la participation d'un grand nombre d'acteurs provenant de divers milieux de pratique. Plusieurs éléments et messages clés ont été inventoriés, lesquels misent sur des services préventifs, accessibles, disponibles et qui bénéficient d'un suivi continu dans le temps. Dans cet esprit de pouvoir compter, dans la région de la Capitale-Nationale, sur un continuum de services en ITSS dans lequel la prévention occupe une place centrale ne peut que représenter une valeur ajoutée à l'ensemble de la population aux prises avec une problématique ITSS, tout particulièrement la population définie comme étant vulnérable.

ANNEXES

ANNEXE A

LISTE DES ORGANISATIONS AYANT REMPLI LE QUESTIONNAIRE EN LIGNE (*FLUID SURVEY*)

CLINIQUES JEUNESSE	NOMBRE DE QUESTIONNAIRES	IDENTIFICATION
RLS de Charlevoix	3	- Baie-Saint-Paul - La Malbaie - Isle-aux-Coudres
RLS de Portneuf	3 ^a	- Donnacona - Saint-Raymond - Saint-Marc-des-Carières
RLS de Québec-Nord	2	- De la Jacques-Cartier - Orléans – Beauport
RLS de la Vieille-Capitale	6	- HVDR – secteur Haute-Ville-des-Rivières - BVLV* – secteur Basse-Ville–Vanier - BVLV – secteur Limoilou - SFSL** – secteur Sainte-Foy - SFSL – secteur Saint-Augustin/Cap-Rouge^b - SFSL – secteur Ancienne-Lorette^b
TOTAL	14	14 CLINIQUES JEUNESSE

a Un questionnaire pour Saint-Raymond et un questionnaire pour Saint-Marc-des-Carières ont été remplis par l'agent de recherche de la DSPublique, à partir des réponses contenues dans le questionnaire de Donnacona.

b. Un questionnaire pour le secteur Saint-Augustin/Cap-Rouge et un questionnaire pour le secteur Ancienne-Lorette ont été remplis par l'agent de recherche de la DSPublique à partir des réponses contenues dans le questionnaire de Sainte-Foy–Sillery et validées auprès d'un membre de l'équipe. Au moment de la validation, il n'y avait pas de services infirmiers pour des raisons circonstancielles (l'infirmière en poste avait quitté; une infirmière la remplaçait temporairement et le poste devait être pourvu au cours des semaines suivantes). Les services médicaux étaient maintenus.

* Basse-Ville–Limoilou–Vanier

** Sainte-Foy–Sillery–Laurentien

AUTRES ORGANISATIONS	NOMBRE DE QUESTIONNAIRES	IDENTIFICATION
Centre jeunesse	2	- Centre de réadaptation L'Escale - Centre de réadaptation Le Gouvernail
CRQ	2	- Cité Médicale - Des Promenades
Urgence hospitalière	1	Urgence hospitalière CHUL – CHU de Québec
SIDEP	1	SIDEP
Organisme communautaire	1	Maison Dauphine
TOTAL	7	7 ORGANISATIONS DIVERSES

TERRITOIRES DE RLS	NOMBRE DE QUESTIONNAIRES	MILIEUX SCOLAIRES - IDENTIFICATION
CHARLEVOIX	3	• Baie-Saint-Paul - École secondaire Saint-Aubin • La Malbaie - École secondaire du Plateau • Isle-aux-Coudres - École secondaire Saint-Pierre^a
PORTNEUF	3	- École secondaire Donnacona - École secondaire Louis-Jobin (Saint-Raymond)^b - École secondaire Saint-Marc^b
QUÉBEC-NORD	8	• Orléans-Beauport - Académie Sainte-Marie^c - École secondaire de la Courvillose - École secondaire du Mont-Sainte-Anne - École secondaire Samuel-de-Champlain - École secondaire de la Seigneurie - École secondaire le Sommet - École secondaire des Sentiers • Jacques-Cartier - École secondaire Roger-Comtois
VIEILLE CAPITALE	9	• Haute-Ville-des-Rivières - École secondaire Joseph-François-Perreault - École secondaire de Neufchâtel • BVLV – secteur Basse-Ville-Vanier - École secondaire Vanier - École secondaire Cardinal-Roy^d - École secondaire La Camaradière • BVLV* – secteur Limoilou - École secondaire Jean-de-Bréboeuf • SFSL** – secteur Sainte-Foy - École secondaire Les Compagnons-de-Cartier - École secondaire De Rochebelle^e • SFSL – secteur Saint-Augustin/Cap-Rouge - École secondaire les Pionniers – PLG*** • SFSL – secteur Ancienne-Lorette - École secondaire polyvalente de L'Ancienne-Lorette^e
TOTAL	24	

a. Questionnaire rempli par l'agent de planification, de programmation et de recherche de la DSPublique à partir du contenu du questionnaire de l'école secondaire Saint-Aubin.

b. Questionnaire rempli par l'agent de planification recherche de la DSPublique à partir du contenu du questionnaire de l'école secondaire Donnacona.

c. Questionnaire rempli par l'agent de planification recherche de la DSPublique à partir du contenu du questionnaire de l'école secondaire Samuel-de-Champlain.

d. Questionnaire rempli par l'agent de planification recherche de la DSPublique à partir du contenu du questionnaire de l'école secondaire Vanier.

e. Questionnaire rempli par l'agent de planification recherche de la DSPublique à partir du contenu du questionnaire de l'école secondaire polyvalente de L'Ancienne-Lorette.

* Basse-Ville–Limoilou–Vanier

** Sainte-Foy–Sillery–Laurentien

*** Pavillon Laure-Gaudreault

ANNEXE B

POPULATION (n, %) SELON LE GROUPE D'ÂGE ET LE TERRITOIRE SOCIO SANITAIRE (2014)

		Femmes		Hommes		Sexes réunis				Femmes		Hommes		Sexes réunis	
Territoire		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Territoire		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Portneuf	12-14 ans	619	2,4	660	2,5	1 279	2,5	Loretteville-Val-Bélair	12-14 ans	1 547	3,0	1 667	3,2	3 214	3,1
	15-19 ans	1 175	4,6	1 262	4,7	2 437	4,7		15-19 ans	2 802	5,5	3 011	5,9	5 813	5,7
	20-24 ans	1 276	5,0	1 379	5,2	2 655	5,1		20-24 ans	3 432	6,7	3 475	6,8	6 907	6,7
	12-24 ans	3 070	12,0	3 301	12,4	6 371	12,2		12-24 ans	7 781	15,2	8 153	15,9	15 934	15,5
	Pop totale	25 529		26 664		52 193			Pop Totale	51 191		51 319		102 510	
Laurentien	12-14 ans	975	3,1	1 061	3,4	2 036	3,2	Charlesbourg	12-14 ans	1 421	2,6	1 509	2,8	2 930	2,7
	15-19 ans	1 979	6,3	2 078	6,6	4 057	6,4		15-19 ans	2 484	4,5	2 712	5,1	5 196	4,8
	20-24 ans	2 260	7,1	2 290	7,3	4 550	7,2		20-24 ans	3 382	6,2	3 408	6,4	6 790	6,3
	12-24 ans	5 214	16,5	5 429	17,3	10 643	16,9		12-24 ans	7 287	13,3	7 629	14,3	14 916	13,8
	Pop totale	31 612		31 353		62 965			Pop Totale	54 865		53 472		108 337	
Sainte-Foy-Sillery	12-14 ans	855	2,1	912	2,4	1 767	2,2	Beauport	12-14 ans	1 132	2,5	1 219	2,8	2 351	2,7
	15-19 ans	2 001	4,8	1 859	4,9	3 860	4,8		15-19 ans	2 340	5,2	2 410	5,6	4 750	5,4
	20-24 ans	3 989	9,6	3 855	10,2	7 844	9,9		20-24 ans	2 995	6,7	3 009	6,9	6 004	6,8
	12-24 ans	6 845	16,4	6 626	17,5	13 471	16,9		12-24 ans	6 467	14,4	6 638	15,3	13 105	14,8
	Pop totale	41 668		37 923		79 591			Pop Totale	44 958		43 367		88 325	
Duberger-Les Saules-Lebourgneuf	12-14 ans	536	2,1	616	2,6	1 152	2,3	Orléans	12-14 ans	468	2,8	486	2,8	954	2,8
	15-19 ans	1 047	4,1	1 146	4,8	2 193	4,4		15-19 ans	773	4,6	872	5,0	1 645	4,8
	20-24 ans	1 989	7,9	1 826	7,6	3 815	7,7		20-24 ans	807	4,8	886	5,1	1 693	5,0
	12-24 ans	3 572	14,1	3 588	14,9	7 160	14,5		12-24 ans	2 048	12,3	2 244	12,9	4 292	12,6
	Pop Totale	25 253		24 089		49 342			Pop Totale	16 691		17 444		34 135	
Québec Haute-Ville	12-14 ans	220	1,1	192	1,1	412	1,1	Charlevoix	12-14 ans	372	2,5	396	2,7	768	2,6
	15-19 ans	549	2,8	455	2,6	1 004	2,7		15-19 ans	604	4,1	641	4,3	1 245	4,2
	20-24 ans	1 376	6,9	1 180	6,9	2 556	6,9		20-24 ans	702	4,8	725	4,9	1 427	4,8
	12-24 ans	2 145	10,8	1 827	10,6	3 972	10,7		12-24 ans	1 678	11,4	1 762	11,9	3 440	11,6
	Pop Totale	19 878		17 196		37 074			Pop Totale	14 734		14 833		29 567	
Québec Basse-Ville	12-14 ans	165	1,3	192	1,4	357	1,3	Capitale-Nationale	12-14 ans	8 801	2,4	9 426	2,6	18 227	2,5
	15-19 ans	381	3,0	384	2,7	765	2,9		15-19 ans	17 271	4,7	17 939	5,0	35 210	4,8
	20-24 ans	965	7,6	910	6,5	1 875	7,0		20-24 ans	25 626	6,9	25 228	7,0	50 854	7,0
	12-24 ans	1 511	11,9	1 486	10,6	2 997	11,2		12-24 ans	51 698	14,0	52 593	14,6	104 291	14,3
	Pop Totale	12 728		14 041		26 769			Pop Totale	369 748		361 201		730 949	
Limoilou-Vanier	12-14 ans	491	1,6	516	1,7	1 007	1,7	Ensemble du Québec	12-14 ans	115 402	2,8	121 813	3,0	237 215	2,9
	15-19 ans	1 136	3,7	1 109	3,8	2 245	3,7		15-19 ans	221 077	5,3	228 482	5,6	449 559	5,5
	20-24 ans	2 453	8,0	2 285	7,7	4 738	7,9		20-24 ans	272 518	6,6	276 256	6,8	548 774	6,7
	12-24 ans	4 080	13,3	3 910	13,3	7 990	13,3		12-24 ans	608 997	14,7	626 551	15,3	1 235 548	15,0
	Pop Totale	30 641		29 500		60 141			Pop Totale	4 137 098		4 086 759		8 223 857	

Source : MSSS, *Estimations et projections de population (produit électronique, avril 2017)* .

Note 1 : Les territoires réfèrent au district de CLSC, à la région sociosanitaire et à la province. Voir l'annexe Tableau de correspondance des territoires.

Note 2 : Le poids relatif (%) pour chaque groupe d'âge est calculé sur la base de la population totale de chaque territoire.

ANNEXE C

LISTE DES MEMBRES DU GROUPE D'EXPERTS

NOM	PROFESSION	ORGANISATION ET LIEU DE TRAVAIL
Professionnels experts		
Isabelle Beaulieu	Infirmière clinicienne	CIUSSS de la Capitale-Nationale – CLSC de Portneuf
Ann Laflamme	Médecin	CIUSSS de la Capitale-Nationale – CLSC Sainte-Foy
Marie-Odile Massé	Infirmière clinicienne	CIUSSS de la Capitale-Nationale – SIDEp
Andrée Méthot	Infirmière	CIUSSS de la Capitale-Nationale – Milieu scolaire du secteur Orléans
Louis Warren	Médecin	CIUSSS de la Capitale-Nationale – CLSC de la Jacques-Cartier
Membres de la Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale		
Nathanaëlle Thériault	Médecin-conseil	Équipe Prévention et protection des maladies infectieuses
Stéphanie Michaud	Conseillère en soins infirmiers	Équipe Prévention et protection des maladies infectieuses
Pierre Racine	Agent de planification, de programmation et de recherche	Équipe Planification, évaluation, surveillance et administration
Michèle Paradis	Agente de planification, de programmation et de recherche	Équipe Planification, évaluation, surveillance et administration

ANNEXE D

FORMULAIRE COMPLÉMENTAIRE

Projet d'évaluation des services ITSS offerts aux jeunes

SVP remplir la 1^{re} page, la 2^e étant facultative

☐ Infection à *C. trachomatis*

☐ Infection gonococcique

☐ Syphilis primaire, secondaire ou latente < 1 an

SECTION 1 – Informations sur le cas-index

Date de l'épisode : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

Code postal du cas: | | | | | | | |

Date de naissance (aaaa/mm/jj): ____ / ____ / ____

☐ Date inconnue

Sexe : ☐ Masculin

☐ Féminin

☐ Inconnu

☐ Autre, préciser : _____

Histoire de symptômes ☐ Oui → Date de début des symptômes (aaaa/mm/jj): ____ / ____ / ____

☐ Non

☐ Inconnu

Date du prélèvement positif (aaaa/mm/jj) : ____ / ____ / ____

Type de milieu clinique où le cas a consulté initialement #:

CIUSSS- SIDEp ☐

CIUSSS- serv. courants ☐

UHRESS du CHU de Qc ☐

☐ Autre, préciser :

CIUSSS- Cl. jeunesse ☐

Clinique médicale privée ☐

Milieu hospitalier (autre _____
qu'UHRESS) ☐

Nom du milieu clinique où le cas a consulté initialement (ex. nom du CLSC, de la clinique, du CH) : _____

Date de début du traitement antibiotique (aaaa/mm/jj) : ____ / ____ / ____

SECTION 2 – Questions additionnelles à poser au cas - index

Entre ta première démarche (ex. 1^{er} appel ou 1^{er} déplacement) et le moment où tu as réussi à prendre un rendez-vous...*

a. Combien de **temps** s'est-il passé? _____ (encercler : jours/semaines/mois) OU ☐ Le jour même

b. Combien d'**appels** as-tu fait avant de pouvoir prendre ton rendez-vous? ** _____ appel(s)

c. Dans combien d'**endroits** es-tu allé avant de pouvoir prendre ton rendez-vous? *** _____ endroit(s)

d. As-tu rencontré des **difficultés** dans tes démarches? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quelles sont-elles?

Combien de temps s'est-il passé entre le moment où tu as pris ton rendez-vous et le rendez-vous lui-même?**** _____ (encercler : jours/semaines/mois) OU ☐ Le jour même

Globalement, sur une échelle de 0 à 10 (10 étant extrêmement satisfait-e), dans quelle mesure es-tu satisfait-e des services que tu as reçus depuis le début de tes démarches pour avoir ton test pour les ITSS? _____

SECTION 3 – Commentaires (facultatif)

Commentaires additionnels, **au besoin** :

Commentaires faits par le jeune :

Commentaires faits par l'infirmière

Aide-mémoire

Précisions

Milieu où a eu lieu la visite d'évaluation initiale pour les ITSS et qui a demandé l'analyse.

* Il s'agit du délai entre le moment où le jeune a commencé ses démarches pour prendre rendez-vous (RV) (a regardé sur Internet, a téléphoné, s'est déplacé dans une clinique) et le moment où le jeune **a réussi à parler à quelqu'un** pour qu'on lui donne un RV (ou a réussi à prendre RV sur Internet).

** Il s'agit du nombre d'appels en lien avec la consultation ITSS.

*** Il s'agit du nombre de lieux auxquels le jeune s'est rendu en lien avec la consultation ITSS. Cela inclut le lieu où s'est faite la prise de rendez-vous si le jeune s'est déplacé pour prendre son RV.

**** Il s'agit du délai entre la prise de RV (ex. l'appel où s'est faite la prise de RV) et le moment du rendez-vous lui-même.

Exemple : Le jeune commence ses démarches le lundi, il cherche sur Internet un lieu de dépistage, mais ne trouve pas. Le lendemain il va voir son infirmière scolaire qui le réfère à la Clinique Jeunesse. Il s'y rend le jour même et prend RV à ce moment-là. Son RV a lieu 2 jours plus tard.

Entre ta première démarche (ex. 1^{er} appel ou 1^{er} déplacement) **et le moment où tu as réussi à prendre un rendez-vous...**

Combien de **temps** s'est-il passé? 1 (encercler : jours/semaines/mois) OU ☐ Le jour même

a. Combien d'**appels** as-tu fait avant de pouvoir prendre ton rendez-vous? 0 appel(s)

b. Dans combien d'**endroits** es-tu allé avant de pouvoir prendre ton rendez-vous? 2 endroit(s)

Combien de temps s'est-il passé entre le moment où tu as pris ton rendez-vous et le rendez-vous lui-même?**** 2

(encercler : jours/semaines/mois) OU ☐ Le jour même

Pour toute question en lien avec ce questionnaire, vous pouvez contacter Stéphanie Michaud (418-666-7000 poste 248) ou Nathanaelle Thériault (poste 393) à la DSPublique.

ANNEXE E

DISPONIBILITÉ DE L'OFFRE DE SERVICE – ORGANISATIONS AYANT PARTICIPÉ À L'ÉVALUATION (2015)

CLINIQUES JEUNESSE	SERVICES INFIRMIERS		TOTAL		SERVICES MÉDICAUX/IP SPL		TOTAL	
	R.-V.	SANS R.-V.	R.-V.	SANS R.-V.	R.-V.	SANS R.-V.	R.-V.	SANS R.-V.
Portneuf – Territoire périphérique								
Donnacona	7 h-1 f/s		7 h/s		3 h-1 f/s	--	3 h/s	--
Saint-Raymond	3,5 h-1 f/s		3,5 h/s		3 h-1 f/s	--	3 h/s	--
Saint-Marc-des-Carières	3,5 h-1 f/s		3,5 h/s		--	--	3 h/s	
Charlevoix – Territoire périphérique								
Baie-Saint-Paul	8h-1 f/s		8 h/s			--	8 h/s	--
La Malbaie	3 h-1 f/2 s	--	3 h/2 s	--	3 h-1 f/2 s	--	La Malbaie	3 h-1 f/2 s
Isle-aux-Coudres	5,5 h-1 f/mois	--	5,5 h/mois	--	8 h-1 f/mois		8 h/mois	
Québec-Nord – Territoire central								
De la Jacques-Cartier	4 h-1 f/2 s	--	4 h/2 s	--	--	--	Contribution d'un médecin du CLSC ^a	
Orléans-Beauport	3,5 h-1 f/s	--	3,5 h/s	--	--	--	Aucun médecin	
Vieille-Capitale – Territoire central								
Haute-Ville-des-Rivières	6,5 h-1 f/s 6 h-4 f/s	1 h-5 f/s	30,5 h/s	5 h/s	5,5 h-5 f/s	--	27,5 h-1 f/s	
BVLV – secteur Basse-Ville	6 h-5 f/s	1 h-5 f/s	30 h/s	5 h/s	7 h-3 f/s			
BVLV – secteur Limoilou	6 h-5 f/s	2 h-5 f/s	30 h/s	10 h/s	5 h-3 f/s	--	15 h/s	
SFSL- secteur Sainte-Foy-Sillery-Laurentien	4 h-5 f/s	45 m-5 f/s	20 h/s	3 h 45 m/s	11 h-1 f/s 10,5 h-1 f/s 6,5 h-1 f/s 5,5 h-1 f/s 3 h-1 f/s	--	36,5 h/s	
SFSL – secteur Saint-Augustin/Cap-Rouge	7 h 15 m-1 f/s	45 m-1 f/s	7 h 15 m/s	45 m/s	8 h-3 f/s			
SFSL – secteur Ancienne-Lorette	7 h-1 f/s	1 h-1 f/s	7 h/s	1 h/s	8,5 h-1 f/s 8 h-2 f/s 4 h-1 f/s	--	28,5 h/s	

a. Le nombre d'heures allouées par ce médecin à la clinique jeunesse n'a pas été précisé.

* Basse-Ville–Limoilou–Vanier

** Sainte-Foy–Sillery–Laurentien

Notes

- Dans la ligne de titres, « R.-V. » signifie « rendez-vous » et SANS R.-V. signifie « sans rendez-vous ».
- La fusion des cellules de « rendez-vous » et de « sans rendez-vous » indique que la répartition de temps entre ces deux services n'a pas été spécifiée.
- L'absence d'un service ou l'autre (rendez-vous ou sans rendez-vous) est indiquée par des tirets (--).

MILIEUX SCOLAIRES	SERVICES INFIRMIERS		TOTAL		SERVICES MÉDICAUX/IP SPL		TOTAL	
	R.-V.	SANS R.-V.	R.-V.	SANS R.-V.	R.-V.	SANS R.-V.	R.-V.	SANS R.-V.
Portneuf – Territoire périphérique								
• Donnacona École Donnacona	6,5 h-2 f/s 3,5 h-1 f/s		16,5 h/s		--		--	
• Saint-Raymond École Louis-Jobin	6,5 h-2 f/s (horaire variable)		13 h/s		--		--	
• Saint-Marc-des-Carrières École Saint-Marc-des-Carrières	6,5 h-2 f/s (horaire variable)		13 h/s		--		--	
Charlevoix – Territoire périphérique								
• Baie-Saint-Paul École Saint-Aubin	7 h-3f/s		21 h/s		--		--	
• La Malbaie École du Plateau	7 h-3 f/s		21 h/s		--		--	
• Isle-aux-Coudres École Saint-Pierre	5 h-1 f/mois		5 h/mois		--		--	
Québec-Nord – Territoire central								
• Orléans-Beauport								
École du Mont-Sainte-Anne	7 h-5 f/s		35 h/s		--		--	
École de la Seigneurie	7 h-4 f/s 7 h-1 f /3 sem.		28 h/s 7 h-1 f/3 s		--		--	
École Samuel-de-Champlain	7 h-4 f/s 3 h-1 f/s		31 h/s		--		--	
Académie Sainte-Marie	3 h-1 f/s		3 h/s		--		--	
École La Courville	6,5 h-5 f/s		32,5 h/s		--		--	
École Le Sommet	6,45 h-4 f/s		27 h/s		--		--	
École Des Sentiers	7 h-4 f/s		28 h/s		--		--	
Vieille-Capitale – Territoire central								
• Haute-Ville-des-Rivières								
École Josphph-François-Perreault	Aucun horaire spécifique	7 h-3 f/s	21 h/s		--		--	
École de Neufchâtel	7 h-5 f/s		35 h/s		3,5 h/2 s		3,5 h/2 sem.	
• BVLV* – secteur Basse-Ville								
École Vanier	7 h-2 f/s et 3,5 h-1f/s		17,5 h/s		--		--	
École Cardinal-Roy	7 h-3 f/s		21 h/s		--		--	
École La Camaradière	Aucun horaire spécifique	7 h-5 f/s	--		--		--	
• BVLV – secteur Limoilou								
École Jean-de-Bréboeuf	7 h-5 f/s		35 h/s		--		--	
• SFSL** – secteur Sainte-Foy–Sillery–Laurentien								
École Compagnons de Cartier	7 h-5 f/s		35 h/s		--		--	
École De Rochebelle	7 h-5 f/s		35 h/s		--		--	
• SFSL – secteur Saint-Augustin–Cap-Rouge								
École des Pionniers – PLG***	4 h-1 f/s		4 h/s		--		--	
• SFSL – secteur Ancienne-Lorette								
École de l'Ancienne-Lorette	7h-5 f/s		35h/s		--		--	

a. Aucun service médical n'est offert dans ces écoles.

b. Il est possible qu'un jeune soit vu selon la disponibilité de l'infirmière sans que ce soit des services de « sans rendez-vous » formels.

c. L'information recueillie ne permettrait pas de spécifier s'il s'agissait de services sur rendez-vous ou en « sans rendez-vous ».

* Basse-Ville–Limoilou–Vanier

** Sainte-Foy–Sillery–Laurentien

*** Pavillon Laure-Gaudreault

Notes

- Dans la ligne de titres, « R.-V. » signifie « rendez-vous » et « SANS R.-V. » signifie « sans rendez-vous ».

- La fusion des cellules de « rendez-vous » et de « sans rendez-vous » indique que la répartition de temps entre ces deux services n'a pas été spécifiée.

- L'absence d'un service ou l'autre (rendez-vous ou sans rendez-vous) est indiquée par des tirets (--).

AUTRES ORGANISATIONS	SERVICES INFIRMIERS		TOTAL		SERVICES MÉDICAUX/IP SPL		TOTAL	
	R.-V.	SANS R.-V.	R.-V.	SANS R.-V.	R.-V.	SANS R.-V.	R.-V.	SANS R.-V.
Centre jeunesse								
Centre de réadaptation L'Escale ^a	7 h-5 f/s		35 h/s		4 h-1 f/s ^b		4 h/s	
Centre de réadaptation Le Gouvernail	7 h-5 j/s		35 h/s		4 h-1 f/s		4 h/s	
Clinique réseau du Québec (CRQ)								
Cité Médicale	--	13 h-5 f/s 4 h/2 f/s	73 h/s	--	13 h-5 f/s 4 h-2 f/s	--	73 h/s	
Des Promenades	--	13 h-5 f/s 4 h-2 f/s	73 h/s	--	13 h-5 f/s 4 h/2 f/s	--	73 h/s	
Organisme communautaire								
Maison Dauphine	--	2,5h-2 f/s	5 h/s	--	3 h-1 f/s ^c	--	3 h/s	
Centre de développement et de formation								
CDFM Huron-Wendat	3,5 h-1 f/s		3,5 h/s				--	--

a. Service de garde les fins de semaine.

b. L'information recueillie ne permettait pas de spécifier s'il s'agissait de services sur rendez-vous, en « sans rendez-vous » ou les deux.

c. Service offert par un médecin de la clinique SPOT qui s'adresse à la clientèle de tout âge, incluant les moins que 25 ans.

ANNEXE F

DONNÉES DE L'ENQUÊTE COMPLÉMENTAIRE RÉALISÉE AUPRÈS DES JEUNES

Commentaires positifs (+) et négatifs (-) des jeunes regroupés selon les dimensions

DIMENSION	COMMENTAIRES DES JEUNES ^a
Accessibilité +	• Prise en charge rapide et efficace; jeune a appelé son unité de médecine familiale afin d'avoir une consultation rapide et n'a pas eu à justifier son cas clinique auprès de la secrétaire pour obtenir un rendez-vous (n° 2). • Le jeune mentionne qu'il s'est présenté à l'infirmière et comme il avait des symptômes, elle l'a pris tout de suite. « Je n'ai pas eu à attendre » (n° 19). • Très satisfait de la disponibilité de l'infirmière jeunesse lorsqu'il a nommé qu'il était un « cas contact » (n° 22). • [...] peu d'attente lors de ses trois rendez-vous (n° 29). • [...] déçu d'avoir attendu une semaine pour obtenir le traitement (n° 51). • Consultation la journée même, car elle a des contacts (n° 53).
Accessibilité -	• [...] l'accès par rapport aux personnes de moins de 20 ans, c'est compliqué, car après cet âge, on t'envoie ailleurs (n° 4). • Satisfaction à 7,5 car déçu d'avoir attendu une semaine pour obtenir le traitement (n° 51).
Information +	• Bonne explication de la part de l'infirmière (n° 5). • A fait le test avec son partenaire pour un dépistage positif de chlamydia. Contente du service. Infirmière bien informée qui a répondu à ses questions, l'a rassurée, car elle était stressée (n° 32). • Est allée au CLSC voir son médecin pour renouveler ses pilules [...]. Elle en a profité pour poser des questions à la personne qui l'a appelée et elle aurait eu des réponses satisfaisantes [...] (n° 33).
Information -	• [...] Les jeunes gais semblent plus au courant, mais dans les amis hétérosexuels, on ne sait pas qu'il faut se faire dépister. Les endroits pour se faire dépister, c'est difficile à trouver. La façon de faire devrait être plus claire [...] (n° 4).
Méconnaissance	• Ne connaissait pas les services SIDEPE (n° 26).
Satisfaction +	• [...] Bonnes explications de la part de l'infirmière (n° 5). • Super bon service (n° 25). • Satisfait des services, accueil, info et traitement (n° 29).
Satisfaction -	• Le médecin de l'urgence se « foutait » bien de son souci à l'égard des ITSS (n° 6). • La jeune dit avoir demandé à des amies et aucune ne pouvait la guider, sauf une qui connaissait ITSS Secure (n° 18). • La patiente était déçue, car elle a dû appeler pour les résultats alors qu'elle avait dit qu'on pouvait lui laisser un message. La personne a appelé plusieurs fois, sans laisser de message, avant qu'elle les rejoigne elle-même (notion de délai) (n° 37). • J'ai été appelée par la secrétaire. J'aurais préféré être contactée par le médecin ou l'infirmière. La secrétaire ne m'a pas dit que je devais être abstinent sept jours. Aucun counseling (n° 43). • La patiente aurait aimé faire un test de contrôle posttraitement. Le médecin de la clinique Saint-Louis a refusé. Rendez-vous avec son médecin de famille dans plus ou moins une semaine pour contrôle (n° 48).

a. Source : Enquête auprès des jeunes, de mars à mai 2016

Commentaires positifs (+) et négatifs (-) des infirmières regroupés selon la dimension

DIMENSION	COMMENTAIRE DES INFIRMIÈRES
Accessibilité +	- Traitement adéquat pris [...]. Le jeune a obtenu rapidement un rendez-vous avec son médecin (délai : une semaine en octobre) [...] (n° 7). - La jeune s'est présentée sur-le-champ au bureau de l'infirmière scolaire pour obtenir un dépistage (n° 8). - Accès facile à un médecin, car madame travaille à la clinique médicale où elle a reçu ses services (n° 10). - Patiente a su que son partenaire avait la chlamydia. Elle s'est présentée avec son amie au rendez-vous médical de cette dernière, deux jours plus tard (n° 11). - Patiente s'est présentée en personne à la clinique sans rendez-vous. Elle a rencontré le médecin dans l'heure qui a suivi son arrivée (n° 12). - La patiente a contacté le système de rendez-vous téléphonique le soir et a pu rencontrer un médecin le lendemain (n° 17). - Dans le cadre d'un examen annuel gynécologique pour renouvellement de contraception hormonale, deux semaines et demie de délai pour un rendez-vous (n° 41).
Accessibilité -	- Le client a contacté la clinique médicale où pratique son médecin. Elle a eu un rendez-vous deux mois plus tard (n° 26). - Madame s'est présentée à quatre reprises dans des cliniques réseau et salles d'urgence, mais quittait car le temps d'attente était trop long. A finalement pu consulter un médecin à l'urgence de l'hôpital Saint-Sacrement, endroit où elle a s'était d'ailleurs présentée une semaine plus tôt, en vain (n° 46).
Information +	Elle a donné au jeune de l'information sur les cliniques de dépistage (n° 24).
Information -	N'a pas eu de counseling de la part de son médecin. Ne sait pas ce qu'est un dépistage complet et si elle en a déjà fait (n° 33).
Méconnaissance	Peu de connaissances sur les risques de transmission. Counseling renforcé. Lui a suggéré d'aller dans une clinique jeunesse. A eu plusieurs partenaires (n° 27).
Satisfaction +	- Voit son médecin deux fois par année. Lui a suggéré SIDEPA, mais elle dit que c'est trop compliqué. À sa clinique médicale, elle est satisfaite et peut voir son médecin facilement (n° 36). - Satisfaite des traitements chlamydia et gonorrhée (n° 37).

RÉFÉRENCES

1. CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Maladies à déclaration obligatoire, intoxications, infections et autres événements sous surveillance. Faits saillants 2014*. Direction de santé publique, Québec, janvier 2016, 35 p.
2. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Infections sexuellement transmissibles*. Centre des médias, aide-mémoire n° 110, décembre 2015, 7 p.
3. NATIONAL INSTITUTE OF ALLERGY AND INFECTIOUS DISEASE. (NIAID), 2000. cité dans LUSSIER, M. H., et DEGHANI, K. *Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)*. Initiatives sur le partage des connaissances et le développement des connaissances (Bureau virtuel de l'IPCDC), INSPQ, 14 p.
4. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada : 2009*. Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Ottawa, 2009, 36 p.
5. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL. *Addenda au portrait de surveillance pour le modèle Clinique jeunesse du RLS de Laval*. Direction régionale de santé publique, 8 août 2013, 9 p.
6. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Rapport d'étape sur les populations distinctes : VIH/SIDA et autres infections transmissibles sexuellement et par le sang parmi les jeunes du Canada*. L'épidémiologie du VIH et les autres ITSS, chapitre 3, décembre 2014, 28 p.
7. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec. Année 2015 (et projections 2016)*. Rapport de la Direction des risques biologiques et de la santé au travail, novembre 2016, 117 p.
8. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec. Année 2014 (et projections 2015)*. Rapport de la Direction des risques biologiques et de la santé au travail, décembre 2015, 119 p.
9. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec. Année 2011 (et projections 2012)*. Sommaire, 2012, 112 p.
10. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Surveillance des infections transmissibles sexuellement et par le sang*. Rapport intégré : épidémiologie des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, juin 2012, 181 p.
11. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*. Sommaire des mises à jour, 1^{er} mars 2016, 10 p.
12. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011 – Tome 1. Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé physique et leurs habitudes de vie*. Gouvernement du Québec, 2012, p. 209-229.
13. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Relations sexuelles et contraception : un portrait des jeunes au cours des années 2000*. Série : Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, Zoom santé, juillet 2014, n° 45, 12 p.
14. FÉDÉRATION DES CÉGEPS. *Portrait de santé des jeunes Québécois âgés de 15 à 24 ans*. Réalisé dans la cadre des travaux du Comité tripartite sur les services sociaux et de santé offerts aux étudiants du réseau collégial public, Fédération des cégeps, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et le ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, 60 p.
15. BERTHELOT, P. *Des intervenants et leurs perceptions de la sexualité de jeunes au regard des ITSS. Rapport d'une consultation d'intervenants pour une sexualité saine et responsable des jeunes*. CSSS de la Vieille-Capitale, janvier 2014, 34 p. et annexes. [Document de travail].

-
16. CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LAVAL. *Modèle régional de clinique jeunesse destiné aux jeunes de 14 à 25 ans et à leurs parents*. Projet clinique, janvier 2014, 21 p. et annexes
 17. CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA VIEILLE-CAPITALE. *Rapport d'une consultation d'intervenants pour une sexualité saine et responsable des jeunes*. Version préliminaire, janvier 2014, 39 p.
 18. CARBONNEAU, Nathalie, et autres. *Programme intégré des services de santé sexuelle aux adolescents et aux jeunes adultes (12-25 ans) de Sherbrooke*. Centre de santé et de services sociaux et Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, janvier 2011, 86 p.
 19. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Services préventifs clinique jeunesse*. Cadre de référence, Direction de santé publique, 1^{er} trimestre 2006, 35 p. et annexes.
 20. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020*, Direction des communications, Québec, p 9. [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-717-01W.pdf>]
 21. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *L'épidémie silencieuse. Les infections transmissibles sexuellement et par le sang*. Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Gouvernement du Québec, 2010, 73 p.
 22. COMITÉ STRATÉGIQUE SUR LA LUTTE CONTRE LES ITSS. *Diagnostic systématique sur la problématique des ITSS*. Version du 12 septembre 2012, 5 p. [Document de consultation].
 23. CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Stratégie intersectorielle de lutte contre les ITSS dans la région de la Capitale-Nationale*. Direction de santé publique de la Capitale-Nationale, 16 janvier 2015, 38 p. [Document de travail].
 24. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Estimations et projections de population comparables (1996-2036)*. Gouvernement du Québec, édition 2014.
 25. MCINTYRE, PETER. *Services de santé adaptés aux adolescents – Un programme pour le changement*. Organisation mondiale de la santé, département Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent, Genève, 2002, 43 p.
 26. INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE MONTRÉAL. *Étude de la qualité des soins et des services gériatriques hospitaliers par le cas traceur des chutes. Sommaire exécutif*. Centre de recherche IUGM, 2008, 212 p.
 27. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Trajectoire de services ITSS*. Direction régionale de santé publique, 17 octobre 2012. [Document mis à jour par les CSSS et corrigé par la Direction de santé publique du CIUSS de la Capitale-Nationale].
 28. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*. Janvier 2013, 24 p. [En ligne]. [<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-2fra-php>]
 29. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence. Optimisation des services de dépistage et de prévention des ITSS. Pour améliorer la santé de la population du Québec*. Gouvernement du Québec, 2016, 21 p.
 30. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Deux cas traceurs pour évaluer la mise en œuvre du Programme national de santé publique du Québec, La prévention de l'obésité et des infections transmissibles sexuellement et par le sang*. Gouvernement du Québec, mars 2016, 58 p.
 31. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Oser faire autrement. Rapport de l'étude des besoins au regard des ITSS et du travail en RLS*. Gouvernement du Québec, n° 3, 2014, 68 p.