



**RÉGIE RÉGIONALE  
DE LA SANTÉ ET DES  
SERVICES SOCIAUX  
DE MONTRÉAL-CENTRE**

*Cadre de référence des équipes spécialisées  
de prévention SIDA-MTS des CLSC*



**Plan régional VIH/sida**



*Préparé par :*

*André Carrière, Conseillère, Direction de la programmation et coordination,  
Régie régionale Montréal-Centre*

*Francine Champoux, Conseillère, Direction de la programmation et  
coordination,  
Régie régionale Montréal-Centre*

*Gilles Lambert, Médecin-conseil, Direction de la santé publique,  
Régie régionale Montréal-Centre*

*Mars 1999*



## TABLE DES MATIÈRES

Introduction	4
1. Historique	5
2. Évolution de la réalité du sida	7
2.1 Portrait épidémiologique	
2.2 Primo-infection au VIH et dynamique de transmission	
2.3 Thérapie antirétrovirale	
2.4 Tests de détection rapide, trousse de prélèvement à domicile et test de détection précoce	
2.5 Aspects légaux	
2.6 Procédure de dépistage anonyme ou confidentiel	
3. État de situation des services	15
3.1 Organisation actuelle	
• Budgets	
• Ressources humaines	
3.2 Faits saillants au regard des activités	
4. Populations-cibles	20
5. Besoins des populations-cibles en regard de services de dépistage	23
6. Orientations et modalités d'organisation des services	27
6.1 Désignation de populations et de territoires prioritaires	
6.2 Adaptation des services aux besoins des clientèles	
6.3 Complémentarité des services	
6.4 Modalités relatives à la procédure de dépistage	
6.5 Intégration et enrichissement des activités liées au dépistage	
7. Recommandations	32

8.	Proposition de mise en œuvre	34
8.1	Hypothèse d'organisation des services	
8.2	Affectation des ressources	
9.	Évaluation des services	50
	Bibliographie	51
	Annexe 1 Bilan de la phase 3 - Orientations de la phase 4	57
	Annexe 2 État de situation détaillé des services	61
	Annexe 3 Populations vulnérables et dépistage du VIH	80
	Annexe 4 Nombre de tests VIH faits et taux de positivité. Centres désignés de l'ensemble du Québec et centres désignés situés dans la région de Montréal; 1987 - 1997.	96

***Dans ce document, le masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement pour alléger le texte.***

## INTRODUCTION

Il y a un peu plus de dix ans, le Centre québécois de coordination sur le sida confiait, à deux CLSC de la région, le mandat de mettre sur pied des équipes d'interventions spécialisées. Ces équipes furent chargées de mandats régionaux en matière de dépistage, de formation, d'éducation, de support psychologique et de surveillance, elles eurent également à assurer des fonctions de soutien aux autres régions. Au fil des ans, l'expertise développée par ces CLSC a permis d'habiliter d'autres milieux et, en 1992 le CQCS, resitua le mandat des deux équipes dans une perspective régionale, ayant mis en place les moyens nécessaires à l'accessibilité aux services dans chacune des régions.

Au cours des ans, la problématique reliée au VIH Sida s'est beaucoup transformée et nous amène à procéder à des changements permettant de mieux adapter les services aux besoins. Aussi, les directions de la Programmation et de la Santé publique ont convenu de revoir l'organisation des services, incluant les services de dépistage et les services psychosociaux. Déjà, lors de la consultation sur le bilan de la phase 3, des besoins de changements étaient identifiés, lesquels sont confirmés dans la *Stratégie québécoise de lutte contre le sida*.

Notre démarche régionale d'adaptation s'inscrit dans le cadre des orientations provinciales: mandats initiaux et budgets des deux équipes spécialisées modifiées, attentes en regard du maintien de l'accessibilité au dépistage anonyme, adaptation des services et des pratiques à faire au regard de l'évolution du sida et aux besoins à combler auprès des groupes vulnérables. Comme les services psychosociaux sont intégrés aux équipes spécialisées des deux CLSC, nous avons décidé d'inclure ces services dans l'analyse. Dans ce contexte, les activités des CLSC Ahuntsic et St-Michel, qui bénéficient de budgets spécifiques "psychosocial-sida", seront aussi prises en compte.

Pour réaliser le travail, la méthodologie suivante a été utilisée: revue de littérature, échanges avec les auteurs d'études pertinentes, rencontres avec les CLSC dispensateurs de services, analyse de données statistiques, etc. Dans les prochaines semaines, une consultation sera effectuée auprès des différents partenaires concernés. Un comité regroupant les CLSC interpellés sera aussi mis en place afin de finaliser le cadre de référence et d'élaborer, de façon plus précise, la mise en œuvre du plan.

Le contenu du présent document comprend dix chapitres. Une première partie de mise en contexte nous fera voir l'historique du dossier sida, l'évolution de la réalité du sida et l'état de situation des services. Dans un deuxième temps, les principes à la base de l'élaboration d'une nouvelle organisation de services seront abordés, soit les objectifs, les populations-cibles et leurs besoins ainsi que les modalités d'organisation de services. Une troisième partie nous présentera les recommandations et plan de mise en œuvre pour l'actualisation de cette nouvelle organisation des services. Finalement nous verrons à préciser les éléments requis pour l'évaluation et le suivi de cette mise en œuvre.

## 1. HISTORIQUE

- En 1987, deux équipes d'interventions spécialisées sont mises sur pied. Leurs mandats:
  - ⇒ Développer et diffuser des programmes d'information, d'éducation et/ou de formation à l'intention des populations devant faire l'objet d'intervention prioritaire, soit plus particulièrement les populations suivantes: populations où l'infection est actuellement prévalante, populations adolescente et jeune adulte, population féminine en âge de procréer, populations de travailleurs à risque et enfin, population en générale.
  - ⇒ Constituer une ressource alternative spécialisée de première ligne pour les activités de dépistage, de recherche et de relance des contacts; participer au développement d'une politique de dépistage volontaire uniforme pour le Québec, en collaboration avec le MSSS et le réseau de santé publique, et s'assurer que le dépistage effectué par les services de première ligne soit conforme à cette politique.
  - ⇒ Assurer, comme ressource alternative spécialisée, le support social et psychologique des personnes atteintes ambulantes (asymptomatiques ou non), ainsi que leurs proches, et s'assurer que le réseau de santé dispensant des soins et des services à ces personnes, offre également des ressources de support à ce niveau.
  - ⇒ Assurer un support à l'information et à la formation pour les professionnels de la santé, les établissements du réseau et les institutions qui en manifesteront le besoin.
  - ⇒ Participer à la surveillance de l'infection à VIH et du Sida.
  
- En 1996, un bilan des mesures mises en place est effectué; il permet d'identifier des difficultés et d'émettre des recommandations quant aux orientations pour la phase 4 notamment en matière de dépistage (cf. annexe 1).
  
- En juin 1997, le Ministre Jean Rochon rend publique la phase 4 de la *Stratégie québécoise de lutte contre le sida*, 1997-2002. Les orientations préconisées empruntent deux axes:
  - ⇒ La consolidation et l'optimisation des mesures qui ont obtenu des résultats positifs en prévention et promotion de la santé, en soins, services et surveillance, en recherche et en évaluation;
  - ⇒ L'adaptation des pratiques aux besoins des groupes vulnérables et des personnes vivant avec le VIH/sida, notamment dans le cadre des services de dépistage.

- En août 1997, le MSSS transfère à la régie les responsabilités régionales du dossier du dépistage, annonce une coupure budgétaire dans ce dossier et demande à régie régionale de recueillir les données sur l'utilisation des services.

- À la fin 1997, suite à la diffusion de la stratégie québécoise et face à l'évolution de la réalité du sida, le CQCS met en place un comité de travail provincial sur le dépistage de l'infection à VIH. Les objectifs poursuivis sont:

⇒ Réfléchir sur le fonctionnement actuel des centres de dépistage anonyme dans chacune des régions: counselling pré et post-test, profil de la clientèle, achalandage, liens avec les autres partenaires;

⇒ Étudier les aspects suivants: monitoring des données, formation, promotion;

⇒ Faire les liens avec les travaux effectués par d'autres comités portant sur: la déclaration obligatoire et nominale de l'infection à VIH et la notification volontaire des partenaires;

⇒ Revoir et à adapter les orientations provinciales en matière de dépistage.

- En juin 1998, la régie de Montréal Centre adopte son plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002. L'orientation suivante est approuvée pour le dossier sida:

“ Mettre en œuvre un plan régional en matière de VIH/sida et autres MTS en lien avec la Stratégie québécoise de lutte contre le sida - Phase 4 à l'intérieur d'un continuum de services incluant des activités de prévention/promotion et de soins et services. ”

Parmi ses priorités:

“ Révision des mandats des équipes spécialisées sida en CLSC et de l'organisation des services de dépistage et de counselling (incluant le dépistage anonyme). ”

## 2. ÉVOLUTION DE LA RÉALITÉ DE L'INFECTION AU VIH

### 2.1 PORTRAIT ÉPIDÉMIOLOGIQUE

#### Prévalence et incidence de l'infection au VIH

- On estime à environ 10 000 - 12 500, le nombre d'adultes vivants infectés par le VIH/sida au Québec dont 80% habiteraient la région de Montréal-Centre (Programme de surveillance du sida du Québec, Remis, Turmel et Leclerc 1997).
- La prévalence globale de l'infection dans la population québécoise est de 1,7 par 1 000 personnes âgées de 15 ans et plus. Ce taux est 10 fois plus élevé à Montréal-centre que dans le reste de la province (5,0 contre 0,5 par 1 000 personnes) et 10 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (3,1 contre 0,46). (Programme de surveillance du sida du Québec Remis, Turmel et Leclerc 1997).
- Le taux d'incidence de l'infection au VIH est estimé à 0,08 nouveaux cas par 1 000 personnes-année. On estime qu'entre 800 et 1 000 nouvelles infections surviennent annuellement à Montréal (Remis et coll. 1996).

#### Cas de sida (cumulatif)

- Au 30 juin 1998, un total cumulatif de 4 047 cas de sida a été déclaré dans la région de Montréal-Centre (Programme de surveillance du sida du Québec, Turmel et coll. 1998).
- Depuis 1991, les hommes homosexuels/bisexuels représentent une proportion décroissante du nombre de cas de sida déclarés (67,6% en 1991 vs 46,6% en 1997), tandis que les utilisateurs de drogues par injection comptent pour une proportion grandissante des cas déclarés (4,8% en 1991 vs 21,9% en 1997) (Programme de surveillance du sida du Québec, Remis, Turmel et Leclerc 1997).
- Les femmes, qui constituaient près de 8,5% des cas en 1991, représentent 12,3% des cas en 1997; les femmes représentent 29% des UDI hétérosexuels chez qui un diagnostic de sida a été déclaré (Programme de surveillance du sida du Québec, Remis, Turmel et Leclerc 1997).

#### Effectif de la population habitant la RRSSS Montréal-Centre

- Population générale: 1 852 381 personnes (891 627 H et 961 797 F)
- Population de 15 ans et plus: 1 484 465 personnes (698 600 H et 785 865 F).  
(Recensement 1996 avec correction pour le sous-dénombrement)

### 2.2 PRIMO-INFECTION AU VIH ET DYNAMIQUE DE TRANSMISSION

L'infection au VIH comporte trois phases: l'infection aiguë, la période de latence clinique et la progression vers le sida. Chez l'adulte, l'intervalle moyen entre le début de l'infection et l'apparition du sida se situe entre 10 et 11 ans.

La charge virale dans les sécrétions génitales est très élevée au cours de la primo-infection. Certaines données suggèrent qu'une grande part des infections au VIH sont transmises par des individus étant en phase de primo-infection (Schechter et coll. 1997).

Réduire la contagiosité des individus en phase de primo-infection et réduire le nombre de personnes exposées par des individus en phase de primo-infection aurait un impact majeur sur l'évolution de l'épidémie au VIH (Koopman et coll. 1997).

## 2.3 THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE

D'importants progrès ont été réalisés dans le traitement de l'infection au VIH et de certaines maladies indicatrices du sida. Les nouvelles thérapies diminuent la réplication du virus, la charge virale; elles retardent la progression de la maladie. Elles améliorent donc grandement tant la durée que la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH.

- Après la période d'infection aiguë, la charge virale diminue jusqu'à l'obtention d'un équilibre entre le virus et son hôte. Ce point d'équilibre est atteint de 6 à 9 mois après la survenue de l'infection aiguë. Plus la charge virale est élevée à ce point d'équilibre, plus le risque de développer le sida est grand. Une thérapie antirétrovirale débutée précocement permettrait d'établir un point d'équilibre où la charge virale est peu élevée (Rosenberg et coll. 1997).
- Un rétablissement substantiel du système immunitaire survient chez la plupart des personnes infectées par le VIH chez qui on peut supprimer la réplication du virus par des antirétroviraux. Chez plusieurs personnes, la régénération du système immunitaire n'est pas immédiate, il s'agit plutôt d'un processus continu sur plusieurs années; cependant on constate que deux à trois mois après l'initiation de la thérapie, le rétablissement du système immunitaire est suffisant pour empêcher la survenue des infections opportunistes associées au sida (Powderly et coll. 1998).
- L'efficacité de ces nouveaux médicaments serait plus élevée lorsqu'ils sont administrés aux stades les plus précoces de l'infection (Hammer et Yeni 1998); Kahn et coll. 1998). Le degré de régénération du système immunitaire pourrait ou non être associé au moment de l'initiation de la thérapie (Powderly et coll. 1998). Les bénéfices cliniques à long terme d'un traitement précoce de l'infection au VIH ne sont pas connus (Kahn et coll. 1998).
- L'efficacité de la thérapie antirétrovirale actuelle à diminuer la contagiosité des personnes infectées est controversée. Mais on croit que la thérapie peut contribuer à la réduction de la transmission du VIH. La thérapie diminue la charge virale dans le sang mais celle-ci demeurerait importante dans les sécrétions génitales. Dans certains réservoirs cellulaires (ex.: cellules T - CD4 latentes) et anatomiques (ex.: (le système nerveux central) le VIH est à l'abri de l'action des antirétroviraux (Schrager et D'Souza 1998).

La disponibilité de nouveaux traitements de l'infection au VIH met en relief l'importance d'offrir à tous un accès facile au test de sérodiagnostic du VIH (Jürgens et Palles 1997).

## 2.4 TESTS DE DÉTECTION RAPIDE, TROUSSES DE PRÉLÈVEMENT À DOMICILE ET TEST DE DÉTECTION PRÉCOCE.

- **Tests de détection rapide.** Des trousse de test du VIH dont les résultat sont disponibles rapidement (ex.: 20 minutes) sont approuvés par la Food and Drug Administration aux États-Unis (FDA). Ces trousse peuvent être utilisées dans des centres de dépistage du VIH. Cette procédure augmente la proportion des personnes testées qui connaissent le résultat de leur test. La sensibilité et la spécificité des tests de détection rapide sont comparables aux tests ÉliSa couramment utilisés. Un test de contrôle n'est pas nécessaire lorsque le test de détection rapide est négatif alors qu'un test de confirmation est nécessaire si le test de détection rapide est positif.
  - Le test de détection rapide est donc plus avantageux dans les contextes où la prévalence de l'infection à VIH est élevée et où la proportion des personnes testées qui retournent pour obtenir leur résultat est faible (National Center for HIV, STD and TB prevention et coll 1998).
  - De plus, certaines trousse de détection rapide requièrent simplement une goutte de sang prélevée au bout du doigt à l'aide d'une lancette; une procédure beaucoup plus simple que la prise de sang actuellement nécessaire.
  - De tels tests de détection rapide (par prélèvement salivaire ou par prélèvement d'une goutte de sang) sont en cours d'évaluation au Canada. Certaines entreprises déposeront sous peu des demandes d'homologation auprès du Programme des produits thérapeutiques de Santé Canada pour des test de détection rapide qui seraient utilisés par des professionnels de la santé.
- **Trousse de prélèvement à domicile.** D'autre part, aux États-Unis, des trousse de prélèvement à domicile sont également disponibles sur le marché. " La disponibilité de trousse de test du VIH à domicile peut comporter de grands avantages potentiels - notamment parce qu'elles offrent un nouveau moyen confidentiel, accessible, qui encourage les personnes vulnérables à passer le test et, si nécessaire à recevoir des traitements - mais elle comporte également des risques importants. Les principaux sujets de préoccupations sont: l'absence de counselling face à face, les risques d'abus, l'impact sur les services de tests existants (possible désengagement à offrir le test et le counselling sans frais dans divers centres de tests subventionnés par l'état), l'exactitude et la fiabilité des trousse " (Jürgens et Palles, 1997). Un an après avoir obtenu l'approbation de la FDA, la compagnie Johnson et Johnson a retiré en juillet 1997 son produit (trousse de prélèvement CONFIDE) à cause du manque d'intérêt des consommateurs. À noter que les trousse de prélèvement à domicile reposent sur l'identification d'anticorps contre le virus et ne peuvent donc détecter l'infection aiguë au VIH.
- **Test de détection précoce.** Les tests couramment utilisés (test ÉLISA, confirmé par un test Western blot) détecte l'infection de 1 à 2 mois après que celle-ci soit survenue. Dans certains contextes, on pourrait recourir à un test de l'antigène p24, lequel est en mesure de détecter la présence de virus environ 1 semaine plus tôt que le test ELISA.

### 1. Test d'anticorps: ELISA et Western blot

Actuellement, le dépistage du VIH se fait par sérologie, c'est-à-dire par la détection des anticorps dirigés contre le virus. Le diagnostic se fait en deux étapes: la première consiste à utiliser une méthode immuno-enzymatique dite ELISA, dont la sensibilité et la spécificité avoisinent 99%. La valeur prédictive du test dépend cependant de la prévalence de la maladie dans la population testée.

Il faut au moins quatre (le test est positif au moins 22 à 27 jours après l'infection aiguë, Kahn et coll. 1998) à six semaines pour détecter les anticorps. Le test est habituellement positif dans les 12 semaines suivant l'entrée du VIH dans l'organisme; ce délai peut aller jusqu'à 6 mois.

La deuxième étape consiste à soumettre les prélèvements ELISA (+) à un test Western blot (WB). Celui-ci détecte des anticorps contre les protéines des trois grandes régions du gène du VIH.

## **2. Test d'antigènes: antigène p24 / ARN viral**

Ces tests captant un antigène du VIH dans le sérum ou le plasma, rendent possible un diagnostic plus précoce. Le cas échéant, ils deviennent positifs environ 7 à 14 jours avant l'examen qui détecte les anticorps. Cependant, cet examen diagnostique est moins sensible, car il ne se positive que chez 75% des patients en séroconversion aiguë. D'autre part ces tests sont peu utiles pour le dépistage ou le diagnostic au-delà de la phase de primo-infection car la quantité de virus diminue alors.

L'indication qui consisterait à utiliser l'épreuve de l'antigène p24 pour diagnostiquer l'infection au VIH n'est donc pas encore clairement établie (sauf: 1. pour le diagnostic pédiatrique; 2. lorsque la sérologie est indéterminée; 3. en cas de primo-infection, en effet la détection d'un titre élevé d'antigènes alors que le test d'anticorps est négatif signe le diagnostic d'infection aiguë).

## **3. Test de charge virale**

Le test de la charge virale mesure la quantité de copies d'ARN viral du VIH en circulation dans le plasma. Il constitue une mesure indirecte du nombre de cellules infectées et de la vitesse à laquelle elles sont infectées et détruites.

Étant donné la sensibilité du test de la charge virale et de sa capacité à détecter précocement l'infection, même aux stades précoces de l'infection néonatale (le test serait positif quelques jours plus tôt que les tests d'antigènes), on pourrait penser à l'utiliser comme méthode diagnostique lors d'une exposition accidentelle à une piqûre d'aiguille, au tout début de l'infection, et pour le diagnostic pédiatrique. Cependant, la possibilité de faux positifs n'étant pas négligeable (spécificité de 95%), ce test n'est pas encore accepté comme outil diagnostique dans l'infection au VIH. Il ne peut être utilisé que dans le suivi des patients dont l'infection au VIH a été confirmée.

### NB Trousse de prélèvement d'exsudats gingival (" test sur la salive ")

Au Canada, ce type de test est utilisé uniquement dans le cadre d'études épidémiologiques; aucune trousse de prélèvement d'exsudat gingival n'est approuvée aux fins d'établir un diagnostic d'infection au VIH. Ce type de test, dont la sensibilité serait de l'ordre de 96-97%, ne détecte que le VIH-1 (plutôt que le VIH-1 et le VIH-2) et n'offre pas la possibilité d'une procédure de confirmation par Western blot (du moins, les troussees disponibles au Canada actuellement n'offrent pas cette possibilité).

## 2.5 ASPECTS LÉGAUX

- **Déclaration obligatoire de la séropositivité au VIH.** En 1997, Un comité ad hoc a été mis sur pied afin de “ revoir les stratégies de surveillance de l’infection par le VIH au Québec y compris la déclaration obligatoire du VIH et proposer des recommandations visant à mettre en place ou à améliorer des moyens permettant d’obtenir les informations nécessaires au suivi de l’épidémie de VIH ”. Le comité s’orienterait vers la recommandation de rendre obligatoire la déclaration de la séropositivité au VIH de manière non nominale mais codée à partir d’une donnée identifiante: le numéro d’assurance-maladie (toutefois celui-ci serait tronqué de sa première lettre ainsi que de ses deux derniers chiffres, afin d’assurer la confidentialité).  
La déclaration obligatoire de la séropositivité au VIH pourrait avoir l’effet de diminuer le recours au test VIH ou encore d’augmenter la demande pour une procédure anonyme de dépistage.
- **Criminalisation de la non-divulgation de la séropositivité au VIH.** Extraits du jugement la Reine c. Cuerrier, cour Suprême du Canada, no du greffe: 25738, 1998: 27 mars; 1998: 3 septembre.

### État de situation

L'accusé a fait l'objet de deux chefs d'accusation de voies de fait graves portés en vertu de l'art. 268 du Code criminel. Même si une infirmière hygiéniste lui avait explicitement conseillé d'informer de sa séropositivité tous ses partenaires sexuels éventuels et d'utiliser des condoms chaque fois qu'il aurait des rapports sexuels, l'accusé a eu des rapports sexuels non protégés avec les deux plaignantes sans les informer qu'il était séropositif. Les deux plaignantes avaient consenti à des rapports sexuels non protégés avec l'accusé, mais elles ont témoigné au procès que, si elles avaient su qu'il était séropositif, elles n'auraient jamais eu de rapports sexuels non protégés avec lui. Au moment du procès, aucune des plaignantes n'était séropositives selon les tests qu'elles avaient subis. Le juge de première instance a acquitté l'accusé. La Cour d'appel a confirmé les acquittements. La cause a été amenée en cour Suprême

### Conclusion des juges de la cour Suprême

La supercherie au sujet d'une maladie transmissible sexuellement, qui incite à consentir, est considérée comme une fraude viciant le consentement, au sens de l'art. 265 du Code criminel. Ainsi, la personne qui sait qu'elle est séropositive et qui a des rapports sexuels non protégés sans divulguer son état de santé à son partenaire peut être déclarée coupable de violation des dispositions de l'art. 265 du Code criminel

Les ordonnances de la Cour d'appel et du juge du procès sont annulées et un nouveau procès est ordonné.

### Opinion d'un des juges de la cour Suprême au sujet de l'impact de la criminalisation sur le dépistage

L'un des arguments avancés contre la criminalisation est qu'elle dissuadera les membres de groupes à risques élevés ou de communautés marginalisées de recourir au

dépistage. Je ne puis retenir cet argument. Il est peu probable que des personnes soient dissuadées de recourir au dépistage en raison de la possibilité de sanctions pénales ultérieures. Les personnes qui demandent à subir un test de dépistage demandent essentiellement un traitement. Il est improbable qu'elles renonceront au dépistage par crainte de faire l'objet de poursuites criminelles si jamais elles ne tiennent pas compte des conseils d'employés des services de santé publique. Bien que des opinions contraires aient été mentionnées, je préfère celle de Holland, loc. cit., qui écrit à la p. 288: [TRADUCTION] Les gens ne seront pas dissuadés de recourir au dépistage en raison du seul risque d'être éventuellement tenus criminellement responsables. [. . .]. Les gens veulent savoir s'ils sont infectés ou non et s'il existe un traitement. La crainte de poursuites ultérieures pour quelque chose qui n'a pas encore eu lieu n'est vraisemblablement pas susceptible de dissuader qui que ce soit de subir un test de dépistage.

## 2.6 PROCÉDURE DE DÉPISTAGE ANONYME ET/OU CONFIDENTIELLE

La peur d'un bris de confidentialité, et donc d'être reconnu et stigmatisé, semble constituer un frein à l'utilisation des services de dépistage. Existe-t-il encore en 1998, un besoin pour des tests anonymes? Est-il nécessaire que l'accès à un test anonyme soit accessible uniquement par l'intermédiaire d'une équipe spécialisée?

Les tests anonymes de détection des anticorps anti-VIH sont des tests qui ne permettent en aucune façon de lier le nom de la personne à la procédure, à l'échantillon ou au résultat du test.

- Définition des procédures disponibles:
  - Nominative: le résultat du test est lié au sujet par son nom et le nom de son médecin;
  - Non nominative: le résultat du test est lié au sujet par un code connu seulement de lui-même et de son médecin;
  - Anonyme: le résultat du test est lié au sujet par un code connu de lui seul et où, personne d'autre, incluant le médecin ou l'intervenant, ne peut associer le code du résultat à la personne qui a demandé le test.
- Selon plusieurs intervenants, les particularités du service anonyme (suivi, counselling, anonymat) sont méconnues de la population. En outre, les gens ne feraient pas la distinction entre le service régulier et le service assurant l'anonymat (Lebeau et coll. 1998). Si les gens étaient informés des diverses alternatives, il est probable que le test confidentiel répondrait bien aux besoins de la plupart.
- La même équipe pourrait offrir à la fois un service confidentiel et un service anonyme.
- **Bien plus qu'une procédure anonyme, les centres spécialisés de dépistage offrent une qualité d'intervention (counselling pré et post test) particulière.**

## Avantages et inconvénients de l'anonymat

### Avantages

- La procédure anonyme incite davantage les gens à subir un test. Cet aspect prendra peut-être encore davantage d'importance compte tenu de:
  - Possibilité que le Québec rende obligatoire la déclaration des cas de séropositivité au VIH et
  - Criminalisation de la non-divulgence de la séropositivité au VIH.
- La procédure anonyme incite particulièrement les personnes les plus vulnérables à subir un test:
- La procédure anonyme assure la confidentialité non seulement du résultat du test mais aussi du fait que l'individu ait passé un test. Pour certaines compagnies d'assurance, le seul fait d'avoir passé un test VIH signe un risque accru d'infection et justifie le rejet de la demande d'assurance.
- L'anonymat n'est pas le seul élément distinctif du service anonyme. En effet, le service implique de l'information bien rendue (counselling pré-test et post-test, la révision des mesures préventives, etc.) et la globalité de l'intervention.

### Cependant

- Lorsque les personnes infectées entreprennent une thérapie médicale, les démarches et tests de suivi clinique ne peuvent plus être anonymes (malgré tout, le fait que la procédure de dépistage soit anonyme conserve à l'individu la possibilité de choisir lui-même le moment de laisser tomber l'anonymat et de se prévaloir d'aide médicale).
- Tel que présenté au chapitre 3.2, les centres de dépistage anonyme de la région de Montréal-Centre, rejoignent peu les groupes les plus touchés par le VIH/sida.
  - Les comparaisons entre un service local régulier et son équivalent anonyme supportent l'hypothèse que le service anonyme rejoint mieux les hommes ayant des relations avec d'autres hommes (15% contre 8%), mais moins les UDI que le service régulier. L'anonymat constitue vraisemblablement une préoccupation plus grande pour deux des clientèles prioritaires, à savoir: les hommes ayant des relations avec d'autres hommes et les femmes en situation à risque (Lebeau et coll. 1998).
- Compte tenu de l'implantation d'une offre universelle de test pour les femmes enceintes, le fait de subir un test ne devrait plus être interprété par les compagnies d'assurance comme un signe de risque accru d'infection au VIH.

## **Inconvénients**

La procédure de dépistage anonyme

- Entrave la cueillette de données épidémiologiques

- Compromet la notification aux partenaires

- Favorise que les personnes dépistées ne retournent pas chercher le résultat de leur test.

- Est onéreuse

## **Cependant:**

- Il serait possible de développer une codification du test qui permette l'appariement avec un test ultérieur chez la même personne tout en assurant la confidentialité. Les renseignements d'identification personnelle ne sont pas en soi pertinents à des objectifs d'épidémiologie.

- " Afin d'établir des données sur la séroprévalence, des études épidémiologiques sont plus utiles car l'autosélection rattachée au test volontaire peut fausser le portrait de la prévalence du VIH au sein de la population " (Jürgens et Palles 1997).

- La notification aux partenaires est une démarche volontaire; l'importance de la notification et de la collaboration des patients doit être soulevée lors du counselling pré et post test.

- Même dans les cas où les responsables de la santé publique désirent effectuer ou superviser une notification aux partenaires, la déclaration par code ou autres moyens peut quand même conduire à la personne séropositive nécessaire à la relance des contacts (Hamblin et Somerville 1991).

- Selon les études disponibles (Jürgens et Palles, 1997), et selon l'expérience rapportée par le CLSC Métro, les personnes ayant subi un test reviennent chercher leur résultat.

- Pas nécessairement, dans l'évaluation du programme de test anonyme de l'Ontario, on a évalué à 44\$ le coût d'un test anonyme, comparativement au double (100\$) chez un médecin. (Ministère de la santé de l'Ontario 1994, cité dans Jürgens et Palles 1997). À partir des données actuelles, il est difficile pour le moment d'apprécier le coût spécifique d'un dépistage anonyme effectué dans un des centres spécialisés de Montréal.

### 3. ÉTAT DE SITUATION

#### 3.1 ORGANISATION ACTUELLE DES SERVICES

L'organisation des services sera abordée en deux volets. Le premier présentera les budgets dévolus à chacun des établissements concernés par notre objet d'étude<sup>1</sup>. Dans un deuxième temps, nous présenterons les ressources humaines affectées aux services, et ce en distinguant les activités des équipes spécialisées de celles dédiées à des clientèles spécifiques (population haïtienne, milieu carcéral).

##### 3.1.1 Budgets

Les budgets sida ont connu plusieurs étapes de développement, et ce sous différents vocables. Pour faciliter la compréhension nous retiendrons quatre types de budgets:

- . les budgets identifiés "dépistage anonyme"<sup>2</sup> qui comprennent l'ensemble des services des équipes spécialisées, mais dont le volet "femme" a été reporté aux budgets spécifiques énoncés plus loin;
- . les budgets "services sociaux/ministère" qui font référence aux budgets versés directement par le Ministère et qui visaient des populations plus vulnérables (personnes homosexuelles et population haïtienne);
- . les budgets des "services psychosociaux" qui ont été ajoutés pour le suivi psychosocial de la clientèle (affectés à la clientèle carcérale au CLSC Ahuntsic);
- . les budgets "spécifiques" qui sont dédiés à certaines clientèles jugées plus vulnérables (carcéral/services infirmiers, femmes). Le budget du CLSC des Faubourgs dédié à l'itinérance n'est pas considéré dans la présente analyse.

Le tableau qui suit présente le financement des CLSC concernés par chacun de ces budgets.

	Dépistage	Sociaux/Ministère	Psychosociaux	Spécifiques	TOTAUX
Ahuntsic	-	-	55 000 \$	50 991 \$ <sup>3</sup>	105 991 \$
Des Faubourgs	184 456 \$	117 588 \$	137 500 \$		439 544 \$
Métro	185 716 \$	-	27 500 \$	50 000 \$	263 216 \$
St-Michel	-	63 674 \$	-	-	63 674 \$
<b>TOTAL</b>	<b>370 172 \$</b>	<b>181 262 \$</b>	<b>220 000 \$</b>	<b>100 991 \$</b>	<b>872 425 \$</b>

##### 3.1.2 Ressources humaines

<sup>1</sup> Il demeure important de préciser que tous les budgets sida ne sont pas inclus dans le présent état de situation, pas plus que ne sont considérés les efforts déployés au regard du sida dans d'autres programmes de CLSC.

<sup>2</sup> Tel qu'il a été dit précédemment, en 1996-1997 les budgets dévolus au dépistage anonyme ont été amputés par le CQCS, et chacun des CLSC a dû s'ajuster aux compressions budgétaires qu'on leur a imposées. Le présent état de situation tient donc compte de cet ajustement récent.

<sup>3</sup> Ce budget est non-récurrent.

**Équipes spécialisées**

Afin d'actualiser le mandat qui leur a été dévolu par le CQCS, les équipes spécialisées du CLSC des Faubourgs et du CLSC Métro ont mis à contribution les ressources humaines suivantes:

	<b>DES FAUBOURGS</b>	<b>MÉTRO</b>
Infirmière	1 (ETC)	1 (ETC)
Psychologue	1 (ETC)	-
Travailleur social	2 (ETC)	3 (ETC)
Technicien en travail social	1 (ETC)	-
Diététiste	1 (,8 ETC)	1 (,2 ETC)
<b>TOTAL</b>	<b>6 (5,8 ETC)</b>	<b>5 (4,2 ETC)</b>

Il est à noter que les coûts reliés au temps de coordination ou de secrétariat, qui peuvent varier en fonction du nombre d'intervenants impliqués aux services, ne sont pas inclus.

**Clientèles spécifiques**

Les clientèles spécifiques pour lesquelles une organisation de services différente de celle des équipes spécialisées a été mise en place sont la clientèle carcérale et la population haïtienne. Les CLSC visés par ces budgets sont respectivement les CLSC Ahuntsic et St-Michel. Le tableau qui suit présente les ressources humaines affectées à ces programmes.

	<b>AHUNTSIC</b> (carcéral)	<b>ST-MICHEL</b> (pop. haïtienne)
Infirmière	1 (ETC)	-
Travailleur social	1 (ETC)	1 (ETC)
<b>TOTAL</b>	<b>2 (ETC)</b>	<b>1 (ETC)</b>

## 3.2 FAITS SAILLANTS AU REGARD DES ACTIVITÉS <sup>4</sup>

Un état de situation a été fait auprès des équipes spécialisées et des services aux clientèles spécifiques à l'automne 1998. Les observations détaillées sont présentées en annexe. Pour la présente partie des faits saillants, nous ne ferons que ressortir certains **grands constats qui nécessitent des clarifications ou qui appellent des changements** dans l'organisation actuelle des services. Nous les énumérerons pour chacun des volets de services.

### 3.2.1 DÉPISTAGE ANONYME

- Compte tenu de la présence importante de groupes vulnérables à Montréal, l'achalandage du service semble assez bas lorsque comparé aux autres régions (Nombre de tests de dépistage faits par l'intermédiaire d'une équipe spécialisée en 1996-1997: Montréal: 1 310 ; Québec, 994; Estrie, 965);
- Les tests effectués par les centres spécialisés de dépistage anonyme représentent une proportion assez restreinte de l'ensemble des tests faits à Montréal (1% à 2%). Le taux de séropositivité parmi les échantillons provenant des centres spécialisés de dépistage anonyme (1,6% pour l'année 1996-1997) n'est pas plus élevé que celui que l'on observe parmi l'ensemble des tests faits à Montréal (1,9% en 1996 et 1,4% en 1997).
- Le taux de séropositivité a connu une très légère baisse (1,4% en 1997-1998 comparativement à 1,6% en 1996-1997). Ce taux est comparable à celui de la province;
- Les délais d'attente pour avoir accès au dépistage anonyme semblent en augmentation (2 à 3 semaines); un CLSC a pu ramener ce délai à 2 ou 3 jours.
- Alors que les CLSC affirment offrir des services lors de l'attente du résultat, les commentaires exprimés lors du bilan de la phase 3 mettaient en lumière une insuffisance de services à ce niveau;
- Les modalités de dépistage ne sont pas toujours adaptées à la situation de vie des clientèles vulnérable (accessibilité temporelle et géographique; sans rendez-vous, etc.);
- Les activités ne semblent pas toujours intégrées à un continuum de services (dépistage autres MTS, notification aux partenaires, vaccination...);
- La clientèle rejointe ne représente pas toujours la clientèle la plus vulnérable à la propagation du virus.

---

<sup>4</sup> Pour un état de situation plus détaillé, veuillez vous référer à l'annexe 2

### 3.2.2 SERVICES PSYCHOSOCIAUX

- Le ratio des interventions par heures travaillées est variable d'un intervenant à l'autre ou d'un CLSC à l'autre;
- Le nombre de rencontres par usager présente des écarts assez importants entre les deux CLSC (9,4 vs 14,5);
- La nature des activités des services psychosociaux semble principalement de type "thérapeutique" et touche de 75% à 98% des individus. Les raisons d'intervention semblent déborder de l'annonce du diagnostic (ex.: problèmes de couples, affects dépressifs);
- La majorité (80%) des références aux équipes semble provenir de l'extérieur du territoire du CLSC concerné (données disponibles pour une seule des deux équipes spécialisées); cette réalité peut s'expliquer par le liens établis avec les cliniques privées;
- Peu de références (4%) sont faites par les centres hospitaliers (données disponibles pour une seule des deux équipes spécialisées);

### 3.2.3 FORMATION, ÉDUCATION ET SOUTIEN COMMUNAUTAIRE

- Ce volet est inégalement développé d'un CLSC à l'autre;
- Les activités collectives de formation ou d'éducation rejoignent principalement les intervenants des établissements du réseau ou ceux impliqués dans les organismes communautaires. Dans ce dernier cas, tant les groupes spécifiquement dédiés au sida que les organismes qui interviennent auprès de clientèles vulnérables sont rejoints. Occasionnellement, la clientèle peut être rejointe;
- Les messages individuels de prévention ne semblent pas amener des changements de pratique chez la clientèle vulnérable, particulièrement chez les hommes homosexuels;
- Le partage des responsabilités de soutien communautaire présente certains dédoublements lorsqu'un organisme communautaire offre des activités sur deux territoires de CLSC.

### 3.2.4 SERVICES DIÉTÉTIQUES

- Les services diététiques offrent peu de suivi individuel (1,7 à 1,9 entrevue par jour). Ceci s'explique par le choix de favoriser l'intervention collective plutôt qu'individuelle;
- Dans un des deux CLSC, la ressource affectée aux services diététiques semble s'impliquer de façon importante pour des dossiers provinciaux;

### **3.2.5 VOLET FEMME**

- Les interventions psychosociales individuelles occupe environ 50% du temps de l'intervenante;
- Les activités de formation (environ 1 journée par semaine) ont principalement ciblé les maisons d'hébergement pour femmes violentées;
- La ressource s'implique aussi à d'autres domaines spécifiques aux femmes, notamment l'exercice d'un leadership au sein de la "coalition montréalaise de promotion des intérêts des femmes dans le domaine du sida"; ces implications touchent parfois des comités provinciaux;
- Sur la base des informations données, il nous semble que les clientèles de femmes rejointes ne constituent pas nécessairement les femmes les plus vulnérables.

### **3.2.6 MILIEU CARCÉRAL**

- Bien que le projet rejoint une population vulnérable, l'ensemble des besoins n'est pas couverts (Centre de détention Rivière-des-Prairies) et les ressources seraient actuellement insuffisantes pour y pallier;
- Les liens avec les organismes du milieu lors de la sortie des détenus sont très précaires, faute de ressources. Ce qui entraîne parfois un bris dans la continuité des services.

### **3.2.7 POPULATION HAÏTIENNE**

- Les ressources actuelles ne permettent pas d'offrir de façon adaptée les services de dépistage;
- La notification aux partenaires pose plusieurs difficultés quant à son application dans le contexte de la culture haïtienne.

## 4. POPULATIONS - CIBLES

Les efforts de détection doivent s'orienter vers les populations parmi lesquelles les nouvelles infections au VIH sont le plus susceptibles de survenir.

L'énumération suivante des populations-cibles est extraite du document:

**Programme de prévention du VIH et des autres MTS pour la région de Montréal-Centre Cadre de référence pour le financement 1998-1999.** Comité de gestion de programmes du Module de prévention et de contrôle MTS/sida de l'Unité Maladies infectieuses. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Juin 1998

### 4.1 PERSONNES QUI S'INJECTENT DES DROGUES ET LEURS PARTENAIRES SEXUELS

“ Ces personnes démontrent un risque extrêmement important d'infection au VIH, aux MTS et aux hépatites, lié entre autres au partage (prêt et emprunt) de matériel d'injection usagé et aux relations sexuelles non protégées avec des personnes souvent déjà infectées ”.

#### Milieus prioritaires

- territoires prioritaires ciblés (activités d'*outreach*) : Hochelaga-Maisonneuve - Plateau Mont-Royal - Des Faubourgs - Petite Patrie - Rosemont - Villeray - Métro
- territoires secondaires ciblés: St-Louis du Parc - Parc Extension - Côte-des-Neiges - Pointe St-Charles - Verdun - LaSalle - Mercier Est/Anjou - Olivier-Guimond
- milieu de vie et d'injection des personnes UDI
- milieu carcéral et maisons de transition ”.

### 4.2 HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC D'AUTRES HOMMES

“ Malgré une baisse dans le nombre de cas de sida déclaré depuis quelques années, ce sont toujours les hommes âgés entre 25 et 40 ans qui sont les plus atteints. Avec l'arrivée des nouveaux traitements qui retardent la progression de la maladie et permettent aux personnes vivant avec le VIH d'espérer une meilleure qualité de vie, nous craignons qu'un optimisme excessif face à ces nouveaux traitements puisse entraîner un relâchement des comportements préventifs et conduire à une nouvelle et plus importante épidémie spécifiquement dans ce sous-groupe de la population ”.

### Milieus prioritaires

- milieux de consommation de sexe (pour des activités de promotion seulement)
- milieux de vie des jeunes (via les associations ou les groupes sportifs)
- milieu scolaire
- milieux de regroupement des hommes homosexuels (via les associations ou les groupes sportifs) ”.

## **4.3 JEUNES EN DIFFICULTÉS**

“ Les jeunes vivant des situations d’extrêmes difficultés qui proviennent souvent de milieu défavorisés et qui ont subi de multiples problèmes (abus, toxicomanie, violence, négligence, instabilité affective et familiale) se retrouvent souvent dans des conditions de vie extrêmement difficiles qui les forcent parfois à utiliser la rue comme milieu de vie ” Ces jeunes qui, souvent vivent dans la marginalité sont aux prises avec des problèmes de criminalité, de toxicomanie et de prostitution, ce qui les place dans des situations de prise de risques intenses par rapport au VIH, aux MTS et aux hépatites ”.

### Milieus prioritaires

- territoires prioritaires ciblés (activités d’*outreach*) : Des Faubourgs - Plateau Mont-Royal - Hochelaga-Maisonneuve - Petite Patrie - Villeray - Rosemont
- milieu de vie et de loisir des jeunes (drop-in, maisons de jeunes, arcades) ”.

## **4.4 MEMBRES DES COMMUNAUTÉS ORIGINAIRES DES PAYS ENDÉMIQUES**

“ Les programmes d’éducation dirigés vers la population générale ne reflètent pas toujours la réalité vécue par certaines communautés notamment en ce qui concerne les valeurs culturelles. De plus, les nouveaux arrivants à cause de leur isolement dans le pays d’accueil peuvent constituer en soi un sous-groupe particulièrement à risque ”.

## **4.5 FEMMES EN SITUATION À HAUT RISQUE**

Les femmes en situation à risque ont été définies par le fait d’être originaires d’un pays endémique, de partager du matériel d’injection contaminé, d’avoir des relations sexuelles rémunérées et le fait d’être la partenaire sexuelle d’un individu à risque (partage de seringues, transfusion sanguine avant 1985, séropositivité pour le VIH, provenance de régions endémiques, prostitution ou homme ayant des relations avec d’autres hommes) (Lebeau et coll.1998)

## 4.6 MILIEU CARCÉRAL

La population carcérale, spécifiquement inscrite comme clientèle prioritaire dans la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, constitue un groupe vulnérable important dû à la présence importante de personnes utilisatrices de drogues injectables, de partenaires sexuels de celles-ci, ainsi que de personnes vivant de la prostitution. De plus, la réalité de la vie carcérale permet d'atteindre une clientèle captive qui en d'autres temps n'est pas nécessairement rejointe par les services du réseau.

La population autochtone n'a pas été retenue comme population-cible compte tenu que l'étendue des besoins et les pistes d'action sont à définir. Cependant, elle devra être prise en compte dans les populations-cibles en fonction des facteurs de risque qu'elle présente.

La population autochtone représenterait environ 1,5% des résidents de la région métropolitaine de Montréal (44 500 personnes selon Statistiques Canada, recensement 1991). Plusieurs membres de cette communauté ne séjournent que de manière transitoire en milieu urbain retournant fréquemment dans leurs milieux ruraux d'origine. Cette communauté ne constitue pas un bloc homogène mais plutôt une mosaïque culturelle (au Québec, 11 nations autochtones sont dénombrées).

Des comportements à risque en regard de l'infection au VIH seraient fréquents (Brassard et coll., 1996), notamment la consommation d'alcool (associée à une sexualité non protégée), la prise de drogue par injection et la prostitution de survivance. La prévalence de l'infection au VIH et d'autres MTS parmi les autochtones de Montréal n'est pas connue. Une évaluation précise et complète des comportements à risque en regard de l'infection à VIH ainsi que des modalités de recours aux services de santé par cette population ne sont pas disponibles.

Il importe que les interventions de prévention qui pourraient être proposées soient le fruit d'une concertation au sein de la communauté autochtone. À cet effet, un comité provincial, Quebec First Nations and Inuit HIV/AIDS working group, réunissant des représentants des premières nations, des ministères de la Santé du Québec et du Canada ainsi que du Comité québécois de coordination en maladies infectieuses, s'est donné pour objectif de définir un plan d'action qui corresponde aux besoins et aux valeurs des autochtones. Un document de consultation sera déposé au cours de l'année 1999.

Note : Un membre de l'Unité de maladies infectieuses de la Direction de la santé publique de la RRSSS de Montréal-Centre siège sur le comité à titre d'observateur.

## 5. BESOINS DES POPULATIONS CIBLES EN REGARD DU DÉPISTAGE

Dans la perspective de favoriser l'adaptation de l'offre de test VIH aux besoins des membres des populations vulnérables, il est nécessaire de connaître notamment les aspects suivants:

1. proportion de personnes infectées parmi les populations vulnérables
2. recours au test VIH;
3. identification des facteurs influençant (barrières et facteurs facilitant) le recours au test et aux services de dépistage offerts; (définir quel est l'environnement favorable) parmi les facteurs influençant le fait de passer un test, on doit explorer notamment:
  - l'accessibilité géographique et temporelle au service
  - la procédure du test (anonyme vs confidentielle)
  - le délai entre le prélèvement et l'obtention du résultat du test;
4. nature des services de dépistage offerts (ressources et organisation);
5. capacité de mobiliser les personnes ayant eu recours au test
  - vers l'adoption de comportements sécuritaires
  - vers une prise en charge clinique le cas échéantet existence de structures de support pour appuyer le changement de comportement ou la prise en charge clinique.

Tous ces points ne sont pas toujours très bien documentés. Ils devraient faire l'objet de travaux incluant notamment la tenue de groupes de discussion avec des membres des clientèles visées et avec des informateurs clefs.

L'annexe 3 présente des éléments de la situation du dépistage pour chacune des populations vulnérables. Une synthèse de ces informations est schématisée au tableau suivant : « Populations vulnérables et dépistage VIH ».

## Populations vulnérables et dépistage VIH

Population	Effectif RRSSS Montréal- Centre	Proportion de personnes infectées		Recours au test VIH (au moins une fois)*	Facteurs favorables/défavorables au recours au test VIH
		Prévalence	Incidence**		
<b>Personnes qui s'injectent des drogues</b>	Environ 12 000 personnes (entre 8 500 et 16 500)	17,6% parmi les personnes fréquentant à Montréal des programmes d'échanges de seringues (PES)  Pas de différence significative selon le sexe.	Ce taux est passé de 6,3 par 100 P/A*** en 1995 à 8,3 en 1996 puis à 10,5 en 1997.	75%.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les UDI consultent peu les ressources du réseau de la santé.</li> <li>• L'immédiateté de l'intervention (ex.: éviter délais d'attente pour rendez-vous) serait très importante.</li> <li>• Les UDI se font tester lorsqu'ils présentent déjà un problème de santé sévère.</li> <li>• Des conditions telles que le chômage, l'itinérance, une faible scolarisation sont associées à un niveau moins élevé de dépistage.</li> <li>• Les services de dépistage doivent être disponibles dans les milieux de vie des UDI, être rattachés à un ensemble de services intégrés et être accompagnés de mécanismes particuliers de support à la prise en charge clinique pour les personnes séropositives.</li> </ul>
<b>Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSAH)</b>	Environ 40 500 personnes	Entre 10 et 20%	0,73 par 100 P/A	82%.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les personnes qui ne sont pas testées sont celles qui ne se perçoivent pas à risque par rapport à l'infection au VIH.</li> <li>• Les programmes de dépistage doivent mettre l'emphase sur les bénéfices du dépistage et augmenter le contrôle des HRSAH sur le contexte de dépistage: service localisé dans le voisinage/dans la communauté; intervenant faisant le counselling qui est lui-même un HRSAH; disponibilité d'une option de dépistage anonyme.</li> </ul>

Population	Effectif RRSSS Montréal- Centre	Proportion de personnes infectées		Recours au test VIH (au moins une fois)*	Facteurs favorables/défavorables au recours au test VIH
		Prévalence	Incidence**		
<b>Jeunes en difficulté</b>	Environ 5 000 jeunes sans abri	1,3% (entre 0,55 et 2,78)	0,8 par 100 P/A (entre 0,2 et 2,1)	51%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les jeunes sous-estiment leur risque d'infection au VIH.</li> <li>• Les jeunes qui s'identifient comme homosexuels, les jeunes qui se sont déjà injectés des drogues et les adolescents plus âgés sont le plus susceptibles d'être testés.</li> </ul>
<b>Membres des communautés originaires des pays endémiques: Communauté Haïtienne****</b>	50 760 personnes	1,3% Hommes: 1,6% Femmes: 1,1%	0,23 par 100 P/A	40%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les personnes suivantes sont les moins bien informées sur le test VIH: femmes, moins scolarisées, résidentes au Canada depuis moins de 16 ans.</li> <li>• La représentation de la maladie, le lien fragile avec le système de soins, l'intrusion inacceptable dans la vie privée que représente le fait de discuter de la sexualité sont des obstacles au dépistage.</li> </ul>
<b>Femmes en situation de haut risque</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Populations vulnérables</b></li> <li>• <b>Femmes enceintes ou qui désirent le devenir</b></li> <li>• <b>Femmes</b></li> </ul>	<p>Voir pop. Spécifique</p> <p>22 695 naissances en 1996</p> <p>(Environ</p>	<p>Voir pop. Spécifique</p> <p>taux combiné sur 5 ans (1989-1993): 1,66/1 000 femmes ayant accouché (entre 1,41 et 1,93).</p> <p>2,0%</p>	<p>Voir pop. spécifique</p> <p>N/D</p> <p>0,14 par 100</p>	<p>Voir pop. spécifique</p> <p>N/D</p> <p>33,3%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse Depuis le lancement du programme (implantation progressive à partir de 1997), 15 femmes enceintes infectées par le VIH ont été dépistées. La majorité seraient des résidentes de la région de Montréal-Centre.</li> </ul>

Population	Effectif RRSS Montréal- Centre	Proportion de personnes infectées		Recours au test VIH (au moins une fois)*	Facteurs favorables/défavorables au recours au test VIH
		Prévalence	Incidence**		
<b>requérant un avortement</b>	27 555 avortements ont été pratiqués en 1995 au Québec)	(entre 1,4 et 2,6)	P/A (entre 0,003 et 0,76)		
<b>Milieu carcéral</b>	11 000 ***** admissions annuellement pour lesquelles la durée de détention est de plus d'un mois	Hommes: 3,6% Femmes: 9,0%	N/D	Parmi la clientèle du service de dépistage: Hommes: 37% Femmes: 57%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'incarcération peut favoriser le recours au service de dépistage du VIH en prison puisqu'elle impose l'abstinence aux détenus et qu'elle leur permet de "dégeler".</li> <li>• En l'absence d'une relation de confiance et de respect mutuel, les gens n'utiliseront pas le service de dépistage.</li> <li>• L'assurance d'un counselling post-test et d'un suivi soutenu en prison de la part d'intervenants qualifiés constitue une condition importante.</li> </ul>

(Tableau extrait du document: **Populations vulnérables et dépistage VIH** - Annexe 3)

**Notes:**

\* Recours au test VIH: Proportion de la population qui rapporte avoir eu un test VIH au moins une fois.

\*\* Incidence: nombre de nouvelles personnes infectées annuellement.

\*\*\* P/A: personnes années.

\*\*\*\* Communauté haïtienne: personne née en Haïti ou née au Canada d'origine haïtienne.

\*\*\*\*\* Admissions dans les trois centres suivants : Établissement de détention de Montréal, Tanguay, Rivières des Prairies.



## **6. ORIENTATIONS ET MODALITÉS D'ORGANISATION DE SERVICES**

En conformité avec les orientations provinciales et régionales de lutte contre le sida et les besoins des clientèles-cibles, certaines modalités doivent être mises en évidence. Nous en retenons cinq: la désignation de populations et de territoires prioritaires, l'adaptation des services aux besoins des clientèles vulnérables, la complémentarité des services, les modalités relatives à la procédure de dépistage et l'intégration des activités de dépistage.

### **6.1 DÉSIGNATION DE POPULATIONS ET DE TERRITOIRES PRIORITAIRES**

Les services actuels ne semblent pas toujours rejoindre les clientèles les plus vulnérables. Dans un souci de lutte efficace au sida, les équipes spécialisées et spécifiques doivent cibler leur intervention vers les clientèles dont les comportements à risque contribuent fortement à la propagation de l'épidémie. Ces clientèles ont été désignées au point 4. De plus, afin de s'assurer de rejoindre l'ensemble de ces populations vulnérables, il demeure primordial que l'organisation de services s'articule aussi autour des territoires où la présence de ces populations est importante.

### **6.2 ADAPTATION DES SERVICES AUX BESOINS DES CLIENTÈLES VULNÉRABLES**

Les modalités d'organisation des services ne sont pas toujours en lien avec les habitudes de vie des populations vulnérables. En ce sens, les pratiques actuelles devront faire l'objet d'une révision et devront s'adapter aux réalités de ces clientèles, et ce afin de mieux les rejoindre et ainsi leur offrir une gamme de services qui répondent à leurs besoins.

À ce titre, l'accessibilité géographique et temporelle doit être assurée. L'organisation des services doit donc prévoir des modalités souples qui permettent un accès sans rendez-vous ainsi qu'un travail à proximité des clientèles. Ainsi, par exemple, pour le dépistage des clientèles captives telles la clientèle carcérale, des sites fixes peuvent être mis en place. Par contre face aux clientèles qui ne se rendront pas au CLSC, des pratiques adaptées telles les unités mobiles devront être encouragées.

De même, nous pouvons aussi penser que les services liés au dépistage devront inclure, par exemple, le support à la fidélité au traitement pour les clientèles dont les modes de vie rendent difficile sa continuité (UDI, itinérants).

De plus, les pratiques devront tenir compte et s'ajuster à la réalité grandissante des personnes cumulant plusieurs problématiques, notamment la toxicomanie, l'itinérance et les problèmes de santé mentale.

## 6.3 COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES

La mise en place d'équipes spécialisées et de projets spécifiques liés à des clientèles plus vulnérables a permis le développement d'expertises particulières qui devront continuer d'être mises à profit dans la restructuration proposée.

Les équipes spécialisées et de projets spécifiques ne sont pas là pour se substituer aux autres ressources/partenaires d'intervention sida dans le milieu mais pour agir de manière complémentaire dans un plan structuré d'intervention auprès des populations vulnérables.

Ainsi, les efforts de dépistage des équipes spécialisées doivent

- s'articuler de manière cohérente avec d'autres interventions déployées par les CLSC, comme le projet d'adaptation des services en CLSC pour les UDI et les jeunes en difficultés.
- déboucher, en lien avec tous les partenaires impliqués, sur une organisation de services à l'intention des UDI qui couvrira notamment: les soins courants, le support à la prise en charge clinique pour les personnes infectées par le VIH, l'accès à la méthadone (de sevrage, d'entretien et à bas seuil), l'accès à du matériel de protection.

## 6.4 MODALITÉS RELATIVES À LA PROCÉDURE DE DÉPISTAGE

Deux modalités spécifiques au dépistage sont retenues: remplir les conditions d'un consentement éclairé (incluant le counselling) et offrir l'accès aux deux procédures, la procédure anonyme et la procédure confidentielle.

### 6.4.1 Consentement éclairé, confidentialité et counselling

Tel que stipulé dans diverses lignes directrices dont celles de l'Association médicale canadienne (1995), une personne ne devrait recevoir un test du VIH que:

- " Si elle donne son consentement éclairé, volontaire et spécifique  
Pour obtenir le consentement éclairé du patient, il faut l'informer, lui révéler les avantages et les inconvénients des tests de sérodiagnostic du VIH, l'écouter, répondre à ses questions et lui demander la permission de procéder à chaque étape du counselling et du test. Il ne faut pas croire implicitement ou supposer qu'il y a consentement éclairé.
- Si le counselling et l'éducation avant et après le test sont disponibles et offerts  
Le counselling pré-test est une occasion d'éduquer et un moyen d'amorcer les soins continus et préventifs. La décision de subir ou non le test appartient toujours au patient. Il peut être nécessaire d'organiser plus d'une séance de counselling pré-test dans le cas des patients qui refusent de se soumettre au test ou qui n'y sont pas préparés.

Au cours du counselling post-test, il faut travailler avec le patient pour s'assurer qu'il comprend le résultat du test, tenir compte de ses réactions psychologiques, suggérer des changements de comportement et évaluer le besoin d'un suivi et de soins.

- Si la confidentialité du résultat ou son anonymat peut être garanti  
Toute divulgation de renseignements personnels - même si elle peut sembler sans conséquence, qu'elle se produise en public, au téléphone, sur un répondeur, par courrier ou télécopieur - nécessite le consentement du patient, sauf lorsque la divulgation est imposée par la loi.

#### **6.4.2 Procédures anonymes et confidentielles**

En conformité avec les orientations provinciales relativement à la procédure de dépistage anonyme et en tenant compte de l'évolution des besoins de privauté ressentis par les individus (en lien notamment avec le contexte légal entourant la séropositivité au VIH), l'organisation de services doit continuer d'assurer l'accès à une procédure anonyme.

L'intervenant doit s'assurer que l'usager distingue bien les particularités de chacune des procédures (nominative, non nominative et anonyme) de sorte que la nature de la procédure choisie corresponde à un besoin réel.

### **6.5 INTÉGRATION ET ENRICHISSEMENT DES ACTIVITÉS LIÉES AU DÉPISTAGE**

Les services de dépistage constituent un élément majeur de lutte contre le sida et s'inscrivent à l'intérieur d'une stratégie globale. En ce sens, l'ensemble des activités de cette stratégie doivent être complémentaires, notamment à celles de la protection et de l'éducation à la santé. Chacune doit venir se mettre en appui l'une de l'autre.

Il est donc essentiel que l'intervention de dépistage intègre des aspects tels que: le dépistage d'autres MTS, l'immunisation contre les hépatites B et A, la notification aux partenaires des personnes infectées, la promotion de comportements sécuritaires. Le tableau de la page suivante présente les divers aspects liés à l'enrichissement des activités de dépistage.

## Services intégrés à l'intervention de dépistage du VIH

### Dépistage des autres MTS (ex.: chlamydie, gonorrhée, syphilis)

- Certains groupes de personnes présentent une prévalence élevée de MTS. Ces personnes se distinguent souvent par leur jeune âge (15-25 ans), des difficultés économiques et scolaires (incluant chômage, décrochage scolaire), le fait de résider en milieu urbain, une faible accessibilité et/ou un faible recours aux services médicaux et aux ressources d'éducation sanitaire, l'appartenance à un groupe ethnoculturel minoritaire mais aussi par l'usage de drogues intraveineuses et les activités de prostitution. Cet environnement conditionne un ensemble de comportements sexuels et de comportements de santé conduisant à la transmission des MTS (Potterat et coll 1983). Une forte proportion des personnes infectées demeure asymptomatique et de ce fait est moins susceptible de reconnaître l'infection en l'absence d'un programme de dépistage.
- Non seulement les MTS ulcérantes (ex.: syphilis, chancre mou, herpès) mais aussi les MTS inflammatoires (ex.: gonorrhée, chlamydie, trichomoniose) agissent comme co-facteurs de l'infection au VIH. La présence des ces MTS augmente la contagiosité des personnes infectées par le VIH et augmente la susceptibilité à l'infection au VIH de celles qui ne le sont pas. Le dépistage précoce de ces MTS et leur traitement constituent donc une stratégie essentielle de la lutte contre le sida (CDC 1998).
- L'utilisation de nouveaux tests (tests par amplification génique) permet une plus grande acceptabilité (possibilité de prélèvement urinaire ou salivaire) et une plus grande sensibilité. Actuellement sur l'île de Montréal, l'analyse par amplification génique (chlamydie et gonococcie) sur des prélèvements urinaires est très peu disponible. La sensibilité et la spécificité des tests urinaires sont aussi élevées que celles des tests génitaux. Cependant, ce type d'analyse exige des ressources supplémentaires pour la préparation du matériel à analyser notamment pour la centrifugation des urines (Communication personnelle, Dr<sup>e</sup> Béliveau, microbiologiste hôpital Maisonneuve-Rosemont, automne 1998).

### Dépistage de l'hépatite C

- Aux États-Unis, 60% des cas d'hépatite C seraient attribuables à l'injection de drogue. De 72 à 86 % des personnes qui s'injectent couramment des drogues seraient infectées ou auraient déjà été infectées. Les UDI acquièrent rapidement l'hépatite C après avoir commencé à s'injecter, plus rapidement qu'ils n'acquièrent l'hépatite B ou l'infection au VIH (CDC 1998). On a décrit une incidence aussi élevée que 20,9 par 100 personnes/année parmi les UDI. et de 75,6 par 100 personnes/année parmi les UDI âgés de moins de 20 ans (Van Beek et coll. 1998). Une étude auprès des jeunes de la rue à Montréal, a démontré que parmi les jeunes qui s'injectent des drogues, le taux de prévalence de l'hépatite C était de 26,5% (Roy e et coll. 1997).
- Une étude récente effectuée à Montréal a mis en évidence que la co-infection par le VIH et par le virus de l'hépatite C contribuaient à l'accélération de la morbidité de chacune des deux infections (Lesens et coll 1998).
- Il est extrêmement important de dépister les personnes à risque, d'établir le statut clinique des personnes infectées par rapport à la maladie hépatique, d'offrir une thérapie antivirale le cas échéant mais aussi de donner les informations qui permettront aux personnes infectées de prévenir des dommages ultérieurs à leur foie et de prévenir la transmission du virus de l'hépatite C à d'autres (CDC 1998).

## **Services intégrés à l'intervention de dépistage du VIH (suite)**

### **Immunsation contre l'hépatite B**

- Le niveau de prévalence des marqueurs de l'hépatite B est élevé parmi les populations vulnérables. Parmi les UDI aux États-Unis, on a rapporté des niveaux de prévalence allant de 51 à 88% (Levine et coll. 1995). À Montréal, le taux de prévalence de marqueurs de l'hépatite B est de 16,2% parmi les jeunes de la rue qui s'injectent des drogues (Roy et coll. 1997) et de 43% parmi les hommes homosexuels ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (Remis et coll. 1997).
- Il existe un programme de vaccination gratuite contre le virus de l'hépatite B pour certaines clientèles: les utilisateurs de drogues par injection; les partenaires sexuels d'UDI; les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes; les personnes ayant contracté une MTS et leurs partenaires sexuels. Une immunsation de base complète contre le virus de l'hépatite B comprend 3 doses. Entre le 31 mars 1995 et le 1er avril 1998, 1 831 doses de vaccin contre l'hépatite B auraient été administrés à des UDI dans la région de Montréal (Bédard 1998)

### **Immunsation contre l'hépatite A**

- Des épidémies d'hépatite A ont été rapportées fréquemment chez les utilisateurs de drogues (UD) aux États-Unis et au Canada. On rapporte une flambée à Montréal en 1990 et à l'automne 1996. La gravité de l'hépatite A (notamment l'évolution vers une hépatite fulminante) peut être plus élevée chez les UD à cause de la possibilité d'infection concomitante avec d'autres hépatites (B, C et D) et le mauvais état général. Il est souvent difficile de vacciner cette population, en particulier pour les doses de rappel. La vaccination des UD est prioritaire et devrait être facilitée par l'introduction récente des vaccins combinés au vaccin contre l'hépatite B (Duval et coll. 1997).
- En 1991 et 1995-1996, sont survenues deux épidémies d'hépatite A au sein de la communauté des hommes homosexuels-bisexuels de la région de Montréal.

### **Notification aux partenaires des personnes ayant contracté une MTS bactérienne (chlamydose, gonorrhée syphilis) ou une infection au VIH**

- La notification aux partenaires (NP) est le processus par lequel les partenaires (sexuels, de partage de matériel d'injection.) sont identifiés, localisés, évalués, traités et conseillés en matière de prévention. Une démarche de notification devrait être entreprise avec toute personne chez qui on a identifié une infection dans le cadre d'une intervention de dépistage.
- Par ailleurs, un service spécialisé de soutien à la NP est nécessaire pour compléter les actions des patients et de leurs médecins traitants. Ce service doit répondre à des demandes de services mais aussi offrir activement un soutien dans des situations jugées prioritaires (Lambert et coll 1998).

### **Intervention de counselling auprès des personnes récemment diagnostiquées VIH positif**

- La procédure de dépistage devrait inclure l'accessibilité à une intervention de counselling assurant un accompagnement dans diverses étapes de vie ou démarches associées au fait d'être infecté par le VIH. Le suivi psychosocial visant l'adaptation au diagnostic est de première importance. Cependant, les interventions favorisant l'adoption de comportements sécuritaires et supportant la fidélité au traitement devront être renforcées.

## **7. RECOMMANDATIONS**

**De l'offre d'un service spécialisé (la procédure de dépistage du VIH de manière anonyme) à la population générale,**

**Vers l'offre d'un continuum de services intégrés à certaines populations vulnérables.**

## **I Modalités du dépistage**

1. Élaborer et actualiser un plan d'offre de test VIH au sein de chacune des populations vulnérables identifiées, incluant des interventions de proximité en lien avec les organismes communautaires.
2. Maintenir la procédure de test de dépistage du VIH de manière anonyme comme choix offert à la population générale de Montréal-Centre et aux populations vulnérables.
3. Élargir la gamme des services offerts dans le cadre d'un dépistage du VIH, notamment
  - le dépistage d'autres MTS et de l'hépatite C;
  - la notification aux partenaires de personnes ayant contracté l'infection au VIH ou une autre MTS;
  - l'éducation sanitaire personnalisée visant l'adoption de comportements sécuritaires; incluant la possibilité d'un recours à une intervention structurée de counseling auprès de personnes récemment diagnostiquées VIH positif.
  - la vaccination contre les hépatites A et B.

## **II Modalités d'organisation des services**

4. Centraliser dans un seul CLSC (un des deux ayant actuellement une équipe spécialisée) le mandat d'offrir certains services à portée régionale, à la population générale, notamment
  - l'accessibilité à une procédure anonyme de dépistage
  - le service de soutien à la notification aux partenaires (MTS et VIH) pour les références régionales
  - la formation (en collaboration avec la Régie)
  - le service de soutien en nutrition
5. Favoriser le développement d'un réseau fonctionnel (liens et échanges, formation, développement d'outils, évaluation...) de CLSC ayant un mandat particulier de prévention du sida et d'interventions auprès des populations vulnérables (incluant l'offre d'une procédure adaptée de dépistage du VIH et d'une gamme élargie de services disponibles dans le cadre d'un dépistage du VIH).
6. Assurer que les efforts de ce réseau de centres d'intervention Sida/MTS s'articulent avec les autres partenaires de la communauté dans un plan d'organisation de services à l'intention des personnes qui s'injectent des drogues, couvrant notamment::

- la prévention de la toxicomanie;
- la distribution de matériel stérile d'injection;
- les services cliniques et préventifs de base, dont:
  - soins courants
  - urgence psychosociale
  - aide à la survie
  - immunisation contre les hépatites
- l'accessibilité à la méthadone (sevrage, maintien et bas seuil);
- l'accompagnement/support au suivi clinique des personnes infectées par le VIH;
  - des thérapies supervisées ou directement observées;
  - un accès aux traitements facilités pour le VIH mais également pour d'autres infections telles que la TB et les hépatites.
- la réadaptation.

### **III Modalités de soutien**

7. Assurer l'accessibilité aux tests (tests urinaires, test de détection rapide), aux médicaments MTS et aux vaccins requis pour la mise en œuvre des services.
8. Élaborer et actualiser un plan de formation continue des intervenants.
9. Élaborer et appliquer un plan d'évaluation des services.

## 8. PROPOSITION DE MISE EN OEUVRE

Le plan de mise en œuvre présenté ici vise à définir l'organisation de services des CLSC ayant un rôle spécifique vis-à-vis de la prévention du VIH parmi les clientèles vulnérables. Il doit être vu en complémentarité avec l'action de l'ensemble des autres services au sein des 29 CLSC ainsi que de celle des partenaires du milieu qui eux aussi jouent un rôle d'importance au niveau du sida.

Cette organisation des services pourra s'ajuster et évoluer de façon dynamique à la lueur des nouvelles informations qui viendront s'ajouter à notre lecture de la réalité. Nous devons donc poursuivre la réflexion et tenir compte de certains autres territoires non couverts par la présente organisation mais qui pourraient révéler la présence d'une masse importante de clientèles vulnérables.

### 8.1 HYPOTHÈSE D'ORGANISATION DES SERVICES

Tenant compte des recommandations et des modalités retenues, nous proposons un nouveau plan d'organisation des services rendus par les CLSC basé sur la concentration des clientèles vulnérables à desservir.

Jusqu'à maintenant, deux CLSC (des Faubourgs et Métro) avaient ensemble à peu près l'équivalent de 5 ressources ETC pour réaliser chacun un mandat régional en matière de dépistage anonyme. Le besoin notamment moins grand pour un tel service nous amène à situer dans un seul CLSC le mandat régional de dépistage anonyme pour la population générale et à réduire les ressources totales qui lui seront affectées afin de les concentrer davantage vers une intervention adaptée aux clientèles vulnérables. En ce sens, la nouvelle organisation de services prévoit l'implication de :

⇒ **un seul CLSC** ayant un mandat régional pour la population générale devant assurer les services suivants :

- Ligne d'information/orientation téléphonique
- Services intégrés de prévention pour la population générale régionale ne faisant pas partie des clientèles vulnérables desservies par les autres CLSC incluant : counselling pré et post test, dépistage VIH (procédure anonyme), autres MTS et Hép. C, vaccination contre les hépatites A et B, notification aux partenaires, services psychosociaux.
- Activités de formation/éducation de groupe VIH/MTS
- Services de nutrition <sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Compte tenu que les services de nutrition sont principalement offerts aux populations vulnérables plutôt qu'à la population générale, le mandat régional pour ce service devra être donné à un CLSC en fonction de la présence importante de clientèles vulnérables sur son territoire.

⇒ **9 CLSC** pour des mandats spécifiques liés à des clientèles vulnérables. Dans l'organisation des services, chacun des CLSC ciblés aura comme mandat d'assurer les services suivants auprès des clientèles vulnérables de son territoire. L'intensité des services pourrait varier en fonction de l'état de situation des services et ressources du territoire.

- Services de proximité en lien avec les organismes communautaires incluant :
  - des services intégrés de prévention (counselling pré et post test, dépistage VIH, autres MTS et Hép. C, vaccination contre les hépatites A et B, notification aux partenaires). L'accessibilité à une procédure anonyme pourra varier selon le niveau de pertinence de cette procédure pour la clientèle visée;
  - des services psychosociaux auprès des personnes récemment infectées.

Au niveau des services spécifiques, les CLSC impliqués sont les suivants :

- les 7 CLSC déjà ciblés pour la présence d'une concentration importante de **jeunes marginaux et de personnes utilisatrices de drogues injectables** sur leur territoire, incluant les deux CLSC déjà impliqués au niveau des équipes spécialisées:
  - Des Faubourgs
  - Hochelaga-Maisonneuve
  - Métro
  - Petite Patrie
  - Plateau Mont-Royal
  - Rosemont
  - Villeray
- le CLSC impliqué auprès d'**hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes**
  - Des Faubourgs
- le CLSC impliqué auprès de la **clientèle carcérale**:
  - Ahuntsic
- le CLSC impliqué auprès de la **population haïtienne**:
  - St-Michel
- le CLSC impliqué auprès des **femmes en situation de haut risque**
  - Métro

Au niveau du choix du site régional, l'analyse des impacts sur les deux CLSC et sur l'organisation régionale des services nous amène à **porter notre choix vers le CLSC Métro**. Les principaux arguments à la base de cette décision sont les suivants :

- ⇒ localisation stratégique au centre ville qui peut faciliter l'anonymat pour la population générale
- ⇒ perception plus grande, notamment de la part de la clientèle anglophone, quant à l'accès à des services dans les deux langues
- ⇒ maintien d'une masse critique pour le dépistage au CLSC Métro
- ⇒ possibilité de replacer toutes les ressources humaines sans changement de CLSC.

Par contre, l'analyse a aussi mis l'accent sur la présence importante de clientèles vulnérables sur le territoire du CLSC des Faubourgs ainsi que sur son implication auprès de clientèles en provenance d'autres territoires de CLSC, notamment la clientèle des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes qui est référée par les cliniques médicales privées du territoire. Cela nous amène à reconnaître de façon spécifique la contribution de ce CLSC et, en ce sens, à lui laisser **la presque totalité de ses ressources actuelles pour lui permettre d'augmenter sa capacité d'intervention auprès des clientèles vulnérables pour lesquelles il est mandaté**.

Dans le même ordre d'idée, **nous maintenons le mandat régional lié aux services de nutrition** au CLSC des Faubourgs. Quant à la notification aux partenaires (volet régional), une évaluation devra être faite quant à la pertinence de la confier aussi à ce CLSC.

Les tableaux des pages suivantes nous précisent l'affectation des ressources pour chacun des mandats.

## 8.2 AFFECTATION DES RESSOURCES

### 8.2.1 Mandat régional population générale (CLSC Métro; CLSC des Faubourgs pour le volet nutrition)

Activité	IMPACT SUR LES SERVICES ACTUELS (ETC)			
	Arrêt	Rationalisation <sup>6</sup>	Maintien	Développement requis
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ligne d'information téléphonique</li> <li>• Services intégrés de prévention :               <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Counselling pré et post test</li> <li>→ Dépistage VIH, autres MTS, Hép. C (procédure anonyme)</li> <li>→ Vaccination hépatites A et B</li> <li>→ Notification aux partenaires (MTS et VIH)</li> <li>→ Services psychosociaux</li> </ul> </li> <li>• Activités de formation/éducation</li> </ul>		3,0	1,5	2,5
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services en nutrition</li> </ul>	0,2		0,8	

Compte tenu de la centralisation du programme à la population générale dans un seul CLSC, la majorité des activités fait l'objet d'une rationalisation. Au niveau du dépistage anonyme, la rationalisation des services prend appui sur le développement des services de proximité qui rejoindront mieux les clientèles les plus vulnérables. Par contre la notification aux partenaires (MTS/sida) pour les références régionales nécessite du développement (2,5 ETC).

Pour ce qui est des services psychosociaux, la nature des services offerts devra s'ajuster aux nouvelles réalités et conséquemment se concentrer vers les personnes récemment infectées et vers celles présentant de multiples problèmes. Les interventions favorisant l'adoption de comportements sécuritaires et supportant la fidélité au traitement devront être renforcées. De plus, l'approche thérapeutique de cheminement personnel devra diminuer et être prise en compte par les services réguliers des CLSC.

Quant aux services de nutrition, l'intervention de la diététiste est recentrée vers du suivi individuel et vers un rôle régional de support conseil aux intervenants des CLSC et aux organismes du milieu, plutôt qu'utilisée à des activités dont la portée est provinciale. Cette ressource sera, par contre, mobilisée au CLSC des Faubourgs compte tenu de son implication importante auprès des cliniques privées et de la concentration importante de clientèle nouvellement infectée sur ce territoire.

<sup>6</sup> La rationalisation des services du mandat régional a été faite à partir des ressources des équipes spécialisées à l'exception des services spécifiques aux femmes qui se retrouvent sous cette rubrique.

## 8.2.2 Programmes spécifiques aux clientèles vulnérables

### PERSONNES QUI S'INJECTENT DES DROGUES ET LEURS PARTENAIRES SEXUELS (UDI) JEUNES EN DIFFICULTÉ ET JEUNES DE LA RUE (JM) (CLSC désignés des 7 territoires ciblés)

Activité	IMPACT SUR LES SERVICES ACTUELS (ETC)			
	Arrêt	Rationalisation	Maintien	Développement requis
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services de proximité en lien avec les organismes communautaires, incluant les services intégrés de prévention :               <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Counselling pré et post test</li> <li>→ Dépistage VIH, autres MTS, Hép. C</li> <li>→ Vaccination hépatites A et B</li> <li>→ Notification aux partenaires</li> <li>→ Services psychosociaux</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Pour les territoires suivants :</b> des Faubourgs, Hochelaga-Maisonneuve, Métro, Petite Patrie, Plateau Mont-Royal, Rosemont, Villeray.</p>			0,5	4,0 <sup>7</sup>

Les services intégrés de prévention nécessitent un ajustement quant à l'offre de services. D'une part, afin de mieux rejoindre la clientèle, les services de proximité en lien avec les organismes communautaires devront être assurés. D'autre part, les CLSC devront enrichir les démarches liées au dépistage et y inclure le dépistage d'autres MTS et de l'hépatite C, la vaccination contre les hépatites A et B ainsi que la notification aux partenaires, et ce pour l'ensemble des clientèles vulnérables. Cet élargissement nécessitera probablement un ajout de ressources pour les CLSC n'ayant pas de service de dépistage anonyme et commandera certainement un arrimage avec les autres services du CLSC. **Pour ce qui est de la procédure anonyme, elle ne devra être rendue disponible que lorsque pertinente aux besoins de la clientèle. Sinon, la procédure confidentielle devrait être privilégiée.**

Quant aux services psychosociaux, ils devront s'orienter tel que décrit précédemment (cf. mandat population générale).

<sup>7</sup> La répartition de ces ressources devra être précisée et validée après discussion avec les partenaires. De plus, elle devra tenir compte de l'état de situation des besoins et opportunités de chacun des territoires et venir s'appuyer sur des projets précis d'organisation de services.

**HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC D'AUTRES HOMMES (CLSC des Faubourgs)**

Activité	IMPACT SUR LES SERVICES ACTUELS (ETC)			
	Arrêt	Rationalisation	Maintien	Développement requis
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services de proximité en collaboration avec les organismes communautaires</li> <li>Incluant les services intégrés de prévention :</li> <li>→ Counselling pré et post test</li> <li>→ Dépistage VIH, autres MTS, Hép. C</li> <li>→ Vaccination hépatites A et B</li> <li>→ Notification aux partenaires</li> <li>→ Services psychosociaux</li> </ul>			3,0	

Les services intégrés de prévention devront s'orienter tel qu'il a été mentionné précédemment (cf. UDI/JM). Quant aux services de proximité, leur pertinence et leur organisation devront être planifiée en collaboration avec les organismes communautaires.

Au niveau des services psychosociaux, le lien avec les cliniques privées devra être maintenu<sup>8</sup>. Cependant, la nature des services offerts devra s'orienter tel qu'il a été précisé précédemment (cf. mandat population générale).

**Bien qu'une responsabilité spécifique soit attendue d'un CLSC à l'égard de la clientèle homosexuelle, il demeure clair que les autres CLSC doivent desservir celle qui se retrouve sur leur territoire respectif.**

<sup>8</sup> Étant donné le lien déjà établi avec la clinique privée de son territoire, le CLSC Métro devra assurer une continuité de services à la population homosexuelle référée par cette clinique, et ce à même la ressource maintenue pour la clientèle des JM/UDI (0,5 ETC).

**MEMBRES DES COMMUNAUTÉS ORIGINAIRES DE PAYS ENDÉMIQUES (CLSC St-Michel)**

Activité	IMPACT SUR LES SERVICES ACTUELS (ETC)			
	Arrêt	Rationalisation	Maintien	Développement requis
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services de proximité en collaboration avec les organismes communautaires</li> <li style="padding-left: 20px;">Incluant les services intégrés de prévention :</li> <li style="padding-left: 40px;">→ Counselling pré et post test</li> <li style="padding-left: 40px;">→ Dépistage VIH, autres MTS, Hép. C</li> <li style="padding-left: 40px;">→ Vaccination hépatites A et B</li> <li style="padding-left: 40px;">→ Notification aux partenaires</li> <li style="padding-left: 40px;">→ Services psychosociaux</li> </ul>			1,0	0,5 <sup>9</sup>

Les services intégrés de prévention pour les membres des communautés originaires de pays endémiques devront être développés conformément à ce qui a été explicité précédemment (cf. UDI/JM). Certaines démarches de clarification quant à la notification aux partenaires dans un contexte de non volontariat seront préalables à l'implantation d'un tel service. De plus, la pertinence d'une offre de services de proximité devra être discutée pour cette population.

Les services psychosociaux actuellement offerts devront être maintenus ainsi que les liens avec l'ensemble des ressources impliquées au niveau de cette clientèle. Ces services devront continuer d'être offerts aux territoires de l'ancien DSC Sacré-Cœur, tel qu'il avait été entendu lors du développement initial de cette ressource.

Cependant concernant les services intégrés de prévention, une évaluation devra se faire avec l'équipe quant au développement nécessaire et quant au territoire à desservir.

<sup>9</sup> L'estimation du temps ressource affecté au dépistage devra être validée après discussion avec les personnes engagées auprès de la population haïtienne.

**FEMMES EN SITUATION DE HAUT RISQUE** (CLSC Métro)

Activité	IMPACT SUR LES SERVICES ACTUELS (ETC)			
	Arrêt	Rationalisation	Maintien	Développement requis
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services de proximité en collaboration avec les organismes communautaires</li> <li>Incluant les services intégrés de prévention :               <ul style="list-style-type: none"> <li>→ counselling pré et post test</li> <li>→ Dépistage VIH, autres MTS, Hép. C</li> <li>→ Vaccination hépatites A et B</li> <li>→ Notification aux partenaires</li> <li>→ Services psychosociaux</li> </ul> </li> </ul>		0,2	0,4	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Activités de formation, éducation</li> </ul>		0,1	0,1	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Animation de collectifs; activités à portée provinciale</li> </ul>	0,2			

Les services aux femmes en situation de haut risque feront l'objet d'une rationalisation importante. D'une part l'implication de l'intervenante à l'animation de regroupements d'organismes dédiés aux femmes ou encore à des tables provinciales devra être réduite à son minimum, sinon éliminée. D'autre part, les services aux femmes faisant partie des clientèles vulnérables devront être pris en compte au sein même de l'organisation de services de ces clientèles. Dans ce contexte, le temps ressource alloué au dossier spécifique des femmes devra être revu.

De la même façon que pour les autres clientèles, les services psychosociaux aux femmes devront s'orienter tel qu'il a été énoncé précédemment (cf. mandat population générale).

**POPULATION CARCÉRALE (CLSC Ahuntsic)**

Activité	IMPACT SUR LES SERVICES ACTUELS (ETC)			
	Arrêt	Rationalisation	Maintien	Développement requis
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services intégrés de prévention :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Counselling pré et post test</li> <li>→ Dépistage VIH, autres MTS, Hép. C</li> <li>→ Vaccination hépatites A et B</li> <li>→ Notification aux partenaires</li> <li>→ Services psychosociaux</li> </ul> </li> <li>★ Tanguay</li> <li>★ Établissement de détention de Mtl</li> <li>★ Rivière-des-Prairies</li> </ul>			1,0	2,0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services de reaching out et de liaison</li> </ul>				1,0 <sup>10</sup>

Compte tenu de la présence importante de clientèles vulnérables en milieu carcéral, les services doivent être maintenus et même développés. En ce sens, un ajout de ressource sera nécessaire d'une part pour assurer la continuité des services aux centres de détention déjà couverts (Tanguay et EDM) et d'autre part pour desservir le centre de détention Rivière-des-Prairies. De plus, afin d'augmenter la participation des détenus en plus d'assurer le suivi avec les organismes communautaires lors de la sortie du milieu de détention, une ressource supplémentaire devra être affectée à du travail de reaching out et de liaison.

<sup>10</sup> L'estimation du temps ressource affecté à la liaison avec le communautaire devra être validée après discussion avec les personnes engagées auprès de la population carcérale.

### 8.2.3 Autres programmes

Programme	IMPACT SUR LES SERVICES ACTUELS (ETC)			
	Arrêt	Rationalisation	Maintien	Développement requis
<ul style="list-style-type: none"> <li>Adaptation des services de CLSC pour les utilisateurs de drogues injectables et les jeunes marginaux</li> </ul>			200,000 \$	À définir
<ul style="list-style-type: none"> <li>Centre de référence pour l'exposition aux liquides biologiques</li> </ul>				À définir

Le projet d'adaptation des services de CLSC doit être maintenu afin de permettre à une deuxième cohorte de CLSC de faire une démarche en ce sens. À moyen terme, l'organisation de services devra possiblement prévoir du développement en fonction de la présence de clientèles vulnérables sur ces nouveaux territoires.

Quant au programme d'exposition aux liquides biologiques, un projet pilote en cours permettra d'une part de faire des recommandations quant à l'organisation de ce service, et d'autre part d'estimer les coûts de la mise en place permanente d'un tel centre.

## 8.2.4 Synthèse

Programme ou clientèle	IMPACT GLOBAL SUR LES SERVICES ACTUELS (ETC)					
	Arrêt	Rationalisation	Maintien <sup>11</sup>	Développement requis		
				Estimé	Réaffectation	Requis
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mandat population générale               <ul style="list-style-type: none"> <li>→ services diététiques</li> <li>→ autres services</li> </ul> </li> </ul>	0,2	3,0	0,8 1,5	2,5		
• UDI et jeunes marginaux			0,5	4,0		
• Hommes homosexuels			3,0			
• Originaires pays endémiques			1,0	0,5		
• Femmes en situation de haut risque	0,2	0,3	0,5			
• Population carcérale			1,0	3,0		
<b>TOTAL</b>	<b>0,4</b>	<b>3,3</b>	<b>8,3</b>	<b>10,0</b>	<b>3,7 <sup>12</sup></b>	<b>6,3</b>
<b>RESSOURCES MAINTENUES OU RÉAFFECTÉES AU PROGRAMME</b>						<b>12,0</b>
<b>RESSOURCES TOTALES NÉCESSAIRES</b>						<b>18,3</b>

<sup>11</sup> La colonne "maintien" suppose l'utilisation du personnel actuel mais peut entraîner une réorientation quant au type de tâches

<sup>12</sup> La réaffectation des 3,7 ressources prévoit l'utilisation de l'ensemble des ressources actuelles des équipes spécialisées. Cela présuppose la capacité d'un pairage parfait.

Le tableau de la page précédente nous présente l'impact global de la nouvelle organisation des services sur l'affectation des ressources. Il ressort l'arrêt ou la rationalisation de 3,7 ressources, pour lesquelles nous présumons une réaffectation. La nouvelle organisation des services de prévention du VIH (excluant les services en itinérance) nécessite donc un développement de 6,3 ressources (ETC). À raison d'un coût estimé de 60 000 \$ par poste, l'actualisation de la proposition nécessitera un budget additionnel de **378 000 \$**, ce qui ramènerait les coûts globaux du programme à **1 199 434 \$**.

Tous issus des subventions du Centre québécois de coordination sur le sida (CQCS), les budgets actuellement utilisés pour le financement de ce programme sont identifiés sous le vocable: " dépistage anonyme ", " services sociaux et nutrition " et " services psychosociaux ". Quant aux besoins de développement, ils pourront être répondus à même l'enveloppe globale des services en sida ou encore être obtenus grâce à la contribution des budgets en toxicomanie. Ce choix devra se faire en concertation avec l'ensemble des directions concernées.

### **8.2.5 Complément d'informations relativement au développement**

Au niveau du développement estimé nécessaire pour l'entière actualisation de la proposition de mise en œuvre, certaines priorités sont déjà établies :

#### **PRIORITÉ 1 :**

- ⇒ services de l'infirmière en milieu carcéral (continuité de services déjà en place et extension des services au centre de détention de Rivières-des-Prairies) (2 ETC)

#### **PRIORITÉ 2 :**

- ⇒ services de liaison entre le milieu carcéral et les organismes du milieu (1 ETC).
- ⇒ services de proximité pour les JM/UDI (4 ETC)

#### **PRIORITÉ 3 :**

- ⇒ services de dépistage à la population haïtienne (0,5 ETC)
- ⇒ service régional de notification aux partenaires (VIH-MTS) (2,5 ETC)

Ces services de priorité 3 nécessitent diverses démarches afin de préciser les besoins ainsi que la nature du financement.

Mis à part la libération budgétaire provenant de la rationalisation de certains services, un seul autre programme actuellement nous permettrait peut-être de combler les besoins de développement : le programme de services à domicile - sida qui actuellement, et ce depuis une troisième année consécutive, annonce un surplus.

Les tableaux des deux pages suivantes essaient de faire état de la réaffectation des ressources humaines et budgétaires actuellement disponibles. **Ce réaménagement permet de rencontrer les priorités 1 et 2. Cependant, d'autres développements seront nécessaires afin d'actualiser la priorité 3.** Il demeure aussi important de souligner que nous n'avons pas l'ensemble des données nécessaires pour bien évaluer les dépenses indirectes. Des discussions ultérieures seront nécessaires afin de valider les déplacements de ressources.

### 8.2.6 Complément d'information relativement à la réaffectation des ressources

Le maintien et la réaffectation théorique des ressources ont été faits sur la base d'un appariement complet des ressources. Cependant, nous devons être conscients que ce parfait arrimage peut poser certains problèmes dans son application concrète. Ainsi les difficultés possibles peuvent être:

- 1) quant à l'**intérêt** des personnes **de modifier leur tâche ou leur pratique**
- 2) quant à leur **intérêt de changer de lieu de travail**
- 3) quant à leur **formation de base** et à leur **expérience professionnelle** qui viennent déterminer ou orienter significativement leur capacité d'adapter leur pratique clinique
- 4) quant à la **nécessité de formation ou d'adaptation de la pratique** (ex.: cheminement personnel vs intervention favorisant l'adoption de comportements sécuritaires et supportant la fidélité au traitement).

L'ensemble de ces contraintes devra être pris en compte afin de faciliter la mise en place de la nouvelle organisation de services. De plus, une consultation avec la direction des ressources humaines devrait nous orienter quant à la faisabilité des changements envisagés.

### 8.2.5 Tableau synthèse de l'affectation des ressources humaines (maintien et développement priorité 1 et 2)

Programme ou clientèle	Méto	Faub.	Ahunt.	St-Mi.	Hoch.	Plat.	Patrie	Ros.	Viller.	COMMENTAIRES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mandat population générale                             <ul style="list-style-type: none"> <li>→ services de nutrition</li> <li>→ autres services</li> </ul> </li> </ul>	1,5	0,8								<p>Le CLSC Méto oriente sa diététiste (0,2 ETC) vers un autre programme du CLSC. Le CLSC des Faubourgs maintient sa ressource en nutrition.</p> <p>Pour le dépistage, le CLSC Méto maintient deux personnes en poste (1,5 ETC).<sup>13</sup> L'infirmière de Méto non titulaire de poste n'est pas maintenue et la personne en congé de maternité et sans solde pourra être orientée vers la population JM/UDI (0,5 ETC) ou vers un autre programme du CLSC à son retour en avril 2000.</p> <p>Au total, l'équivalent budgétaire de 1,7 ressources devrait être disponible (environ 85 000 \$). Si nous considérons les dépenses non directes, le CLSC Méto présente actuellement des frais d'environ 25 000 \$. Ce montant n'inclut pas sa demande de considérer des budgets de remplacement compte tenu de l'importance d'assurer une présence continue au service. Des ajustements devront sans doute être apportés suite aux discussions. Pour le moment nous estimons un solde minimal à libérer de 60 000 \$.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hommes homosexuels</li> </ul>		3,0								<p>Le CLSC des Faubourgs maintient trois de ses ressources psychosociales. La quatrième, actuellement en sans solde, pourrait être orientée vers un autre programme à son retour. La libération budgétaire ainsi créée pourrait être affectée à la clientèle JM/UDI (montant estimé de 60 000 \$). Le CLSC Méto devra maintenir le lien avec la clinique privée de son territoire, et ce à même sa ressource JM/UDI (0,5 ETC).</p>

<sup>13</sup> Dans l'éventualité où Des Faubourgs préférerait transférer son infirmière, Méto est prêt à la recevoir et à utiliser sa ressource psychosociale sur le projet fédéral qu'il a obtenu.

Programme ou clientèle	Métro	Faub.	Ahunt.	St-Mi.	Hoch.	Plat.	Patrie	Ros.	Viller.	COMMENTAIRES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• UDI et jeunes marginaux</li> </ul>	0,5	1,5			0,5	1,0		1,0		<p>À des Faubourgs, l'infirmière pourrait être orientée vers la clientèle JM/UDI. Un poste pourrait être développé par le biais des ressources financières disponibles suite à la réorientation du poste psychosocial (60 000 \$). 0,5 serait affecté à des Faubourgs qui pourrait le jumeler avec le 0,5 ressource de Hochelaga-Maisonneuve.</p> <p>À Métro, une ressource est maintenue (0,5 ETC) et orientée vers cette clientèle.</p> <p>Le Plateau Mont-Royal doit recevoir une subvention de la direction de la santé publique de 30 000 \$ pour développer son projet « Partage et solidarité », à laquelle nous pensons ajouter une réallocation de 30 000 \$ en provenance du programme MAD.</p> <p>Les 3 autres CLSC pourraient se partager, pour l'équivalent de 1,0 ETC, un budget de 60 000 \$ pour développer des services de proximité en lien avec les organismes communautaires (transfert budget Métro).</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Originaires pays endémiques</li> </ul>				1,0						Le CLSC St-Michel maintient sa ressource psycho-sociale.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Femmes en situation de haut risque</li> </ul>	0,5									Le CLSC Métro, en maintenant deux personnes pour son mandat régional à la population générale, absorbe le volet des services spécifiques aux femmes.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Population carcérale</li> </ul>			4,0							Le CLSC Ahuntsic maintient sa ressource psychosociale actuelle. Grâce à une subvention de la direction de la santé publique, il développe un poste pour le reaching out à l'interne (38 000 \$). Les deux ressources infirmières pourraient possiblement être financées par une réallocation du programme MAD (120 000 \$).
<b>TOTAL</b>	<b>2,5</b>	<b>5,3</b>	<b>4,0</b>	<b>1,0</b>	<b>0,5</b>	<b>1,0</b>		<b>1,0</b>		

## 8.2.6 Tableau synthèse de l'affectation des budgets

Budget concerné	Métro	Des Faubourgs	Ahuntsic	St-Michel	Hochelaga-Maisonneuve	Plateau Mont-Royal	Petite Patrie	Rosemont	Villeray
Budgets actuels	263 216 \$	439 544 \$	55 000 \$	63 674 \$					
Rationalisation Métro (affectée à population JM/UDI)	- 60 000 \$						60 000 \$		
Transfert 0,5 poste (psychosocial) de Des Faubourgs (JM/UDI)		- 30 000 \$ <sup>14</sup>			30 000 \$				
Direction de la santé publique (carcéral et JM/UDI)			38 000 \$			30 000 \$			
Programme MAD (carcéral et JM/UDI)			120 000 \$			30 000 \$			
<b>TOTAL</b>	<b>203 216 \$</b>	<b>409 544 \$</b>	<b>213 000 \$</b>	<b>63 674 \$</b>	<b>30 000 \$</b>	<b>60 000 \$</b>	<b>60 000 \$</b>		

<sup>14</sup> Dans le cas où la ressource humaine n'a pu être réorientée vers un autre programme, il serait préférable qu'elle reste en place et que le CLSC des Faubourgs assure des services à Hochelaga Maisonneuve pour l'équivalent de 0,5 ETC. Dans le cas où des ressources financières sont libérées, le transfert du budget pourrait se faire vers le CLSC Hochelaga Maisonneuve.



## 9. ÉVALUATION DES SERVICES

Considérant l'importance de l'évaluation du programme pour le CQCS, les régies régionales, la Direction de la santé publique et les établissements gérant les centres de dépistage.

Considérant la diversité des objectifs poursuivis par les centres de dépistage et des activités menées par ces centres et donc des indicateurs nécessaires pour tracer un portrait fidèle et complet de la réalité de ces centres.

Il est important de

- Redéfinir le cadre et les objectifs de l'évaluation dont le monitoring (et concurrentement: les objets d'évaluation, la nature des variables recueillies, les outils de collecte, le plan d'analyse des données et la diffusion des résultats) en harmonisation avec l'évaluation provinciale.

### **Objets d'évaluation**

Profil de clientèle

Niveau de couverture

Performance du programme en termes

- d'organisation (ressources humaines, matérielles et financières)
- d'accessibilité
- de complémentarité (références à d'autres ressources)
- de continuité
- de qualité

Efficacité du counselling en regard de la promotion de comportements sécuritaires

.....

- Établir les conditions nécessaires à l'application du plan d'évaluation
  - Établir les mandats et les responsabilités de chacun des partenaires concernés par l'évaluation du programme.

## BIBLIOGRAPHIE

**Adrien A, Leane V, Boivin J-F, Remis R, Duperval R, Noël G et coll.** Les Montréalais d'origine haïtienne et l'infection au VIH: prévalence de l'infection au VIH situations et comportements associés. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre; mai 1998.

**Adrien A, Turcotte N, Charland C, D'Astous M et Allard R.** Rapport d'étape du projet pilote d'un service de soutien à l'identification, au counselling et à l'éducation des partenaires d'une personne infectée par le VIH (SER-VIH). Direction de la santé publique de Montréal-Centre; avril 1998.

**Alary M, Hankins C, Parent R, Noël L, Blanchette C., Claessens C, Tran T et coll.** SurUDI: Trois années de surveillance du virus de l'immunodéficience humaine chez les utilisateurs de drogues par injection. Centre de santé publique de Québec et Direction de la santé publique de Montréal-centre. Juin 1998.

**Beauchemin J, Labadie J-F, Daus T, Paré P.** Évaluation de l'utilité et de l'accessibilité des services de counseling et de dépistage du VIH en milieu carcéral. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre. Services offerts par le CLSC Ahuntsic à la Maison Tanguay et à l'Établissement de détention de Montréal. Rapport final août 1997.

**Bédard L, Zerdelian S.** Vaccination gratuite contre l'hépatite B: groupes à risque rejoints. Avril 1995 à mars 1996, avril 1996 à mars 1997, avril 1997 à mars 1998. Bureau de surveillance épidémiologique. Direction de la santé publique. 1996, 1997, et document de travail 1998.

**Bouchard M.** Bilan des activités, mise à jour 1997, programme spécial toxicomanie-VIH / sida. Département de médecine préventive CHUM, Campus Saint-Luc; 1998.

**Brassard P, Smeja C, Valverde C.** Needs assessment for an urban native HIV and AIDS prevention program. *Aids Education and Prevention* 8 (4) 343-351. 1996.

**Centers for Disease Control.** Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV-related chronic disease. *MMWR* vol: 47, no RR-19. 16 octobre 1998.

**Centers for Disease Control, Advisory committee for HIV and STD prevention.** HIV prevention through early detection and treatment of other sexually transmitted diseases - United states. *MMWR* 31 juillet 1998, vol. 47; no. RR-12.

**Centre québécois de coordination sur le sida.** Rapport de la consultation réalisée pour le bilan de la phase 3 et l'élaboration de la phase 4 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida. Direction de la recherche et de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux. Novembre 1996.

**Comité de gestion de programmes du Module de prévention et de contrôle MTS/sida de l'Unité Maladies infectieuses.** Programme de prévention du VIH et des autres MTS pour la région de Montréal-Centre, Cadre de référence pour le financement 1998-1999 Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Juin 1998.

**CLSC Métro.** Projection sur la restructuration du centre d'intervention sida – document de travail. Avril 1998.

**Comité de suivi du programme conjoint Ville de Montréal-MSSS.** Réflexion sur la situation des jeunes sans abri. Janvier 1993.

**Davis Rees W., Deren Sherry, Beardsley Mark, Wenston John and Tortu Stephanie.** Gender differences and other factors associated with HIV testing in a national sample of active drug injectors. *Aids Education and Prevention*, 9(4), 342-358, 1997.

**Desalliers A.** Services courants soir/nuit, Rapport d'activités. Cactus, CLSC des Faubourgs octobre 1997.

**Direction générale de la santé publique.** Stratégie québécoise de lutte contre le sida - Phase 4. Orientations 1997 - 2002. Ministère de la Santé et Services sociaux 1997

**Direction générale des services correctionnels du Québec.** Statistiques correctionnelles du Québec, 1994-1995, 1995-1996. Ministère de la sécurité publique. 1998.

**Duval B, Boucher F, Dion R, Dupont M, Robinson E, Tremblay M, Venne S, Willems B.** Contrôle de l'hépatite A par l'immunisation au Québec. Comité sur l'immunisation du Québec. Décembre 1997.

**Groupe de travail du CQCS.** Services de dépistage anonyme du VIH: Mise à jour des données recueillies pour l'année financière 1995-1996 pour les différentes régions. CQCS. 1997.

**Hankins C, Tran T, Hum L, Laberge C, Lapointe N, Lepine D, Montpetit M, O'Shaughnessy M.** Socioeconomic geographical links to human immunodeficiency virus seroprevalence among childbearing women in Montreal, 1989 - 1993. *International journal of epidemiology*, vol. 27, 1998.

**Hamblin J, Sommerville M.** Surveillance and reporting of HIV infection and AIDS in Canada: ethics and law. *University of Toronto Law Journal*, 1991, 41.

**Hammer SM, Yeni P.** Antiretroviral therapy: where are we ?. *AIDS* 1998. 12 (suppl. A): S181-S188.

**Jean-Gilles J.** Projet de partenariat dans le cadre du programme de dépistage universel et volontaire du VIH auprès des femmes enceintes ou qui souhaitent le devenir. Groupe d'action pour la prévention de la transmission du VIH et l'éradication du Sida (GAP-VIES). Juin 1998

**Jürgens Ralf et Palles Michael.** Test de sérodiagnostic du VIH et confidentialité: un document de travail. Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida. 1997.

**Kahn JO, Walker BD.** Acute human immunodeficiency virus type I infection. *N Engl J Med*, vol 339 No 1. juillet 1998.

**Koopman J S, Jacquez Ja, Welch GW et coll.** The role of early HIV infection in the spread of HIV through population. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology*, vol 14. no. 3. 1997.

**Lambert G, Matteau S, Ndejuru R, Turcotte N, Remis R, Desrochers D.** Projet NoPa-Évaluation d'un service de soutien à la notification aux partenaires de personnes atteintes d'une maladie transmissible sexuellement autre que l'infection au VIH. Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 1998.

**Lebeau Johanne, Tétreault Hugues.** Programme de dépistage anonyme du VIH/sida, Rapport d'évaluation. Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux Mauricie-Bois-Francs 1998.

**Lesens O, Deschênes M, Steben M, Bélanger F, Tsoukas C.** Progressive Liver Disease related to hepatitis C virus in HIV positive hemophilic patients: an opportunistic infection ? Document soumis pour publication, décembre 1998.

**Levine OS, Vlahov D, Koehler J, Cohn S, Spronk AM, Nelson KE.** Seroepidemiology of hepatitis B virus in a population of injecting drug users. *American journal of epidemiology*. Vol 142, no. 3. 1995.

**National Center for HIV, STD and TB prevention;** National Center for Environmental Health; National Center for Infectious Diseases; Public Health Practice Program Office CDC. Update: HIV Counseling and Testing Using rapid tests, United States 1995. and Editorial Note. *MMWR* mars 27. 1998.

**Parent R, Alary M, Hankins C, Noël L, Blanchette C, Claessens C, et coll..** HIV among IDUs: Second surveillance year of the SurVIDU network. Centre de santé publique de Québec, Québec. Directions de la santé publique, Montréal-centre, Ste-Anne de Bellevue, Québec. Sixième Conférence Canadienne Annuelle de Recherche sur le VIH/sida. Abrégé. Hôtel Citadell. Ottawa. 22-25 mai 1997.

**Powderly WG, Landay A, Lederman MM.** Recovery of the immune system with antiretroviral therapy. *JAMA*. 1er juillet 1998. vol. 280, no 1.

**Prévost, Francine.** Programme de soutien psychosocial auprès des personnes vivant avec le VIH en milieu carcéral – Bilan des activités (Avril 1997 à mars 1998). CLSC Ahuntsic en collaboration avec l'Établissement de détention de Montréal (Pavillon Bordeaux – Pavillon Tanguay). Août 1998.

**Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.** Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002. - Défi de l'accès. Juin 1998.

**Remis R S, Gillett P, Leclerc P, Palmer R, Rud Erling W et Fauvel M.** Study of HIV seroprevalence among women undergoing abortion in Montreal. Unité Maladies infectieuses de l'hôpital général de Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux Montréal-centre. 1998.

**Remis R S, Leclerc P, Bruneau J, Beauchemeni J et coll.** Consortium to characterize injection drug users in Canada (Montreal, Toronto and Vancouver). Institution administering the grant: Department of Public Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Toronto. Final report March 1998.

**Remis R S, Alary M, Vincelette J, Dufour A Otis J et coll.** L'infection au virus de l'hépatite B parmi les hommes qui ont des relations affectives et sexuelles avec d'autres hommes participant à une étude de cohorte à Montréal. Groupe d'études Oméga Cohorte Oméga. Montréal. 1997.

**Remis R S, Turmel B et Leclerc P.** Portrait de l'épidémie VIH/Sida au Québec. Décembre 1997. Montréal, RRSSS Montréal-Centre, MSSS. 1997.

**Remis R S, Vandal A et Leclerc P.** La situation du sida et de l'infection du VIH au Québec en 1994. Montréal, Direction de la Santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. 1996

**Rosenberg E, Cotton D.** Primary HIV infection and the acute retroviral syndrome. Aids clinical care.. vol. 9, No 1. Mars 1997.

**Rotheram-Borus MJ, Gillis R, Reid HM, Fernandez I et Gwadz M.** HIV testing, behaviors and knowledge among adolescent at high risk. Journal of Adolescent Health, vol 20 No 30, mars 1997

**Roy, E, Haley N, Boivin JF, Frappier JY, Claessens C, Lemire N et coll.** Les jeunes de la rue de Montréal et l'infection au VIH. Groupe de recherche sur les jeunes de la rue et l'infection au VIH, Direction de santé publique RRSSS Montréal-Centre. Juillet 1996.

**Roy E, Haley N, Boivin JF, Vincelle J, et coll.** Étude de prévalence des marqueurs d'hépatites B et C chez les jeunes de la rue. Rapport aux organismes participants. Rapport soumis au Laboratoire de lutte contre les maladies, Direction de l'épidémiologie du sida. Août 1997.

**Roy, E, Haley N, Boivin JF, Frappier JY, Claessens C, Lemire N et coll.** Étude de cohorte sur l'infection au VIH chez les jeunes de la rue de Montréal. Rapport final de la 2<sup>ème</sup> année. Direction de santé publique RRSSS Montréal-Centre. Juillet 1998.

**Schrager LK, D'Souza P.** Cellular and anatomical reservoirs of HIV-1 in patients receiving potent antiretroviral combination therapy. JAMA 1er Juillet 1998; vol. 280. no 1.

**Spielberg F, Goldbaum G, Branson B et coll.** HIV counseling and testing preferences among injecting drug users. Department of family medicine, University of Washington. Robert Wood Johnson clinical scholars program. 1998.

**Statistiques Canada**, Therapeutics abortion 1995. Novembre 1997.

**Steben Marc, Hankins Catherine A, Bally Gerry, O'Shaughnessy Michael V, Peterkin Allan D, Walters David J.** Sérodiagnostic du VIH, Lignes directrices pour le counseling. Association médicale canadienne. 1995.

**Turmel Bruno, Allard Robert, Meunier Louise, Desrochers Denis et coll.** Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (sida), Province de Québec, cas cumulatifs 1979-1998, mise à jour, No 1998-1, Montréal, RRSSS Montréal-Centre, MSSS. 1998.

**Turmel Bruno, Allard Robert, Meunier Louise, Desrochers Denis et coll.** Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (sida), Montréal-Centr (Régie régionale 06), cas cumulatifs 1979-1998, mise à jour, No 1998-1, Montréal, RRSSS Montréal-Centre, MSSS. 1998.

**Turmel B., Lavoie R., Dufour A., Leclerc R., Alary M., Remis RS., Otis J., Masse B., Vincelette J., Parent R. et le groupe de recherche OMÉGA;** Cohorte Oméga. Montréal Québec Canada. Expériences antérieures de dépistage VIH et degré de satisfaction chez les participants à la cohorte OMÉGA. Présenté lors de la conférence de l'Association canadienne sur le VIH/sida à Ottawa, Avril 1997.

**Turmel B., Otis J., Noël R., Dufour A., Alary M., Lavoie R., Leclerc R., Remis RS., Vincelette J., Massé B., Parent R., and the OMÉGA Study Group;** OMÉGA Cohort, Montréal, Québec, Canada. Profiles of repeat testers (RT) for HIV among men having affective and sexual relations with men in the OMÉGA Cohort Study. ACRV, avril 1998.

**Van Beek I, Dwyer R, Dore GJ, et coll.** Infection with HIV and hepatitis C virus among injecting drug user in a prevention setting: retrospective cohort study. BMJ. vol 317 15 août 1998

## **ANNEXES**

**ANNEXE 1**  
**BILAN DE LA PHASE 3 - ORIENTATIONS DE LA PHASE 4**

**BILAN DE LA PHASE 3 :**

En 1996, le Centre québécois de coordination sur le sida demandait aux régies régionales de procéder à une consultation en vue de l'élaboration de la phase 4 de la stratégie québécoise de lutte contre le sida. Le processus régional de consultation mis en place par la régie de Montréal permis de faire un bilan des services dont le dépistage, d'identifier les difficultés rencontrées, et d'émettre des recommandations quant aux orientations pour la phase 4 notamment en matière de dépistage.

Plusieurs catégories de difficultés ont été identifiées:

- **L'accès limité au test de dépistage:** délai d'attente trop long pour un dépistage anonyme, problème d'accès en milieu carcéral, non-développement de l'accessibilité par l'ensemble des CLSC, manque d'accessibilité adaptée aux groupes vulnérables, tels les itinérants.
- **Problèmes d'accès aux services de counselling, de suivi des personnes à risque et manque d'intégration des ressources:** manque de support suffisant de ressources paramédicales pour les cliniques privées spécialisées d'où lacune dans leur travail lié à la prévention (services de counselling pré et post test, suivi, intervention auprès de la clientèle séronégative à risque, etc.) pénurie de ressources pour le suivi de la clientèle du milieu carcéral, manque de continuité inter établissements et réseaux, manque d'interventions préventives et d'actions concertées dans le milieu de la toxicomanie.
- **Interventions professionnelles:** Manque d'interventions précoces et de travail de prévention de la part des gynécologues.
- **Discrimination effectuée auprès de la clientèle:** Présence de discrimination au sein de certains établissements, tant en regard de l'admission des clients que de l'embauche du personnel.
- **Délais d'attente des résultats et disponibilité de services supports:** Délai inapproprié d'attente des tests de confirmation, modalités d'organisation de services pour le milieu carcéral entraînant des délais supplémentaires à ceux qu'on retrouve dans la communauté.
- **Manque d'uniformité et de standardisation des outils:** Disparité dans les procédures, problèmes relatifs à la cueillette d'information d'où conséquences sur la connaissance et les suivis possibles.
- **L'organisation des services d'analyses de laboratoire:** Précarité des ententes convenues entre les cliniques privées et les hôpitaux, inquiétude pour le maintien de l'accès aux services en lien avec la transformation du réseau et le virage ambulatoire.
- **Tests utilisés, coûts des analyses, des équipements et autres matériels:** Inquiétude qu'un leadership ne soit pas assumé par le ministère pour revoir et solutionner les problèmes en matière de tests, coûts, analyses, équipements et autres matériels. Importance également soulevée que le MSSS assume son rôle en regard de nouvelles orientations à donner comme pour la pratique par rapport à la charge virale.

- **Formation:** Nécessité de revoir la planification et l'organisation de la formation afin de permettre un meilleur accès à ces services et une expertise adéquate.
- **Évaluation:** Besoin d'évaluation des équipes de dépistage (atteinte des objectifs, impacts, approches, modes d'organisation, clientèle rejointe, messages transmis).
- **Allocation financière:** Questionnement sur l'utilisation totale des budgets des équipes de dépistage en regard de leur mandat; difficulté soulevée liée à la non récurrence des budgets en milieu carcéral.

- **ORIENTATIONS SUGGÉRÉES POUR LA PHASE 4:**

Dans le cadre de ce bilan, la Régie avait également à suggérer des orientations pour la phase 4. Plusieurs mesures, outre le maintien de l'anonymat comme choix offert à la clientèle, furent suggérées pour renforcer l'utilisation du dépistage comme moyen de prévention:

- Développer, dans tous les CLSC, l'accès aux services de dépistage anonyme, intégrés dans les services courants existants et en interrelation avec les activités de dépistage des MTS;
- Réviser le mandat et le rôle des deux équipes spécialisées en fonction du développement de ces services dans les autres CLSC et, des besoins de support et d'expertise à combler;
- Développer une plus grande jonction CLSC/Cliniques privées concernant l'accès aux ressources paramédicales afin notamment de pouvoir intervenir auprès de clientèles à risque, d'effectuer le suivi approprié auprès de la clientèle séropositive et, s'il y a lieu, auprès de son milieu;
- Développer une plus grande jonction organismes communautaires /CLSC;
- Mettre en place des services permettant de supporter la clientèle pendant la période d'attente de son résultat;
- Intervenir auprès des établissements, organismes et milieux de travail effectuant de la discrimination, afin que cessent ces pratiques;
- Sensibiliser les directions des CLSC à l'importance de dépistage afin de favoriser l'intégration de cette activité;

- Former les intervenants en vue de l'élargissement de l'accès au dépistage en CLSC;
- Évaluer la performance des équipes de dépistage anonyme, des pratiques de dépistage effectuées jusqu'à maintenant et de la qualité des messages pré et post-test transmis;
- Rendre disponible des messages d'information adaptés aux diverses clientèles sur la prévention et sur l'importance du counselling lié à la sexualité et au sida;
- Développer, par la Croix Rouge, une campagne d'information concernant le dépistage et établir des liens de partenariat avec le réseau de la santé;
- Développer un système d'information approprié;
- Déterminer, par le biais de la Direction de la santé publique du MSSS, des orientations par rapport à l'utilisation du test.

D'autres mesures ont également été suggérées concernant des clientèles spécifiques, ces mesures sont décrites à l'annexe 3: Populations vulnérables et dépistage du VIH.

**ANNEXE 2**  
**ÉTAT DE SITUATION DÉTAILLÉ DES SERVICES**

## 1. ACTIVITÉS DES ÉQUIPES SPÉCIALISÉES

Les activités des équipes spécialisées sont analysées d'une part à partir des données recueillies dans le cadre du monitoring provincial des services liés au dépistage anonyme et d'autre part grâce aux informations et commentaires ressortis lors des rencontres faites avec les équipes spécialisées elles-mêmes. Elles incluent la ligne téléphonique, le dépistage, les consultations pré et post test, les services psychosociaux, les services diététiques et les activités de prévention.

### 1.1 Données quantitatives

Les données quantitatives sur les activités des équipes spécialisées seront abordées en deux points. Dans un premier temps nous présenterons les données relativement aux interventions, et ce cumulées pour les deux équipes spécialisées, puis éclatées par CLSC. Dans un deuxième temps, nous aborderons le profil de la clientèle qui utilise les services des équipes spécialisées.

#### Interventions (en nombre)

	MONTRÉAL-CENTRE		
	1995-96	1996-97	1997-98
Appels téléphoniques			
Pré-tests	1 306	1 314	1 217
Tests de dépistage	1 310	1 314	1 180
Taux de séropositivité	1,6 %	1,6 %	1,4 %
Post-tests	1 247	1 248	1 159
Suivi psychosocial	n/d	3 509	4 714
Suivi nutritionnel	n/d	378	618

	DES FAUBOURGS		MÉTRO	
	1996-97	1997-98	1996-97	1997-98
Appels téléphoniques	n/d	1 683	3 087	3 020
Pré-tests	658	481	656	736
Tests de dépistage	658	457	656	723
Taux de séropositivité	1,7 %	1,5 %	1,5 %	1,4 %
Post-tests	621	457	627	702
Suivi psychosocial	2 346	3 501	1 163	1 213
Suivi nutritionnel	294	429	84	189

#### Profil des utilisateurs du service de dépistage anonyme (en pourcentage)

## MONTRÉAL-CENTRE

## SEXE

	1995-96	1996-97	1997-98
Femme	48,7 %	46,0 %	42,0 %
Homme	51,3 %	54,0 %	58,0 %

## ÂGE

	1995-96 <sup>15</sup>	1996-97	1997-98
< 15 ans	0,0 %	0,1 %	0,0 %
15-19 ans	6,7 %	4,1 %	5,1 %
20-29 ans	39,9 %	42,4 %	40,2 %
30-39 ans	31,3 %	31,8 %	30,7 %
40-49 ans	15,0 %	15,4 %	17,6 %
50 et plus	7,2 %	6,2 %	6,5 %

## ORIENTATION

	1995-96 <sup>16</sup>	1996-97	1997-98
Hétérosexuelle	77,2 %	72,7 %	74,8 %
Homosexuelle	16,3 %	15,0 %	14,8 %
Bisexuelle	4,4 %	7,0 %	4,9 %
Transsexuelle	0,0 %	0,1 %	0,0 %
Inconnu	2,1 %	5,2 %	5,5 %

## PAYS D'ORIGINE

	1995-96	1996-97	1997-98
Canada	80,7 %	75,5 %	74,8 %
Pays endémiques	1,7 %	n/d	2,7 %
Autres	16,0 %	24,5 %	21,7 %
Inconnu	1,6 %	-	0,8 %

## MONTRÉAL-CENTRE

<sup>15</sup> Les données ne concernent qu'un seul CLSC puisque les catégories d'âge pour l'autre CLSC ne correspondaient pas aux catégories d'âge provinciales.

<sup>16</sup> Les données ne concernent qu'un seul CLSC (données manquantes pour l'autre CLSC).

**TEST ANTÉRIEUR**

	1995-96 <sup>17</sup>	1996-97 <sup>4</sup>	1997-98
Oui – résultat positif	0,0 %	0,3 %	0,2 %
Oui – résultat négatif	34,5 %	44,4 %	19,1 %
Oui – résultat inconnu	5,0 %	0,0 %	0,1 %
Non	57,5 %	55,3 %	80,7 %

**RAISON DE CONSULTATION** <sup>18</sup>

	1995-96	1996-97	1997-98
Activités sexuelles non protégées	81,2 %	80,7 %	82,1 %
Anonymat <sup>19</sup>	54,1 %	84,0 %	36,1 %
Nouveau couple	17,4 %	26,1 %	26,3 %
Antécédents de MTS	3,6 %	42,6 %	16,5 %
Comportement à risque du partenaire sexuel	37,7 %	30,6 %	15,8 %
Partenaires multiples	6,3 %	57,6 %	4,2 %
Partage de seringues	2,7 %	1,3 %	0,9 %

**1.2 Compléments d'information et constats sur les services actuels**

Suite à l'analyse des statistiques et aux visites des deux CLSC offrant les services d'une équipe spécialisée, certains constats ressortent quant aux activités et au profil des clientèles. Nous introduirons chacune des catégories de services par une description sommaire des activités.

**Ligne téléphonique:**

Chacun des CLSC donne l'accessibilité à un service téléphonique spécifique qui permet le lien avec l'équipe spécialisé. Ce service comprend l'accueil, l'orientation, la prise des rendez-vous pour les services aux usagers rendus par les équipes spécialisées (dépistage anonyme incluant le counselling, services psychosociaux et services diététiques) ou la référence à d'autres ressources. Le service téléphonique permet aussi de donner des informations, de faire de l'éducation, du counselling ou encore de répondre aux demandes de formation.

<sup>17</sup> Les données ne concernent qu'un seul CLSC.

<sup>18</sup> Il est à noter que plusieurs raisons peuvent être invoquées pour une même consultation.

<sup>19</sup> Cette rubrique doit être considérée avec prudence puisque pour certains la question sur l'importance de l'anonymat était soulevée de façon isolée, alors que pour d'autres elle n'était compilée que si l'utilisateur le précisait.

- La ligne téléphonique est opérationnelle à raison de 15 heures/semaine dans un CLSC (9 h 00 à 12 h 00, du lundi au vendredi) et de 10 heures/semaine dans l'autre (10 h 00 à 12 h 00, du lundi au vendredi).
- Les motifs principaux de consultation téléphonique touche l'information sur le test de dépistage et sur les mesures de prévention. Occasionnellement une demande peut être faite relativement à un support psychologique ou une intervention de crise.

### **Dépistage anonyme :**

Les activités liées au dépistage anonyme comprennent le counselling pré et post test ainsi que les interventions de dépistage proprement dites. Ces services sont offerts par une infirmière dans un CLSC, alors que dans l'autre ce sont des travailleurs sociaux qui s'en acquittent.

- En 94-95 et en 95-96 l'achalandage de la clientèle pour le dépistage anonyme à Montréal était plus élevé que les autres régions, mais peut-être pas avec un écart aussi grand qu'on pourrait s'y attendre compte tenu de la concentration importante de clientèles vulnérables à Montréal. À titre d'exemple, pour 95-96, les deux points de services de Québec cumulaient 994 dépistages comparativement à 1 310 pour Montréal. De son côté, avec un seul point de service, l'Estrie dépistait 965 personnes.
- Le nombre de tests de dépistage anonymes représente une proportion assez restreinte de l'ensemble des tests de dépistage faits à Montréal, soit approximativement de 1 à 2 % (1 314 tests ont été faits en 1996-1997 suite à une consultation à une des deux équipes spécialisées de dépistage anonyme alors qu'un total de 112 869 tests étaient effectués en 1996 par les centres hospitaliers localisés sur l'île de Montréal (voir annexe 1). Il est à noter que d'autres services des CLSC peuvent aussi offrir du dépistage. Pensons notamment aux services jeunesse (clinique de jeunes), aux services médicaux courants.  
NB: Les équipes spécialisées sida tout comme les centres hospitaliers désignés pour effectuer les tests VIH qui sont localisés sur l'île de Montréal ne desservent pas que la population de l'île de Montréal.
- Le taux de séropositivité parmi les tests faits aux centres spécialisés de dépistage anonyme a été de 1,6% pour l'année financière 1996-1997 alors que le taux de séropositivité était de 1,9% en 1996 et 1,4% en 1997 pour l'ensemble des tests effectués par les centres hospitaliers localisés sur l'île de Montréal. Les échantillons provenant des centres spécialisés ne donnent pas plus fréquemment lieu à des prélèvements positifs.
- Le nombre de dépistages anonymes est resté assez stable au cours des trois dernières années, nous laissant supposer que l'offre de test est limitée par le nombre d'intervenants disponibles. À l'appui de cette affirmation, les équipes nous ont confirmé que les délais d'attente pour accéder au dépistage semblent augmenter. Ils sont de l'ordre de 2 à 3 semaines.
- Les délais d'attente du résultat, quant à eux, étaient (pour un CLSC) de l'ordre de 4 semaines l'année dernière alors qu'il a diminué à 2 semaines depuis février dernier. Pour ce qui est de l'autre CLSC, l'attente est généralement de 3 semaines. Les services offerts lors

de cette période d'attente sont: le support téléphonique, l'intervention en situation de crise et le support individuel au besoin.

- Le niveau des activités régionales relativement au dépistage a diminué en 97-98 comparativement à celui de 96-97. Cette baisse pourrait s'expliquer par la compression budgétaire imposée par le CQCS qui a obligé les CLSC à réduire leurs effectifs. Cependant, les données éclatées nous font constater que les deux CLSC ont adopté une pratique différente. Ainsi un des CLSC, grâce à un réaménagement du service, a augmenté ses activités, et ce malgré la compression. À titre d'exemple: l'implantation d'un service de dépistage sans rendez-vous, le maintien du même nombre d'heures travaillées au dépistage (au détriment des services psychosociaux), l'augmentation des activités de "outreach" afin de mieux faire connaître le service, etc. Quant à l'autre CLSC, l'augmentation du lien de confiance entre la clientèle et les services médicaux courants a permis le recours à la modalité du dépistage confidentiel et ainsi a diminué les références au service de dépistage anonyme. Conséquemment la compression a été appliquée aux services internes, ayant ainsi un impact sur le nombre de dépistage anonyme. Il est à noter que des mesures d'amélioration de l'efficacité ont aussi été entreprises par ce CLSC après le 31 mars 1998; ce qui devrait avoir un impact sur les données de la prochaine année financière (98-99).
- Les activités de counselling pré test ont connu un ajustement récent dans un des CLSC. Ainsi, un modèle d'entrevue utilisé au Center for Disease Control à Atlanta vient d'être mis en place et permet de réduire le temps utilisé de 60 minutes à 30 minutes. Cette nouvelle approche assure une évaluation adéquate de la situation du client et l'application des mesures de prévention qui en découlent. Quant au suivi post-test, les rencontres suite à un résultat négatif durent de 5 à 15 minutes, alors qu'un résultat positif peut nécessiter des interventions de 30 à 60 minutes selon les besoins de l'utilisateur.
- Au niveau des modalités liées au dépistage, un CLSC vient d'ajuster l'organisation de ses services pour mieux répondre aux besoins des clientèles vulnérables et offre maintenant une accessibilité temporelle et géographique plus grande. Ainsi, trois ou quatre intervenants peuvent être disponibles pour offrir des services de dépistage sans rendez-vous entre 15 h 00 et 17 h 00, du lundi au jeudi... ce qui amène une possibilité de 16 interventions par jour. De plus, l'équipe spécialisée de ce CLSC travaille à mettre en place des services de dépistage dans le milieu pour certains groupes vulnérables, notamment les ex détenus, les femmes en difficulté, violentées ou itinérantes, les jeunes en difficulté et les personnes utilisatrices de drogues injectables. Dans la même optique, l'autre CLSC envisage aussi l'adaptation de ses services et un plus grand maillage avec le communautaire afin de mieux rejoindre les clientèles vulnérables (UDI et personnes homosexuelles).
- Jusqu'à très récemment, la notification aux partenaires ne semblait pas prendre une place importante dans les activités des équipes spécialisées, sinon que dans le cadre du suivi post-test pour les clients volontaires. Cependant, suite à un projet pilote conduit à l'Unité des maladies infectieuses de la Direction de la santé publique, les équipes spécialisées ont été sensibilisées à ce rôle et ont reçu une formation en vue d'une plus grande implication à ce niveau.
- Au niveau du profil de la clientèle utilisant les services de dépistage anonyme, il apparaît que les clientèles les plus vulnérables sont peu représentées. Ainsi:

- Les groupes d'âge les plus représentés sont ceux des 20-29 ans (40,2%) et des 30-39 ans (30,7%). Les **jeunes de 15 à 19 ans** ne représentent que **5,1%** de la clientèle, soit environ 60 jeunes.  
La proportion de personnes âgées de 15 à 19 ans parmi la population générale de Montréal-Centre âgée de 15 ans et plus est de 6,5% (100 685 / 1 555 133) \*.
- Un total de **14,8%** de l'ensemble des personnes dépistées se disent **d'orientation homosexuelle**; Ce qui représente **177 personnes**.  
La proportion de personnes d'orientation homosexuelle parmi la population générale de Montréal-Centre âgée de 15 ans et plus est de 2,6% (40 500 / 1 555 133) \*.
- Le pays d'origine de la majorité (74,85) des personnes dépistées est le Canada alors que pour **2,7% des personnes dépistées (32 personnes)**, le pays d'origine est un **pays endémique en regard de l'infection au VIH**.  
La proportion de personnes d'origine haïtienne parmi la population générale de Montréal-Centre est de: 2,7% (50 760 / 1 852 381) \*.
- Finalement, le **partage de seringues et d'aiguilles** constitue une raison de dépistage pour une très faible proportion (**0,9%**) des personnes dépistées, ce qui correspondait en 1997-1998 à **11 personnes**. Ce pourcentage était de 1,3% en 1996-1997.  
La proportion d'utilisateurs de drogues injectables parmi la population générale de Montréal-Centre âgée de 15 ans et plus est de: 0,8% ( 12 000 / 1 555 133) \*.

\* Se référer à l'annexe 3 pour connaître les sources de données au sujet des effectifs de population.

- En conformité avec les statistiques précédentes, les deux équipes reconnaissent le fait que le programme actuel ne rejoint pas nécessairement les clientèles les plus vulnérables, notamment la clientèle carcérale, les itinérants, les personnes exerçant la prostitution, les utilisateurs de drogues injectables, les personnes originaires des pays endémiques.

### **Services psychosociaux:**

Les services psychosociaux consistent en un suivi individuel aux personnes séropositives ou à leurs proches, incluant le suivi thérapeutique individuel, conjugal, familial et de groupe, à court et à moyen terme. Les motifs de consultation peuvent toucher l'adaptation au diagnostic, les problèmes de désorganisation sociale, l'estime de soi, la relation avec le conjoint ou les pairs, la violence ou l'abus antérieur, la toxicomanie, l'approche de la réduction des méfaits, etc. Ces services sont offerts à la population du territoire ainsi que sous une base sous régionale, notamment par le lien avec les cliniques privées. Il est à noter qu'un des CLSC utilise le personnel de l'équipe spécialisée pour assurer le suivi aux personnes à domicile afin d'assurer une continuité de services à la clientèle.

- Les interventions psychosociales sont majoritairement faites auprès d'individus (75% à 98%).

- Les raisons d'intervention invoquées pour les demandes de suivi sont: le diagnostic récent, l'atteinte d'un proche, les problèmes de couples, les affects dépressifs, etc.
- Le ratio moyen des interventions psychosociales par intervenants est de 4,25 pour un CLSC (sur la base des heures travaillées).
- Le nombre d'interventions psychosociales en présence du client a subi un changement assez important dans un CLSC compte tenu que la compression budgétaire a été appliquée à ces services. Ainsi, pour ce CLSC, le nombre de nouveau client est passé de 80 (96-97) à 55 (97-98), variant de 22 à 51 cas actifs par période dans la dernière année. Par contre, l'autre CLSC qui accusait une baisse au niveau du nombre de dépistage, présente à l'inverse une hausse du nombre d'usagers ayant reçu des services psychosociaux, passant de 274 usagers en 96-97 à 349 en 97-98.
- Le nombre de rencontres par usager est donc très différent d'un CLSC à l'autre: 9,42 interventions/usager dans un cas et 14,5 interventions/usager dans l'autre. Ces données peuvent nous questionner sur le type de pratique psychosociale qui doit être offerte par les équipes spécialisées comparativement aux interventions psychosociales des autres CLSC ou pour les autres clientèles (intervention de crise, de support, thérapie, etc.).
- Afin d'avoir un portrait plus complet des interventions psychosociales, nous devons aussi considérer les appels téléphoniques reliés à l'intervention. Ainsi dans un CLSC, par exemple, le nombre d'interventions téléphoniques correspond minimalement à 50% du nombre d'interventions en présence du client. Ces contacts téléphoniques peuvent être auprès du client (60% à 70%) ou auprès d'un intervenant également impliqué au dossier (30% à 40%).
- La provenance des demandes (pour un CLSC seulement) est d'environ 20% du territoire et 80% hors territoire. De ces demandes, 25% proviennent de la clinique privée à laquelle est associée le CLSC. Pour l'autre CLSC, 47% des demandes proviennent des cliniques privées, alors que les personnes elles-mêmes constituent 34% des demandes. Seulement 4% des références sont faites par les centres hospitaliers.
- Récemment, un CLSC a aussi intégré à son approche la collaboration d'un psychiatre (consultation psychiatrique) afin de répondre aux besoins grandissants au niveau de la santé mentale de la clientèle.

### **Formation, éducation et soutien communautaire:**

Les activités de formation, d'éducation ou de soutien communautaire comprennent des interventions auprès de groupes spécifiquement dédiés à la clientèle sida ou encore aux organismes communautaires en lien avec des clientèles vulnérables qui désirent s'impliquer au niveau de la prévention du VIH. Le soutien communautaire inclut des ateliers, des séances de formation et d'information, des activités éducatives, et ce tant au personnel des organismes qu'aux clientèles elles-mêmes. Il est à noter que les activités propres au volet des femmes ou aux services de nutrition seront abordées dans ces rubriques respectives.

- Le volet des activités de promotion/prévention auprès des groupes du milieu occupe environ 40% du temps des intervenants d'un CLSC, alors qu'il semble plus limité dans l'autre CLSC, celui-ci ayant une approche préventive plus individualisée. Bien que ce dernier CLSC reconnaisse qu'il n'a pas toujours su répondre de façon pleinement satisfaisante aux besoins des groupes communautaires, il se reconnaît la responsabilité de desservir les organismes ayant pignon sur rue dans son territoire. À ce titre, il demeurera important de bien départager la responsabilité de chacun des CLSC quant aux organismes concernés dont les activités couvrent les deux territoires.
- Sans nier que les activités de formation aux intervenants du réseau rendues par les équipes spécialisées sont nécessaires, nous pensons qu'elles devraient plutôt être intégrées et financées par les services régionaux de formation offerts par le service des ressources humaines de la région régionale.
- Au niveau de la clientèle des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, il est reconnu qu'elle ne semble pas adopter des comportements plus sécuritaires puisque les mêmes personnes reviennent se faire dépister régulièrement. Les messages de promotion ne semblent donc pas avoir l'impact attendu.
- Dans le cas d'un CLSC, il semble encore exister un lien de collaboration extra régional, notamment avec le module du Nord québécois. Cet aspect n'a cependant pas d'impact sur le budget puisque les frais sont entièrement assumés par les demandeurs.

### **Services diététiques:**

Les services diététiques se partagent entre les consultations individuelles aux personnes séropositives ou à leurs proches et les interventions auprès des organismes communautaires. Ces dernières peuvent prendre la forme de consultation pour le personnel des organismes ou encore de séances d'information à l'intention de leur clientèle.

- Au niveau des statistiques recueillies, les interventions individuelles au niveau de la nutrition ne semblent pas occuper une large place (1,7/jr et à 1,9/jr). La moyenne des rencontres par usager est de 2,9 pour un CLSC alors qu'elle est de 1,6 pour l'autre.
- Quant aux interventions collectives, elles semblent avoir diminué pour un CLSC, le suivi clinique s'étant développé la dernière année. À ce moment-ci, dans le cas de ce CLSC, environ 45% du temps va au suivi clinique individuel alors que 55% touche les consultations auprès d'organismes ou d'établissements. À titre d'exemple, ces dernières interventions permettent l'établissement de menus, l'ajustement des fiches nursing en alimentation, des rencontres d'information, du soutien aux intervenants communautaires, l'animation d'ateliers ou de conférences, etc.
- Les activités de la diététiste d'un CLSC ont aussi permis la production de dépliants sur la nutrition destinés à la clientèle. Une partie de son temps semble aussi sollicitée dans des

collaborations de niveau provincial, comme par exemple avec l'Ordre des diététistes du Québec.

### **Volet femme:**

Dans un CLSC, on retrouve une intervenante psychosociale à temps plein spécifiquement préoccupée par l'approche auprès des femmes. Ses interventions se partagent entre l'individuel et le collectif. Les activités auprès des femmes les plus vulnérables se font grâce à sa collaboration avec les maisons d'hébergement pour femmes violentées, en difficulté ou itinérantes. Cet automne, l'intervenante initiera des collaborations avec les organismes œuvrant auprès des femmes immigrantes et réfugiées.

- Le suivi psychosocial occupe environ 50% de son temps de travail. Une présence à la ligne téléphonique est aussi assurée pour une période d'environ 4 heures/semaine.
- Une journée par semaine l'intervenante fait de l'"outreach" ou de la formation. Dans la dernière année, diverses activités ont pris place: campagne de sensibilisation auprès des organismes d'hébergement pour femmes violentées (16 maisons); formation auprès des intervenantes de ces maisons (128 intervenantes); ateliers auprès de la clientèle (6 ateliers touchant 46 femmes); dépistage dans le milieu (3 fois).
- Le volet femme inclut aussi une implication dans d'autres domaines spécifiques aux femmes. Par exemple: l'exercice d'un leadership auprès du comité "Prévention Action Femmes sida" (PAFS), une coalition montréalaise responsable de la promotion des intérêts des femmes dans le domaine du VIH/sida (environ 4,5 heures/semaine); l'appui à l'accès aux traitements prophylactiques pour les victimes d'agression sexuelle en collaboration avec les CALACS pour promouvoir l'accès au condom féminin au Québec.
- Bien que les activités liées à ce projet rejoignent certaines populations vulnérables, il nous semblerait opportun de nous questionner sur la pertinence d'y affecter spécifiquement une ressource à temps plein.

## **2. ACTIVITÉS AUPRÈS DES CLIENTÈLES SPÉCIFIQUES**

Deux services aux clientèles particulières seront analysés dans la présente rubrique: les services en milieu carcéral et ceux dédiés à la population haïtienne.

## 2.1 Milieu carcéral

Les services en milieu carcéral, dispensés par le CLSC Ahuntsic et financés par deux budgets différents, comprennent les activités d'une infirmière à temps complet<sup>20</sup> (budget de la Direction de la santé publique) et celles d'une agente de relations humaines à temps complet (budget services psychosociaux). Les deux milieux carcéraux actuellement touchés sont: l'Établissement de détention de Montréal (EDM) et la Maison Tanguay.

L'**intervention de l'infirmière** vise principalement à:

- favoriser le repérage et la prise de contact auprès des UDI incarcérées;
- informer et sensibiliser la clientèle carcérale sur les modes de transmission et la prévention du VIH, des MTS et des hépatites virales;
- détecter l'infection au VIH aussitôt que possible, et ce particulièrement chez les clientèles les plus vulnérables, afin de réduire les risques de propagation de l'infection;
- favoriser l'accès aux moyens de protection (eau de javel, condoms, etc.);
- favoriser et assurer l'accès à un continuum de services adaptés à la réalité de ces clientèles.

Pour ce faire, quatre niveaux d'intervention sont mis en place:

- le reaching out auprès des personnes utilisatrices de drogues injectables (UDI), des partenaires des UDI et des prostituées;
- l'information, la sensibilisation, le soutien et les références;
- l'intervention proprement dite avec l'approche de réduction des méfaits;
- le développement de partenariat.

Les principales activités auprès de la clientèle touchent l'information et la sensibilisation (diffusion de matériel éducatif, rencontres de groupes d'information et d'échanges sur des thèmes visant la santé ou encore sur les ressources de la communauté), la prévention (l'accès au matériel de protection), les rencontres individuelles pour le counselling et le dépistage puis finalement la référence et le lien à établir avec les autres ressources (accès à la méthadone, accès à la vaccination hépatite B). Le tableau qui suit présente les résultats quantitatifs de 97-98 pour certaines de ces activités quant au nombre de personnes rejointes et à leur profil de risques.

---

<sup>20</sup> L'infirmière a généralement travaillé à 5 jours/semaine, sauf pour la période d'avril à août 1998 où elle a effectué 4,5 jours de travail par semaine.

ANNÉE 97-98		PROFIL CLIENTÈLE		
ACTIVITÉ	# PERS. REJOINTES	Antécédents UDI	Partenaires UDI	Prostitution
Groupes santé	136 F 460 H	50% F 40% H	n/d n/d	plus de 50% n/d
Rencontres ind.	56 F 220 H	80% F 70% H	75% F 30% H	70% F n/d
Réf. vaccination	14 F 22 H	majorité majorité	n/d n/d	majorité majorité
Réf. méthadone	5 F 9 H	100 % 100 %	n/d n/d	n/d n/d

## Autres commentaires:

- De façon générale, même si le roulement de la clientèle carcérale est très élevé, les services en milieu carcéral permettent de rejoindre les UDI.
- La fréquence des rencontres du groupe Santé et Toxicomanie est de deux fois par mois dans chaque établissement. Une rencontre dure 2 heures trente minutes. Chaque rencontre permet de rejoindre en moyenne 30 personnes incarcérées à l'Établissement de détention de Montréal et 12 personnes à la Maison Tanguay. L'animation de ces rencontres est assumée conjointement avec l'agente de relations humaines.
- Le groupe Santé et Toxicomanie reçoit aussi la collaboration d'intervenants des organismes du milieu (Cactus Montréal, CRAN, etc.), du Centre Dollard Cormier, du DMP de l'Hôpital St-Luc ainsi que de l'équipe spécialisée du CLSC des Faubourgs.
- 30% des personnes incarcérées ayant assisté aux rencontres de groupe prennent rendez-vous pour une rencontre individuelle.
- Les rencontres individuelles avec l'infirmière (qui ont rejoint 276 personnes) ont été de 471 pour 97-98, excluant les nombreux contacts ponctuels. Les rencontres individuelles nécessitent actuellement une attente de 7 à 14 jours avant le premier rendez-vous.
- Parmi les personnes rencontrées individuellement, 60% des hommes et 65% des femmes ont exprimé leur intérêt à être testé durant la détention.

- 151 personnes (38 femmes et 113 hommes) ont été référées pour des prélèvements de VIH, hépatites virales ou MTS. 50% d'entre eux n'avaient jamais été dépistés antérieurement.
- Le taux de séropositivité des personnes dépistées est relativement élevé. Le tableau qui suit en fait état:

	VIH	HÉPATITE B	HÉPATITE C
Femmes (n: 38)	5,3 %	3,0 %	-
Hommes (n:113)	2,7 %	3,3 %	-
Femmes UDI	6,6 %	12,5 %	46,6 %
Hommes UDI	9,2 %	13,2 %	42,0 %

- La majorité des personnes testées séropositives accepte un suivi psychosocial et médical en milieu carcéral.
- Le counselling post-dépistage oblige, dans le milieu carcéral, à resituer les démarches à l'intérieur des démarches de sortie.
- Moins de 50% des personnes vaccinées en milieu carcéral vont dans les ressources extérieures pour recevoir leur 3<sup>e</sup> dose. D'ailleurs, l'utilisation des ressources extérieures est très limitée pour cette clientèle. Le milieu carcéral est souvent l'occasion pour eux de se "refaire une santé".
- Les deux observations précédentes nous font voir l'importance de développer des mécanismes de collaboration avec les partenaires à l'externe... les ressources actuelles ne permettent pas toujours d'assurer un suivi adéquat à l'externe.
- Certains groupes de personnes incarcérées ne sont actuellement pas rejoints, notamment les prévenus ainsi que l'aile réservée aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. De plus le centre de détention Rivière-des-Prairies (pour les personnes en attente de sentence) n'est pas couvert par les services décrits précédemment.
- Le réseau correctionnel est actuellement incapable de prendre en charge les activités reliées au counselling et au dépistage pour cause d'un manque d'effectifs. Il arrive même que les effectifs ne suffisent pas à donner une suite rapide aux références faites par l'infirmière du CLSC (ex.: vaccination).
- Vu la culture particulière du milieu carcéral, la connaissance par l'intervenante des valeurs, des attitudes, des comportements des détenus est très précieuse (expertise).

**L'intervention de l'agente de relations humaines**, quant à elle, vise trois objectifs principaux:

- Offrir un soutien psychosocial aux personnes incarcérées vivant avec le VIH notamment en :
  - offrant un soutien au moment du diagnostic de séropositivité;
  - assurant le suivi des personnes incarcérées vivant avec le VIH;

- accompagnant la personne incarcérée vivant avec le VIH dans les ressources extérieures lorsque nécessaire;
  - référant la PIVVIH dans les ressources de la communauté et la mettre en contact avec des PVVIH dans leur entourage;
  - offrant un soutien ponctuel aux personnes incarcérées qui sont en contact avec des PVVIH dans leur entourage;
  - favorisant l'acceptation par le milieu des personnes incarcérées VVIH;
  - favorisant la "compliance" aux traitements.
- Promouvoir et soutenir des changements de comportement notamment en :
    - suscitant la transmission d'une information adéquate concernant les modes de transmission du VIH, les pratiques sécuritaires et les ressources d'aide et d'information existant à l'intérieur de l'établissement et dans la communauté;
    - en renforçant la motivation des personnes incarcérées VVIH à adopter des pratiques plus sécuritaires et à utiliser les ressources disponibles.
  - Prolonger l'intervention au-delà de la détention en :
    - développant des liens avec les divers organismes communautaires;
    - développant des processus de référence en collaboration avec les ressources de la communauté;
    - assurant la continuité de l'intervention à la sortie de détention jusqu'à la prise en charge par une ressource de la communauté lorsque requis;
    - intervenant de façon ponctuelle à l'extérieur de la détention, lorsque requis par la ressource en place.

Les activités mises en place pour assurer l'atteinte de ces objectifs sont de deux ordres: les rencontres individuelles et l'animation conjointe, avec l'infirmière, du groupe Santé et Toxicomanie. Les rencontres individuelles permettent d'offrir un soutien informatif, un soutien émotionnel ou un soutien social. Le tableau qui suit présente des données sur ces rencontres.

	# usagers séropositifs	# usagers/autres	# total interventions
1994-95	67	n/d	406
1995-96	59	12	639
1996-97	80	15	1 320
1997-98	88	19	1 467

Autres commentaires:

- La moitié des références aux consultations individuelles proviennent des personnes séropositives qui font connaître ce programme à d'autres personnes infectées.

- Le nombre d'interventions de la dernière année ramené sur une base journalière semble assez élevé, soit de 5,6 entrevues/jour (sur la base de 221 jours travaillés). Le nombre moyen d'interventions est de 14 rencontres par personnes, souvent échelonnées à toutes les semaines.
- 98% des personnes incarcérées ayant consulté en individuel utilisent ou ont déjà utilisé des drogues injectables.
- La majorité présente des problèmes multiples: délinquance, surconsommation, itinérance, isolement social, pauvreté.
- Les femmes présentent souvent des problèmes de surconsommation de médicaments en plus de l'utilisation de cocaïne.
- La majorité des femmes rencontrées travaille dans la rue pour payer leur consommation.
- Les hommes éprouvent plus de difficulté à adhérer et à respecter la fidélité aux traitements.
- Une grande partie de la clientèle présente des problèmes de santé nombreux et importants.
- La relation de confiance est longue à établir, parce qu'il existe beaucoup de méfiance, de "testing" envers l'intervenant. En ce sens une connaissance approfondie de la dynamique de la personne incarcérée, des lois implicites et explicites du milieu est importante.
- L'intervenante bénéficie d'un support clinique via l'équipe psychosociale en CLSC (entrevues ponctuelles, discussions de cas, rencontre de suivi, comité clinique de groupe).

## 2.2 Population haïtienne

Les services psychosociaux à la population haïtienne, concentrés au CLSC St-Michel, avaient été développés originalement suite à l'identification d'une problématique importante de transmission du VIH mère-enfant sur le territoire. Cependant, le CLSC St-Michel avait aussi pour mandat de répondre aux demandes des autres territoires du DSC Sacré-Coeur et d'assurer une présence à la clinique de l'Hôpital Ste-Justine. Ces services sont assurés par une travailleuse sociale haïtienne à temps plein qui maîtrise la langue créole.

Les objectifs généraux du programme vise trois aspects principaux:

- Maintenir l'autonomie de la personne porteuse du VIH et atteinte du sida par l'intervention individuelle, notamment en:
  - renforçant sa capacité de faire face au diagnostic de séropositivité et de sida, incluant du counselling pré et post test;

- augmentant son sens de responsabilité personnelle face à la transmission du VIH aux partenaires sexuels et aux méthodes de prévention;
  - augmentant sa compétence pour prendre sa santé en main;
  - offrant un support dans la poursuite de son occupation professionnelle, de son projet de vie ou de fin de vie;
  - favorisant les liens avec les services médicaux afin d'assurer une orientation, une prise en charge et une continuité de services adéquates;
- Maintenir le bon fonctionnement de l'unité familiale de la personne porteuse du VIH ou atteinte de sida, notamment en:
    - supportant la personne dans le dévoilement au conjoint ou au réseau;
    - aidant la famille à trouver un nouvel équilibre organisationnel, émotionnel ou affectif;
    - impliquant les différents membres de la famille élargie dans le support à la personne;
    - assurant le maintien des enfants dans leur milieu familial;
    - supportant les membres survivants de la famille après le décès de la personne atteinte (enfants et adultes).
  - Maintenir et développer le programme, et ce tant au niveau de la conception que des liens avec la communauté, notamment en:
    - maintenant à jour les connaissances et en développant une expertise sur la problématique du sida et sur la communauté haïtienne;
    - assurant des liens avec les autres services du CLSC ou avec les organismes qui interviennent au niveau du sida;
    - sensibilisant et en suscitant l'implication des pasteurs au niveau de la problématique du sida et de sa prévention;
    - sensibilisant les jeunes et la population haïtienne à la problématique du sida;
    - donnant de l'information ou de la formation aux intervenants du réseau ou aux groupes communautaires (intervenants et clientèle).

Afin de réaliser l'actualisation de l'ensemble de ces objectifs, la travailleuse sociale partage son temps en fonction des quatre volets suivants:

- entrevues individuelles (téléphoniques ou à domicile) et intervention auprès du réseau de la personne (3 jours/semaine)
- présence à la clinique de l'Hôpital Ste-Justine (1 jour/semaine)
- rencontres avec les organismes ou acteurs du milieu (1 jour/semaine)
- formation ou perfectionnement; lien avec les autres services du CLSC, etc. (au besoin)

Les données qui suivent précisent les activités de l'intervenante (3 jrs/sem.) pour l'année 97-98.

Âge	Sexe		Origine ethnique	Nombre d'enfants
	F	M		
25-30	3			
31-35	1			
36-40	1	3		
41-45	1	1	Haïtienne = 11 Québécoise = 3	37, dont 2 jeunes adultes
46-50	1	1		
51-55	1	1		
<b>TOTAL</b>	<b>14 familles</b>		<b>14</b>	<b>37</b>

Actuellement, sur une période d'un an, 289 interventions significatives ont été faites auprès des 14 familles, dont 180 auprès de 5 familles particulièrement actives depuis un an et qui continuent de l'être.

Certains types d'intervention n'apparaissent pas. En effet, plusieurs téléphones ou discussions de cas internes n'ont pas été relevés systématiquement.

Parmi les interventions les plus significatives, notons:

- 87 interventions qui dont des démarches à effectuer pour le bénéficiaire;
- 38 interventions de suivi psychosocial;
- 33 interventions éducatives et de prévention;
- 78 interventions psychosociales individuelles;
- 17 interventions de réinsertion;
- 24 interventions de concertation clinique à l'Hôpital Sainte-Justine.

#### Autres commentaires:

- Les interventions auprès de la clientèle haïtienne exigent que la personne soit très bien insérée dans le milieu. À ce titre, la connaissance et l'intégration à la culture haïtienne ainsi que la maîtrise de la langue créole demeurent des exigences liées au poste.
- Le développement du programme et de l'expertise sida a requis un temps d'ajustement, tout étant à bâtir. Plusieurs énergies ont été mises, dans un premier temps, pour faire rayonner l'intervenante dans la communauté. Ainsi, une longue et patiente présence dans le milieu a permis le développement d'un lien de confiance avec la population.
- L'intervention auprès d'enfants atteints de sida, qui dans les premières années mouraient régulièrement et assez rapidement, a amené une lourdeur particulière liée à la tâche.
- L'absence maladie de l'intervenante, suivi de son départ ont amené un bris de services et ont obligé l'ajustement des établissements concernés, notamment l'Hôpital Ste-Justine et le CLSC. À cet effet, une entente a été prise entre ces deux partenaires afin que la clinique de l'Hôpital assure le suivi des clientèles. Depuis l'embauche d'une nouvelle travailleuse sociale par le CLSC, le transfert (retour) des dossiers vers le CLSC semble difficile.

- La culture haïtienne présente certaines caractéristiques quant à son attitude vis-à-vis le sida. Notamment, la présence très importante du déni de la maladie, du secret et du tabou... ce qui rend très difficile le dévoilement au conjoint ainsi que l'adaptation au diagnostic. En ce sens l'intervention nécessite souvent un long suivi et de maintes démarches avant de permettre l'atteinte des objectifs.
- Les démarches auprès de la personne atteinte sont rarement limitées aux seules rencontres avec la personne, notamment dû à la présence de nombreux enfants. De plus, compte tenu de la culture de "grande famille" de la population haïtienne, les interventions impliquent généralement le réseau élargi de la personne. Ainsi les interventions peuvent, en moyenne, impliquer des actions auprès de trois personnes et plus.
- Compte tenu des difficultés liées au dévoilement au conjoint propres à la culture haïtienne ainsi que de l'importance du lien de confiance établie entre l'intervenante et la population, certaines inquiétudes sont présentes quant à l'"obligation" de la notification aux partenaires que semblent ressentir certains médecins.
- Les ressources actuelles permettent uniquement d'intervenir auprès de la clientèle généralement déjà dépistée.
- La clientèle présente souvent des problèmes autres que le sida: faible revenu, violence, toxicomanie, problèmes avec la justice, situation de parrainage (immigration).
- Alors que les dernières années ont été marquées par des problèmes d'intégration à la garderie pour les enfants atteints de sida, les prochaines verront certainement surgir les réticences à l'intégration des enfants à l'école.
- Les centres hospitaliers avec lesquels le CLSC travaille le plus souvent sont l'Hôpital Ste-Justine, l'Hôtel-Dieu de Montréal, le Royal-Victoria, ainsi que le Centre thoracique de Montréal. La participation à la clinique de l'Hôpital Ste-Justine favorise la référence, la collaboration et la continuité des services.
- Au niveau des CLSC des territoires de l'ancien DSC Sacré-Coeur, le principal référent est le CLSC Montréal-Nord. Celui-ci utilise l'intervenante du CLSC St-Michel particulièrement pour les cas les plus lourds. Par contre la majorité des suivis origine du territoire du CLSC. Il arrive aussi que des références proviennent de CLSC de d'autres territoires que le DSC Sacré-Coeur. Le CLSC en assure quand même le suivi.
- En plus des liens avec les organismes communautaires, l'intervenante voit à sensibiliser les pasteurs à la problématique du sida ainsi qu'à susciter leur participation au niveau de la prévention. En effet, compte tenu de la place importante que prennent les croyances religieuses de cette population, les pasteurs sont des acteurs privilégiés qui doivent être mis à contribution.
- Les activités de prévention auprès des jeunes (ateliers d'information, conférence...) sont pertinentes mais doivent être accentuées compte tenu de l'importance du tabou et du silence entourant souvent les cas de sida.

- La participation de l'intervenante à une émission à la radio communautaire (4 capsules d'information et une ligne ouverte) a suscité plusieurs nouvelles demandes.
- Le CLSC St-Michel est beaucoup impliqué dans les projets de recherche sur la population haïtienne.

**ANNEXE 3**  
**POPULATIONS VULNÉRABLES ET DÉPISTAGE DU VIH**

## POPULATIONS VULNÉRABLES ET DÉPISTAGE DU VIH

### 1. PERSONNES QUI S'INJECTENT DES DROGUES

#### Effectif RRSSS Montréal-Centre:

- On estime qu'environ 11 700 (entre 8 500 et 16 500) personnes s'injectaient des drogues à Montréal en 1996 (Étude de caractérisation des UDI à Montréal, Toronto et Vancouver, Remis et coll. 1998).

#### Proportion de personnes infectées:

- Au 30 juin 1998, les utilisateurs de drogues par injection représentaient 6,1% de l'ensemble des cas déclarés de sida dans la région de Montréal-Centre (Programme de surveillance du sida du Québec, Turmel et coll. 1998).
- Parmi les personnes fréquentant des programmes d'échanges de seringues, la prévalence de l'infection au VIH était de 17,6% à Montréal (95% CI=16,3; 18,9), de 8,8% dans la ville de Québec (95% CI= 7,4; 10,4), de 6,9% en région semi-urbaine (95% CI= 4,0 - 10,9), et de 20,2 % à Ottawa (95% CI= 16,9 - 23,9). (Étude SurvUDI, Alary et coll. Juin 1998). Pour l'ensemble du réseau, la prévalence était de 0,5% chez les moins de 20 ans versus 24,7% chez les 35-39 ans. On n'observe pas de différence significative de la prévalence selon le sexe.

Un niveau plus élevé de prévalence était de manière indépendante associé aux variables suivantes:

- âge élevé,
- consommation de cocaïne
- nombre peu élevé de partenaires sexuels (parmi les sujets masculins)
- ne pas avoir de partenaires sexuelles féminines (parmi les sujets masculins)
- avoir 6 partenaires sexuels masculins et plus (parmi les sujets féminins)

Les personnes infectées se seraient infectées dans les 5 ans après avoir débuté l'injection.

- Le taux d'incidence annuelle parmi la population d'UDI (nombre de nouvelles personnes infectées par le VIH annuellement) se situerait entre 6 et 8 par 100 personnes-année (Remis et coll. 1996).

Selon les données du réseau SurvUDI 1995-1998,

- le taux d'incidence du VIH était en 1996 de 8,3 par 100 personnes-année à Montréal-Centre (95% IC : 5,2 – 11,3) et de 5,5 par 100 PA dans l'ensemble du réseau.
- Pour l'ensemble du réseau, l'incidence est de 1,5 par 100 PA chez les UDI de moins de 25 ans et de 7,9 par 100 PA chez les plus vieux. Chez les hommes, l'incidence est de 6,5 par 100 PA alors qu'elle est de 3,1 par 100 PA chez les femmes.
- Enfin, le taux d'incidence à Montréal est passé de 6,3 par 100 PA en 1995 à 8,3 en 1996, puis à 10,5 en 1997.

### **Recours au test VIH:**

Environ 75% des UDI recrutés dans l'étude SurvUDI rapportent avoir été testés au moins une fois dans leur vie (Étude SurvUDI, Alary et coll. Juin 1998).

### **Facteurs favorables et défavorables au recours à des services de dépistage**

- Les UDI consulteraient peu les ressources du réseau de la santé et des services sociaux. On reconnaît la nécessité de mieux adapter les services aux besoins des toxicomanes.
- Les délais d'attente (prise de rendez-vous) constituent un obstacle important pour les UDI. De plus, les UDI auraient tendance à négliger, voir oublier, leurs rendez-vous. L'immédiateté de l'intervention serait donc primordiale pour cette clientèle (Lebeau et coll.1997).
- Les UDI avaient habituellement recours au test de dépistage lorsque des symptômes de la maladie étaient apparus, donc après qu'une longue période pendant laquelle ils pouvaient transmettre l'infection se soit écoulée et au moment où les bienfaits de l'AZT et d'autres interventions étaient peut-être réduits (Davis et coll. 1997).
  - Parmi les hommes et les femmes UDI qui ont été testés, le fait d'avoir eu une maladie infectieuse sérieuse (ex.: pneumonie, hépatite, tuberculose, ou endocardite) au cours des 6 derniers mois était clairement plus souvent lié au dépistage que tout autre facteur étudié.
  - Ceux qui avaient moins de comportements à risque (sexuels et d'utilisation de drogues par injection) étaient plus susceptibles d'avoir eu un test du VIH. Les prostitués UDI et les UDI qui avaient des comportements sexuels et d'utilisation de drogues par injection à risque lorsqu'ils voyageaient étaient les seules exceptions à cette tendance.
  - Des indicateurs de difficultés au niveau des besoins de base (ex. chômage, sans abri, études secondaires non complétées) étaient associées au fait de ne pas être testé pour le VIH.
- Par ailleurs suite à des groupes de discussion auprès d'UDI au sujet du dépistage, Spielberg et coll. (1998) observent que :
  - Plusieurs UDI ne sont pas au courant de la disponibilité, de l'importance et de l'efficacité d'une thérapie antirétrovirale débutée précocement.
  - Prendre et respecter les rendez-vous pour effectuer les prélèvements et pour obtenir les résultats apparaît le plus souvent assez problématique;
  - La période d'attente avant de passer le test et avant de recevoir le résultat du test génère beaucoup d'anxiété.
  - Le fait de subir une ponction veineuse est difficile pour beaucoup d'UDI.
  - Les gens s'inquiètent du fait que leur éventuelle séropositivité puisse faire l'objet d'une déclaration nominale.
  - Plusieurs ne sont pas conscients que le soutien à la notification aux partenaires offert par le département de santé publique respecte la confidentialité des cas-index positifs.

Ainsi, plusieurs clients préféreraient l'option de recevoir du matériel d'information écrit concernant le counselling pré-test plutôt qu'une séance en face à face et préféreraient recevoir le résultat de leur test par téléphone. La plupart seraient plus intéressés à passer un test si celui-ci était disponible sous la forme d'un test " salivaire ", s'il s'agissait

d'un test de détection rapide du VIH dont le résultat serait disponible le même jour ou encore si une trousse de prélèvement à domicile leur était proposée. Enfin, pratiquement tous les clients auraient recours à des soins de santé si leur test se révélait positif.

### **Nature des services de dépistage offerts (ressources et organisation)**

- On note que peu de services de dépistage et de counselling sont disponibles dans les milieux de vie de ces personnes et, à cet égard, une meilleure jonction entre les organismes communautaires et les CLSC serait à préconiser afin de rejoindre la clientèle dans son milieu (Bilan de la Phase III).
- Il est recommandé de rendre disponibles des services de counselling dans les milieux de vie fréquentés par les toxicomanes (Bilan de la Phase III).
- Organismes communautaires effectuant un travail de proximité: l'infirmière attitrée à "Cactus" et qui offrait des tests de dépistage sur place n'est plus disponible depuis novembre 1997.

En se basant sur les données colligées entre le 1er avril et le 31 octobre 1997 (soit 8 périodes de 4 semaines),

- la ressource infirmière a travaillé pendant une moyenne de 13,1 jours par période de 4 semaines ( soit 3 sessions de 8 heures par semaine);
- et a mené une moyenne de 62 entrevues cliniques par période de 4 semaines auprès de personnes qui ont visité Cactus (soit 4,7 entrevues cliniques par session de travail; soit une entrevue pour 5,4 % des visites enregistrées à Cactus - Cactus a enregistré une moyenne de 1 154,5 visites par période de 4 semaines).

Entre le 1er avril 1996 et le 31 octobre 1997, on estime que Cactus aurait reçu 24 234 visites (le nombre d'individus différents ayant effectué une visite n'est pas connu) alors qu'un total de 68 test de dépistage du VIH ont été effectués sur place; 3 tests se sont révélés positifs et trois résultats ont été égarés (?) pour un taux de séropositivité de 4,6 % (3/65) (Services courants soir/nuit, Rapport d'activités, Desalliers 1997). L'offre de test VIH ne peut prendre place que dans le contexte d'une relation progressive de confiance entre l'intervenant et l'utilisateur; elle ne devrait pas constituer une activité séparée (communication personnelle avec Mme Anne-Marie Tonnelier, automne 1998).

- Centres de désintoxication et de traitement de la toxicomanie: Il serait utile de documenter les pratiques d'offre de test VIH dans les services de désintoxication/traitement (hôpital St-Luc, hôpital général Juif, hôpital Général de Montréal) et centre de réadaptation (centre Dollard Cormier).
- Programme spécial toxicomanie VIH-Sida du DMP St-Luc . La fréquence d'offre de test VIH et le taux de séropositivité ne sont pas rapportés dans le plus récent bilan de ce programme spécial (Bouchard 1998).
- Projet d'adaptation des services CLSC-UDI: Le dépistage (VIH, VHB, VHC) constitue une des préoccupations du projet d'adaptation des services en CLSC pour les UDI et les jeunes en difficultés.

**Mobilisation des personnes infectées** (comportements sécuritaires / prise en charge clinique)

- Des intervenants s’objectent à la promotion du dépistage auprès de la clientèle UDI car ils ont le sentiment que les membres de celle-ci sont en général trop désorganisés pour réagir de manière adéquate à un diagnostic d’infection au VIH.
  
- En ce qui concerne la thérapie anti-rétrovirale, on craint que la fidélité au traitement soit faible chez ces personnes de sorte que la thérapie soit peu efficace et que l’émergence d’une résistance aux médicaments soit favorisée.  
La promotion du dépistage doit être accompagnée de mécanismes particuliers de support pour cette clientèle. Certains médecins de Montréal s’intéressent particulièrement au suivi clinique d’UDI infectés par le VIH. L’équipe du Programme spécial toxicomanie VIH-Sida du DMP St-Luc du CHUM assure un suivi clinique “ de proximité ” aux toxicomanes infectés par le VIH.
  
- Parmi les UDI recrutés dans l’étude SurvUDI, les UDI qui se savent infectés:
  - s’injectent moins souvent avec des gens qu’ils connaissent et donc plus souvent avec des inconnus ou seuls.
  - se servent un peu plus souvent de seringues déjà utilisées par d’autres, mais prêtent moins souvent leurs propres seringues.
  - sont nettement plus nombreux que les autres UDI à rapporter avoir toujours utilisé le condom lors des relations sexuelles au cours des six derniers mois.

## 2. HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC D'AUTRES HOMMES

### Effectif RRSSS Montréal-Centre:

- Environ 40 500 personnes (5,5% de la population masculine âgée de 15 ans et plus - Remis et coll. 1998). Cette proportion est tirée de diverses études de type « sondage », notamment :
  - Fay RE, Turner CF, Klassen AD, Gagnon JH. Prevalence and patterns of same-gender sexual contact among men. *Science* 1989; 243 : 338-48.
  - Holmberg SD. The estimated prevalence and incidence of HIV in 96 large US metropolitan areas. *Am J public health* 1996; 86 : 643-54.

### Proportion de personnes infectées:

- Au 30 juin 1998, les hommes homosexuels ou bisexuels représentaient 66% de l'ensemble des cas déclarés de sida dans la région de Montréal-Centre (Programme de surveillance du sida du Québec, Turmel et coll. 1998).
- Chez les hommes homosexuels, le taux de prévalence du VIH est estimé entre 10% et 20% (Remis et coll. 1996).
- En considérant les données recueillies depuis le début de l'étude (octobre 1996) jusqu'à décembre 1997, le taux d'incidence de l'infection au VIH a été de 0,73 par 100 personnes années (cohorte Oméga, Alary et coll. communication personnelle Dr Bruno Turmel, septembre 1998).

### Recours à des services de dépistage:

- Parmi les participants à la cohorte Oméga, la proportion des répondants qui déclarent avoir déjà passé un test de dépistage s'élevait à 82% (cohorte Oméga, Turmel et coll. 1998)
  - Parmi ceux-ci, 31% (208/664) avaient été testés à une seule reprise alors que 69% (466/664) avaient été testés plus d'une fois.
  - Parmi ceux qui avaient été testés plus d'une fois, le nombre moyen de test (à vie) était de 3,9 (médiane: 3; étendue: 1 à 40).

### Facteurs favorables et défavorables au recours à des services de dépistage

- Les hommes bisexuels avaient moins de chance d'avoir eu un test du VIH que les hommes qui avaient des relations sexuelles avec d'autres hommes seulement. Les chances d'avoir eu un test du VIH étaient plus élevées chez les hommes qui fréquentaient les endroits gais que chez ceux qui les fréquentaient peu. Enfin, les chances d'avoir eu un test anti-VIH étaient plus élevées chez les hommes qui avaient eu des relations sexuelles anales aux cours des trois derniers mois que chez ceux qui rapportaient des relations sexuelles non anales (Myers et coll. 1996).
- La majorité des HRSH qui n'avaient pas eu de test anti-VIH croyaient qu'ils n'étaient pas à risque d'acquérir l'infection (ils disaient que les chances qu'ils soient infectés par le VIH étaient presque nulles) ou ils craignaient d'avoir les résultats. Pour augmenter la proportion des HRSM qui se font tester, les agences de santé publique devraient faire valoir qu'une infection inattendue peut se produire et que des nouveaux traitements sont disponibles pour ceux qui ont un test positif. Il serait nécessaire de développer des programmes novateurs

afin de rejoindre ceux qui n'ont pas encore pris la décision de se faire tester (Campsmith et coll. 1997).

- Afin d'encourager cette population à se faire tester, il serait nécessaire de développer des programmes qui : 1. souligneraient les avantages d'avoir le test; et 2. augmenteraient la perception de contrôle des hommes gais sur le contexte dans lequel ils se font tester (services localisés dans la communauté/le voisinage, services de counselling donnés par un conseiller gai, option d'une procédure anonyme du test de dépistage (Godin et coll. 1997).

**Nature des services de dépistage offerts** (ressources et organisation)

- Les centres de dépistage anonyme seraient très peu utilisés par les participants à la cohorte Oméga (Cohorte Oméga, Turmel et coll. avril 1997).

**Mobilisation des personnes infectées** (comportements sécuritaires / prise en charge clinique)

- Résultat à venir: Projet pilote d'intervention en milieu communautaire gai. "Il s'agit d'une intervention de counselling individuelle basé en milieu communautaire qui offre un support à des hommes récemment diagnostiqués VIH positif, au niveau de comment dire leur séropositivité: à qui le dire, quand et comment le dire à leurs partenaires" (Adrien et coll. 1998).

### 3. JEUNES EN DIFFICULTÉ / JEUNES DE LA RUE

#### **Effectif RRSSS Montréal-Centre:**

- “ On présume qu’il y a minimalement 15 000 sans abri à Montréal et qu’environ le tiers de cette population est composée de jeunes de moins de 30 ans, ce qui représente un estimé d’environ 5 000 jeunes ” (Comité de suivi du programme conjoint Ville de Montréal-MSSS, 1993).

#### **Proportion de personnes infectées**

Cohorte des jeunes, Roy et coll. 1998:

- “ À l’entrée dans la cohorte, sept participants étaient séropositifs pour un taux de prévalence de 1,36% (IC 95% [0,55-2,78]) ”.
- “ En considérant les données recueillies depuis le début de l’étude jusqu’au 31 décembre 1997, le taux d’incidence de l’infection au VIH a été de 0,8 par 100 personnes années (IC 95% [0,2-2,1]) ”.

Cohorte jeunes de la rue, critères d’éligibilité: jeunes ayant été sans abri plus d’une fois au cours de la dernière année ou ayant utilisé régulièrement les services des organismes de rue lors de cette même période, être âgé entre 14 et 25 ans, parler le français ou l’anglais et avoir l’intention de rester à Montréal pour la prochaine année.

#### **Recours au test VIH**

- La moitié (51,0%) des jeunes (jeunes de la rue) ont déjà passé un test de dépistage du VIH (Roy et coll. 1996).

#### **Facteurs favorables et défavorables au recours à des services de dépistage**

- “ Relativement peu de répondants évaluent leur risque d’infection au VIH comme étant plus élevé que les autres jeunes de leur âge. Cependant 57,8% disent qu’ils aimeraient passer un test de dépistage dans le prochain mois. La majorité des jeunes peuvent nommer des endroits où il est possible de se faire tester pour le VIH. Les CLSC sont les établissements les plus souvent nommés ” (Roy et coll 1996)
- Organismes communautaires desservant des jeunes à haut risque en regard du VIH à New York, Los Angeles, San Francisco: “Les jeunes qui s’identifiaient comme étant gais ou bisexuels, les jeunes qui s’étaient déjà injecté des drogues, et les adolescents plus âgés étaient plus susceptibles d’être testés. Leurs propres comportements à risque semblaient être la raison principale qui motivaient les jeunes à se faire tester. L’influence des médecins et des amis aurait aussi un effet ” (Rotheram-Borus et coll 1997).

#### **Nature des services de dépistage offerts (ressources et organisation)**

- Il est recommandé de développer l’accès aux services reliés au dépistage dans les ressources communautaires en itinérance (Bilan de la Phase III).

**Mobilisation des personnes infectées** (comportements sécuritaires / prise en charge clinique)

- Il semble que les jeunes qui sont séropositifs réduisent leurs comportements à risque pour le VIH. Cependant, le fait que le résultat du test soit négatif malgré de fréquents comportements sexuels et d'utilisation de drogue à risque, peut renforcer ces comportements à risques plutôt que de jouer un rôle de catalyseur de changement (Rotheram-Borus et coll 1997).

#### 4. MEMBRES DES COMMUNAUTÉS ORIGINAIRES DES PAYS ENDÉMIQUES

##### **Effectif RRSSS Montréal-Centre:**

- Communauté haïtienne: 50 760 personnes (nées en Haïti ou nés au Canada d'origine haïtienne), (recensement 1991).

##### **Proportion de personnes infectées:**

Étude auprès de la communauté haïtienne, Adrien et coll. 1998:

(répondants recrutés entre avril 1994 et décembre 1996)

- “ La prévalence parmi l'ensemble des participants a été de 1,3% (parmi les hommes: 1,6% et parmi les femmes: 1,1%). Les résultats de la régression logistique montrent un lien entre le fait d'être infecté par le VIH et le fait:
  - d'avoir moins de 14 ans de scolarité;
  - d'être marié, en union de fait, divorcé, séparé ou veuf;
  - de séjourner au Canada depuis 5 ans et moins ou d'avoir entre 6 et 15 ans de séjour au Canada;
  - d'avoir déclaré une relation sexuelle avec une personne infectée (ou de ne pas en être certain);
  - d'avoir voyagé en Haïti au cours des cinq années précédant la participation à l'étude;
  - d'avoir déclaré au moins un partenaire en Haïti et ne pas avoir toujours utilisé le condom.

La prévalence de l'infection au VIH est beaucoup plus faible chez les répondants qui appartiennent à la deuxième génération d'immigrants d'origine haïtienne ”.

- Une incidence de séroconversion de 0,234 par 100 personnes-année a été observée.

##### **Recours au test VIH:**

Étude auprès de la communauté haïtienne, Adrien et coll. 1998:

- “ Quarante pour cent des répondants ont déjà passé un test de dépistage du VIH. La proportion des femmes ayant passé le test est comparable à celle des hommes.
- Près de 50% des répondants qui séjournent au Canada depuis cinq ans et moins ont passé un test de dépistage.
- Trente-cinq pour cent seulement des répondants l'ont passé de leur propre initiative ou en accord avec leur partenaire.
- Parmi les répondants qui résident au Canada depuis cinq ans et moins, et qui ont passé un test de dépistage, 40,2% disent l'avoir passé dans le cadre des formalités d'immigration pour le Canada.
- Malgré la conviction qu'en ont les répondants, il existe un doute sérieux quant au fait que certains d'entre eux aient vraiment été testés dans le cadre de l'examen médical obligatoire demandé par les autorités canadiennes pour immigrer ”.

### **Facteurs favorables et défavorables au recours à des services de dépistage**

Étude auprès de la communauté haïtienne, Adrien et coll. 1998:

- “ Les femmes, les répondants moins scolarisés et les répondants qui résident au Canada depuis moins de 16 ans sont moins bien informés sur le test de dépistage.
- Des barrières de toutes natures (associées notamment à la représentation de la maladie parmi les Québécois d’origine haïtienne et à leur lien particulièrement fragile avec le système de soins) freinent l’accès de cette population au dépistage.
- Il est important de corriger la croyance erronée de l’inclusion systématique du test VIH dans les procédures d’immigration chez les requérants d’origine haïtienne.
- Les médecins d’origine haïtienne mentionnent que parler de sexualité est souvent perçu par les patients d’origine haïtienne comme une intrusion inacceptable dans leur vie privée et qu’il leur est alors difficile d’aborder la question du test de dépistage ”.

Compte tenu des ressources actuelles, Il n'est pas possible d'offrir des services de dépistage (dans le cadre d'un travail de proximité ou autrement). Cependant, si de tels services étaient mis en place, il serait souhaitable qu'ils soient assurés par des professionnels autres que les médecins compte tenu de l'inconfort de ces derniers à ne pas dévoiler au conjoint le statut de séropositivité de leur patient(e) (entrevue auprès d'intervenants du CLSC St-Michel, été 1998).

### **Nature des services de dépistage offerts (ressources et organisation)**

- N/D

### **Mobilisation des personnes infectées (comportements sécuritaires / prise en charge clinique)**

- N/D

Le rapport d'un projet par Adrien, Fournier, Tanenbaum et coll. visant notamment à identifier les barrières à la fidélité au traitement chez les montréalais d'origine haïtienne infectés par le VIH sera déposé au début de l'année 1999.

## 5. FEMMES EN SITUATION DE HAUT RISQUE

Les données disponibles au sujet des populations précédentes concernent aussi les femmes en situation à risque, mais celles-ci ne sont pas toujours considérées de manière distincte: jeunes femmes en difficultés, femmes UDI, femmes originaires de pays endémiques.

D'autre part, certains travaux éclairent spécifiquement la situation des femmes mais pas nécessairement celle des femmes en situation à risque. (par exemples, parmi la population canadienne " générale ", 31% des femmes déclarent avoir déjà passé un test - Sutherland et coll. 1996).

### 5.1 Femmes enceintes ou qui désirent le devenir

#### **Effectif RRSSS Montréal-Centre:**

- 22 695 naissances ont été rapportées dans la région de Montréal-centre en 1996. Bureau de la statistique du Québec.

#### **Proportion de personnes infectées:**

- **Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse.** Implanté en 1997, ce programme a pour but d'offrir à toutes les femmes enceintes, la possibilité de passer un test de dépistage du VIH. Le test se fait sur une base volontaire. Depuis le lancement du programme, 15 femmes enceintes infectées par le VIH ont été dépistées. La majorité vivent dans la région de Montréal-Centre.
- **Étude de séroprévalence du VIH sur le sang des nouveau-nés (naissances vivantes).** Pour la région de Montréal, le taux de séroprévalence combiné sur 5 ans (1989 - 1993) a été estimé à 1,66 par 1 000 femmes ayant accouché (95% CI: 1,41 - 1,93) (Hankins et coll 1998). Dans cette étude, les spécimens de sang néonataux qui ont été testés positifs étaient plus susceptibles de venir de quartiers de Montréal dont les résidents étaient moins scolarisés, plus fréquemment sans emploi et à faible revenu. Dans les quartiers /zones de Montréal où au moins une femme séropositive avait donné naissance, la moyenne des poids à la naissance des bébés était plus faible et la proportion de mère célibataire ou de famille monoparentale était plus élevée.

#### **Recours au test VIH**

- La proportion des femmes enceintes de la région de Montréal-Centre qui ont recours au test VIH est inconnue.

#### **Facteurs favorables et défavorables au recours à des services de dépistage**

- N/D

### **Nature des services de dépistage offerts (ressources et organisation)**

- Il est recommandé de renforcer les actions pour offrir les services de dépistage aux femmes enceintes à risque (Bilan de la Phase III).
- Les résultats d'une étude portant sur la pratique d'offre de dépistage des médecins seront disponibles au cours de l'année 1998. Selon les observations,
  - des activités complémentaires de promotion de l'offre de dépistage pourraient être entreprises.
  - des activités complémentaires d'évaluation du programme pourraient être entreprises (ex.: étude auprès des médecins au sujet des facteurs influençant leur offre de dépistage; étude auprès des CMDP des hôpitaux au sujet de politiques en vigueur au sujet de l'offre de dépistage: étude auprès des femmes enceintes au sujet de l'offre de dépistage qui leur a été faite ou non et qu'elles ont accepté ou non - et facteurs associés...).
- Depuis 1997, la Direction générale de la santé publique du MSSS subventionne directement un projet du groupe communautaire GAP-VIES visant à promouvoir au sein de la communauté haïtienne le programme d'offre de test VIH aux femmes enceintes (Jean-Gilles 1998).

## **5.2 Femmes requérant un avortement**

### **Effectif RRSSS Montréal-Centre:**

- Environ 27 555 avortements ont été pratiqués en 1995 au Québec (Statistiques Canada 1997).

### **Proportion de personnes infectées:**

Remis et coll. 1998, étude de prévalence du VIH auprès de femmes requérant un avortement (hôpital Général de Montréal):

- Entre juillet 1989 et juin 1997, le taux de prévalence par 1 000 femmes requérant un avortement a été de 2,0 ( 46/23 347; 95% IC.: 1,4-2,6). Ce taux est demeuré stable au cours des années.
- Une incidence de séroconversion de 0,14 par 100 personnes-année (95% IC: 0,003 - 0,76) a été observée.
- La grande majorité des infections concernaient des personnes nées dans des pays endémiques pour le VIH.

### **Recours à des services de dépistage:**

- 33,3 % des femmes requérant un avortement à l'hôpital Général durant la période à l'étude avait déjà passé un test VIH.

## 6. MILIEU CARCÉRAL

### Effectif RRSSS Montréal-Centre:

Il s'agit des personnes incarcérées dans un des centres de détention situé sur l'île de Montréal (tous des centres de détention de juridiction provinciale), que la personne réside ou non sur l'île.

En 1996-1997, un total de 19 408 admissions ont été enregistrées dans les centres de détention de Montréal. La proportion des peines qui ont duré un mois et plus est de 56,3%, ce qui représente 10 924 admissions. Par ailleurs, le nombre d'admissions ne reflètent par le nombre de personnes différentes condamnées pour une peine de détention (en 1995-1996, un total de 8 734 et 1 412 personnes différentes avaient respectivement été condamnées à une peine de détention à l'Établissement de détention de Montréal et à la maison Tanguay).

### Nombre d'admissions par centre de détention 1996-1997

Établissement de détention de Montréal	Tanguay	Rivière des Prairies	Total
12 212	2 284	4 912	19 408

Source: Ministère de la sécurité publique

### Proportion de personnes infectées

- Étude réalisée en 1990 et en 1991 à l'établissement de détention de Montréal (É.D.M) et à la Maison Tanguay, des anticorps au VIH ont été détectés chez 3.6% des hommes et chez 9% des femmes en détention (Hankins et al, 1995), comparativement à une prévalence évaluée à 1,7 pour 1000 habitants pour l'ensemble du Québec.
- Une étude réalisée en 1994 au Centre de détention de Québec rapporte des taux de séroprévalence du VIH de 2.2% chez les hommes et de 7.6% chez les femmes (Alary et coll. 1995).

### Recours au test VIH

Évaluation de l'utilité et de l'accessibilité des services de counselling et de dépistage du VIH en milieu carcéral, Beauchemin et Labadie 1997:

- " Le service de dépistage offert en milieu carcéral rejoint une clientèle à haut risque d'infection par le VIH (et les MTS) mais qui, en général, n'utilise pas ou peu les services comparables offerts à l'extérieur de la prison:

- Parmi la clientèle du service de dépistage
  - “ 63% des hommes et 43% des femmes faisaient une première demande à vie pour le test anti-VIH. Parmi les clients(es) du service de dépistage pour lesquels(les) il ne s’agissait pas d’une première demande, 30% des hommes et 57% des femmes avaient fait ce test lors d’une incarcération précédente.
  - 52% (35/67) des hommes et 56% (30/54) des femmes (excluant les peines fédérales) déclarent s’être injecté des drogues au cours des douze mois précédant l’incarcération
  - 10% (6/61) des hommes et 67% (35/52) des femmes rapportent avoir fait de la prostitution au cours des douze mois précédant l’incarcération.
  - En outre, 41% (25/61) des hommes et 34% (17/50) des femmes qui ont utilisé le service disent avoir eu des partenaires sexuels UDI au cours des douze mois précédant l’incarcération:
  - Au total, 69% (41/59) des hommes et 84% (42/50) des femmes (excluant les peines fédérales) déclarent l’une ou l’autre de ces trois situations à haut risque ”.

### **Facteurs favorables et défavorables au recours au test VIH**

Évaluation de l’utilité et de l’accessibilité des services de counselling et de dépistage du VIH en milieu carcéral, Beauchemin et Labadie 1997:

- “ Pour plusieurs détenus, la demande de dépistage s’inscrit dans une démarche personnelle visant à faire un bilan de vie, à savoir où ils en sont et à quoi s’en tenir pour l’avenir. Malgré qu’ils anticipent des bouleversements majeurs à l’annonce d’une séropositivité, les détenus “ veulent savoir ”, pour protéger les autres ou pour planifier leur avenir et celui de leurs proches et de leurs enfants.
- L’incarcération peut favoriser le recours au service de dépistage du VIH en prison puisqu’elle impose l’abstinence aux détenus et qu’elle leur permet de “ dégeler ”.
- L’assurance d’un counselling post-test et d’un suivi soutenu de la part d’intervenants qualifiés en prison constitue en effet pour plusieurs détenus une condition favorisant l’accessibilité et l’utilisation du service de dépistage du centre de détention.
- Parmi les facteurs entravant l’utilisation du service de dépistage, à l’É.D.M., on note principalement:
  - Un manque d’information concernant l’existence même du service.
  - Les récriminations à l’encontre du service de santé de l’établissement. (en l’absence d’une relation de confiance et de respect mutuel, les gens n’utiliseront pas le service de dépistage).
  - Les problèmes d’analphabétisme parmi les détenus peuvent aussi limiter l’accès à l’information écrite.
  - Surtout parmi les hommes, la méfiance à l’endroit des institutions (police, MSP, santé) est telle qu’aucune garantie de confidentialité, ni d’anonymat, ne pourrait les convaincre d’utiliser le service de dépistage.
- Par ailleurs, pour bon nombre de clients, la crainte d’un bris de confidentialité ne constitue pas une raison suffisante pour ne pas utiliser le service de dépistage offert en prison.
- Le rattachement administratif du service de dépistage du VIH au CLSC Ahuntsic - plutôt qu’au service de santé du centre de détention - ne constitue pas, de l’avis des participants à l’étude, une caractéristique fondamentale du service qu’il faille à tout prix préserver ”.

### **Nature des services de dépistage offerts (ressources et organisation)**

- Les services de dépistage actuels en milieu carcéral (ainsi que les rencontres individuelles et de groupes) s'adressent plus particulièrement aux détenus dont la sentence est de plus d'un mois. Les personnes qui ont des sentences courtes, ou les personnes qui sont libérées avant d'avoir obtenu leur résultat sont référés dans la communauté (ex.: équipe UDI de l'hôpital St-Luc, équipe itinérance du CLSC des Faubourgs ou à la clinique Actuel) (Bilan de la Phase III).
- En milieu carcéral, il existe un problème d'accès; le temps d'attente est d'environ une semaine, mais le service n'est pas accessible lors d'absence de la ressource affectée à ce travail (Bilan de la Phase III).
- Il y a d'importants problèmes de prise en charge et d'accès aux soins et services (programme d'accès à la désintoxication à la méthadone, suivi psychosocial...) lorsque le client retourne dans la communauté (Bilan de la Phase III).
- En milieu carcéral, les services reliés au dépistage rejoignent peu la clientèle homosexuelle. Ce problème fait partie de la culture de ce milieu et de la discrimination à l'égard de cette clientèle par les pairs (Bilan de la Phase III).
- Le financement des services de dépistage offerts actuellement en milieu carcéral doit être assumé par d'autres instances que La DSP. Une programmation globale (incluant les services de dépistage) doit être élaborée pour le milieu carcéral en concertation avec l'ensemble des acteurs impliqués. La DSP sera présente à des tables de concertation visant le développement et la mise en œuvre d'une telle programmation globale.

**Mobilisation des personnes infectées** (comportements sécuritaires / prise en charge clinique)  
N/D

## **ANNEXE 4**

### **NOMBRE DE TESTS VIH FAITS ET TAUX DE POSITIVITÉ CENTRES DÉSIGNÉS DE L'ENSEMBLE DU QUÉBEC ET CENTRES DÉSIGNÉS SITUÉS DANS LA RÉGION DE MONTRÉAL; 1987 - 1997**

**NOMBRE DE TESTS VIH FAITS ET TAUX DE POSITIVITÉ  
CENTRES DÉSIGNÉS DE L'ENSEMBLE DU QUÉBEC ET CENTRES  
DÉSIGNÉS SITUÉS DANS LA RÉGION DE MONTRÉAL; 1987 - 1997**

ANNÉE	ENSEMBLE DES CENTRES DÉSIGNÉS AU QUÉBEC		CENTRES DÉSIGNÉS LOCALISÉS SUR L'ÎLE DE MONTRÉAL	
	ÉCHANTILLONS ANALYSÉS	TAUX DE VIH POSITIFS (%)	ÉCHANTILLONS ANALYSÉS	TAUX DE VIH POSITIFS (%)
1987	41,222	6,6		
1988	55,895	4,0		
1989	71,630	3,2		
1990	75,520	3,2		
1991	96,332	2,8		
1992	117,399	2,4	87,999	2,8
1993	141,190	1,7	102,795	2,2
1994	151,355	1,7	109,163	2,1
1995	138,575	1,8	98,226	2,2
1996	162,275	1,5	112,869	1,9
1997	189,012	1,2	133,951	1,4

Source: Données obtenues du Programme québécois de sérodiagnostic de l'infection au VIH, LSPQ