

***Évaluation des « Services intégrés
de dépistage et de prévention » des infections
transmissibles sexuellement et par le sang***

Résultats de l'étude de faisabilité

Andrée Laberge, Ph.D.

Pierre Bergeron, MD. Ph.D

Claude Rossi, M.A.

**Institut national de santé publique du Québec
Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale**

Québec

Mars 2004

Table des matières

Introduction	3
A- L'objet d'évaluation	5
1 L'histoire du développement	5
1.1 Pourquoi des SDA du VIH/sida ?	6
1.2 Pourquoi un « réaménagement » des SDA ?	6
1.3 Pourquoi la solution des SIDEPS ?	7
2 Les caractéristiques des SIDEPS	8
2.1 Le mandat et les clientèles visées	9
2.2 La stratégie de changement et les ressources	9
3 L'état et le contexte d'implantation	10
3.1 L'état d'implantation	10
3.2 Les éléments de contexte	11
B- Le dépistage et la prévention des ITSS	13
1 La problématique des ITSS	13
1.1 Les ITS	13
1.2 Le VIH/sida	14
1.3 Le VHC	14
2 Le dépistage comme outil de prévention	15
2.1 Les retombées potentielles ou les avantages	16
2.2 Les conditions de pertinence et d'acceptabilité	18
2.3 En somme	19
C- Les enjeux et les recommandations	20
1 Les enjeux	20
2 Les recommandations	23
Bibliographie	25
Annexe A Liste des personnes consultées	27

Introduction

En juin 2001, la Direction générale de la santé publique (DGSP) propose un « réaménagement » des services de dépistage anonyme (SDA) du VIH/sida offerts principalement par les CLSC. Les nouvelles orientations nationales (MSSS, 2001) vont dans le sens d'un élargissement de l'offre de service, de façon à intégrer les activités de dépistage et de prévention du VIH/sida, des infections transmissibles sexuellement (ITS) et des hépatites virales (HV). Cette intégration est jugée souhaitable pour mieux mettre à profit l'expertise développée par les SDA et augmenter la capacité de rejoindre les clientèles vulnérables.

La DGSP souhaite procéder à l'évaluation des Services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP) des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Cette évaluation est jugée nécessaire, d'une part pour identifier des facteurs déterminants de l'implantation et du bon fonctionnement des SIDEP, de même que de la production des effets souhaités. D'autre part, elle devrait permettre de dégager des pistes de solutions quant aux stratégies ou aux mécanismes susceptibles de favoriser la mise en place de conditions favorables à l'atteinte des objectifs de santé visés. Une telle évaluation, centrée sur la recherche de solutions, paraît d'autant plus importante que les problématiques du dépistage et de l'adaptation des services et des pratiques aux besoins des personnes vulnérables sont au cœur de la prochaine stratégie nationale de lutte contre le VIH/sida, les ITS et les hépatites virales (MSSS, 2004).

Le mandat de l'élaboration du devis et de la réalisation des travaux d'évaluation a été confié à l'Institut national de santé publique et à la Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale. Pour assurer de bien répondre aux besoins des mandataires, les chercheurs ont jugé bon de procéder à une étude préalable de « faisabilité ». Les objectifs étaient les suivants :

- avoir une compréhension adéquate des enjeux sous-jacents à la transformation des SDA en SIDEP ;
- identifier les besoins spécifiques d'information des décideurs ;
- vérifier la présence (ou non) dans l'environnement de facteurs favorables à la réalisation d'une évaluation.

Cette étude de faisabilité a été réalisée en trois temps. Il s'agissait d'abord de reconstruire l'histoire du développement des SIDEP, et ce, de façon à répondre le mieux possible aux questions suivantes : pourquoi la solution initiale des SDA du VIH ? quels sont les nouveaux problèmes qu'on veut régler ? pourquoi la solution des SIDEP ? Ensuite, il s'agissait de décrire sommairement les SIDEP sous les angles suivants : mandats et objectifs, clientèles visées, activités et fonctionnement, ressources consenties, contexte d'implantation, stratégies privilégiées, état d'implantation. Enfin, il s'agissait de vérifier l'état des connaissances scientifiques et expérientielles sur la problématique du dépistage et de la prévention des ITSS, de même que sur les

Résultats de l'étude de faisabilité

conditions et les formes d'intégration favorables à la réponse aux besoins des clientèles dites plus vulnérables.

L'information a été obtenue de trois sources principales, soit : par entrevues exploratoires avec des informateurs clés du MSSS, des Régies régionales, des CLSC, d'organismes communautaires et de milieux cliniques (liste : annexe A) ; par l'étude de la documentation écrite (revue sommaire de la littérature, documents administratifs, description de programmes) ; par observation directe de séances de formation dispensées aux gestionnaires et aux intervenants des futurs SIDEPS.

Les résultats de cette étude de faisabilité remettent en cause la pertinence d'élaborer, à ce moment-ci, un devis formel d'évaluation. En effet, à la lumière de l'information recueillie sur le contexte et l'état d'implantation des SIDEPS, il paraît évident que les conditions ne sont pas favorables à la réalisation de travaux d'évaluation susceptibles de mettre en évidence les retombées positives des efforts consentis au réaménagement des SDA. Par ailleurs, une analyse plus poussée de l'information disponible nous a permis de soulever certaines hypothèses quant aux conditions favorables à l'implantation et au bon fonctionnement des SIDEPS, et à celles pour assurer la faisabilité et l'utilité d'une évaluation ultérieure. Ces hypothèses ont été validées auprès d'experts provinciaux et régionaux en matière de dépistage et de prévention des ITSS, et permettent de formuler des recommandations spécifiques qui devraient être utiles pour soutenir les travaux du Ministère.

A- L'objet d'évaluation

En 2001, le MSSS publie de nouvelles Orientations nationales dans lesquelles il prend position en faveur d'un « réaménagement » des Services de dépistage anonyme (SDA) du VIH/sida implantés dans les CLSC. Les changements proposés vont dans le sens suivant :

- l'élargissement de l'offre de service de dépistage pour le VIH/sida et l'intégration des services de dépistage et de prévention des ITS (ou MTS) et des hépatites virales (incluant la vaccination contre les hépatites A et B) ;
- l'adaptation des services et des pratiques pour augmenter l'accessibilité du dépistage aux populations vulnérables et, plus particulièrement, le passage d'une approche de « réponse à la demande » à une « offre de service » plus ciblée pour rejoindre les groupes plus à risque ;
- le renforcement du volet prévention, via la réalisation d'interventions pour faciliter l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires, principalement chez les personnes infectées et leurs partenaires ;
- le développement de relations plus étroites avec les autres ressources et programmes du CLSC (ex. : clinique jeunesse), les ressources médicales de première ligne et les ressources communautaires.

Ce réaménagement des SDA, devrait être favorable au développement et à la consolidation de « noyaux d'expertise pour la prévention, le dépistage et le counselling, et le traitement précoce des ITSS », soit les SIDEPS (MSSS, 2001).

1 L'histoire du développement

La reconstitution de l'histoire de développement des SIDEPS est essentielle pour comprendre la nature et l'importance relative des problèmes qu'on veut régler, et apprécier en quoi, comment et à quelles conditions la solution proposée est susceptible de contribuer à leur résolution. La réalisation de cette étape, essentielle pour comprendre la logique d'intervention et préalable à l'évaluation de programme, repose sur l'accessibilité et la qualité de l'information disponible. Dans ce cas-ci, cette reconstitution n'a pas été facile à faire, dans la mesure où les changements qui ont donné lieu aux SIDEPS semblent de type opportuniste, plutôt que planifiés, qu'il y a peu d'écrits pour en rendre compte et que les acteurs ont changé fréquemment. En ce sens, ce rapport n'a pas la prétention de présenter une reconstitution fidèle et chronologique des faits, mais plutôt de proposer une compréhension de l'histoire du développement des SIDEPS, et ce, en tentant de répondre aux trois sous-questions suivantes : a) pourquoi des SDA du VIH/sida (quels problèmes voulait-on régler ?) b) pourquoi un réaménagement des SDA (quels problèmes sont survenus ?) c) pourquoi la solution des SIDEPS (quels nouveaux problèmes veut-on régler ?).

1.1 Pourquoi des SDA du VIH/sida ?

C'est à la fin des années '80, dans le cadre de la phase II de la Stratégie québécoise de lutte au VIH/sida, que le MSSS a financé le développement des premières équipes spécialisées de dépistage anonyme en CLSC (deux à Montréal, une à Québec, une à Sherbrooke). Le mandat de ces équipes suprarégionales était triple : assurer l'accès à des tests de dépistage anonymes pour le VIH/sida ; développer l'expertise en counselling pré et post-test, incluant la notification des partenaires ; diffuser l'expertise et soutenir les ressources d'autres régions. À cette époque, le développement différencié de ressources spécialisées en VIH/sida, plutôt que leur intégration aux services existants pour les autres maladies infectieuses, reposait principalement sur les raisons suivantes : la maladie était hautement mortelle et fortement stigmatisée, elle touchait particulièrement certains sous-groupes de la population concentrés en territoires urbains, il n'y avait pas de traitements disponibles et les connaissances étaient sous-développées (Laberge *et al.*, 2000). Dans ce contexte, le dépistage était considéré comme un outil important de prévention secondaire, et l'anonymat était jugé essentiel pour faciliter l'accès aux clientèles à risque.

En 1994, la phase III de la Stratégie québécoise intègre pour la première fois les orientations en matière de lutte au VIH/sida et aux MTS. Par ailleurs, ces nouvelles orientations ne remettent pas en cause la mission des SDA. Au contraire, le MSSS injecte 1,5 millions pour soutenir le développement de nouveaux SDA et augmenter l'accessibilité géographique des tests de dépistage du VIH/sida. Les nouveaux SDA, le plus souvent implantés en CLSC, sont jumelés à l'une ou l'autre des quatre équipes spécialisées. En 1997, plus de soixante-dix SDA sont en opération et couvrent l'ensemble du territoire québécois. Les premières équipes spécialisées, tout en conservant un rôle majeur dans leur région, perdent toutefois leur vocation suprarégionale.

1.2 Pourquoi un « réaménagement » des SDA ?

Trois facteurs sont évoqués pour justifier la nécessité d'un réaménagement des SDA. Premièrement, avec l'évolution des traitements et la transformation de la problématique, on observe une augmentation de l'espérance de vie avec le VIH et la diminution de la peur de l'infection. Ces changements sont associés à un déplacement de la maladie chez les populations socialement très vulnérables et plus difficilement rejointes par les ressources du réseau, comme les utilisateurs de drogues par injection (UDI) ou les jeunes de la rue, ayant de multiples problèmes sociaux et de santé (ex. : toxico, VIH, itinérance). Deuxièmement, les résultats du bilan de la phase III de la stratégie de lutte au VIH et aux MTS suggèrent une sous-utilisation des ressources des SDA, qui effectuent moins de 4 % de l'ensemble des tests de dépistage. Comme le taux de séropositivité est inférieur à 1 %, les résultats mettent aussi en évidence une relative incapacité à rejoindre les clientèles les plus à risque, comme c'est aussi le cas pour les autres services de dépistage. Différentes hypothèses sont formulées pour expliquer ces résultats, dont la surestimation du besoin d'anonymat, et la difficulté d'adaptation des

Résultats de l'étude de faisabilité

structures et des pratiques à l'évolution des besoins des clientèles visées. Troisièmement, ces résultats alimentent les revendications d'acteurs des cliniques médicales privées et des organismes communautaires (OC) qui souhaiteraient un redéploiement des ressources disponibles en fonction du volume de tests de dépistage effectués et de la capacité relative de rejoindre les clientèles plus à risque. Dans ce contexte, on craint de perdre l'expertise de pointe qui s'est développée dans les CLSC en matière de dépistage et de prévention du VIH/sida. À la lumière de cette information, les SIDEP semblent donc nés de la volonté de résoudre deux types de problèmes :

- un problème de santé publique, résumé de la façon suivante : comment, tel que recommandé dans la phase IV de la Stratégie de lutte au VIH/sida (à nouveau différenciée), augmenter la capacité de rejoindre les populations vulnérables et mieux prévenir la transmission de cette infection ?
- un problème de nature organisationnelle et de gestion de ressources : comment mieux mettre à profit l'expertise développée dans les SDA, de façon à préserver et consolider les services publics de dépistage et de prévention du VIH/sida disponibles dans les CLSC ?

1.3 Pourquoi la solution des SIDEP ?

Les SIDEP semblent donc résulter de choix qui ont été faits pour résoudre une double problématique : d'une part, l'intégration des services de dépistage et de prévention des ITSS paraît être la solution au problème de santé publique ; d'autre part, la confirmation du rôle et de la responsabilité des SDA en ce sens serait une solution aux problèmes organisationnels. Voyons plus particulièrement les logiques sous-jacentes à chacun de ces choix.

➤ Pourquoi intégrer ?

La volonté d'intégrer les services et les maladies se situe, vraisemblablement, à la jonction de deux courants de pensée. D'abord, des travaux récents ont démontré les liens étroits entre le VIH, les ITS et les hépatites virales. En effet, on observe que la présence de ITS augmenterait le risque d'acquisition du VIH, et que les programmes de prévention du VIH aideraient à prévenir les ITS, dans la mesure où les populations vulnérables visées sont les mêmes. Il en serait de même pour les hépatites virales qui, de plus, interféreraient avec le traitement du VIH. Dans ces conditions, Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande une intégration des services de dépistage, et des actions préventives plus concertées sur les déterminants communs des trois types d'infections (facteurs de vulnérabilité et modes de transmission). Ensuite, les résultats de travaux sur l'efficacité des stratégies et des interventions pour rejoindre les clientèles ayant de multiples problèmes sociaux et de santé associés confirment la supériorité des approches plus globales, auprès de groupes ciblés, qui permettent la prise en compte simultanée des différents problèmes et une action plus concertée sur les facteurs de vulnérabilité communs (Mercier et Beaucage, 1997)). Ces deux courants de pensées

soutiennent la pertinence d'aller dans le sens de l'intégration des services, dans le premier cas sur la base des maladies (dépistage et prévention des ITSS), dans le deuxième cas sur la base des clientèles (tous les services requis, par exemple, pour les UDI ou pour les jeunes).

➤ Pourquoi confier ce mandat aux SDA ?

La solution organisationnelle proposée, soit le réaménagement des SDA, s'inscrit aussi dans une logique d'intégration, mais sur la base des ressources cette fois-ci. En effet, dans un contexte de décroissance, marqué par l'imposition de restrictions budgétaires, l'intégration des ressources disponibles est vue comme une solution pour maintenir ou augmenter la capacité de répondre à la demande de services (Contandriopoulos *et al.*, 2001). Dans ce cas-ci, cependant, attendu la difficulté des SDA à s'imposer comme un acteur majeur en matière de dépistage et de prévention du VIH/sida, la décision de faire de ces ressources le point d'ancrage des nouveaux services intégrés pourrait être questionnée.

L'information recueillie suggère que cette décision traduit une volonté des instances nationales de santé publique de préserver les ressources et l'expertise des ressources locales, et de consolider ainsi la place des services publics en matière de dépistage et de prévention des ITSS. Ce choix est facilement justifiable, sous l'angle de l'imputabilité des instances de santé publique et de la difficulté subséquente de confier la mission du développement des SIDEP aux cliniques privées, aux OC, ou à d'autres ressources qui échappent en grande partie au « contrôle » du secteur public. Il l'est aussi sous l'angle de la nature des objectifs poursuivis ou des priorités d'intervention (ex. : traitement de l'individu versus protection de la santé publique ; prévention de la toxicomanie versus dépistage du VIH).

Cette confirmation du rôle et des responsabilités des ressources locales de santé publique en matière de dépistage et de prévention des ITSS est toutefois conditionnelle à l'introduction de changements majeurs qui vont dans le sens du décloisonnement des ressources, du développement de nouvelles formes de collaboration, et de l'adaptation des structures et des pratiques pour mieux répondre aux besoins des populations vulnérables. En ce sens, le réaménagement des SDA est aussi vu par les instances centrales comme une occasion pour « forcer » un virage essentiel vers les populations plus difficilement rejointes et jugées prioritaires.

2 Les caractéristiques des SIDEP

Voyons plus particulièrement comment se caractérisent les SIDEP lorsqu'on considère la définition de leurs mandats et des clientèles visées, de même que la stratégie d'implantation privilégiée et les ressources disponibles.

2.1 Le mandat et les clientèles visées

Dans ses Orientations de 2001, le MSSS ne confie pas aux SIDEPS l'exclusivité des services de dépistage des ITSS, mais leur reconnaît toutefois une certaine forme de leadership pour l'organisation et la dispensation de services intégrés de dépistage et de prévention pour les populations vulnérables, particulièrement celles plus difficilement rejointes par les autres ressources. Les groupes vulnérables visés sont les UDI, les hommes qui ont eu des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH), les travailleurs du sexe, les autochtones, les femmes et les jeunes en difficulté, les personnes originaires de pays où le VIH est endémique, de même que toutes autres personnes à risque d'être infectées par une ITSS (INSPQ, 2003). L'actualisation de ce mandat devra se faire en tenant compte des spécificités régionales et locales. En ce sens, il ne s'agit pas de développer un modèle unique d'organisation et d'uniformiser à tout prix l'offre de service mais plutôt de l'adapter de façon à mieux répondre aux besoins de soins et de services de la population et des caractéristiques des territoires (ex. : prévalence relative des ITSS, disponibilité et spécificité des ressources, besoins non comblés, populations non rejointes).

Tout en reconnaissant la nécessité d'un dépistage plus ciblé et, en ce sens, la pertinence d'accentuer les efforts pour mieux rejoindre les clientèles vulnérables, plus difficilement rejointes par les autres ressources, le MSSS réaffirme la primauté du principe « d'accessibilité pour tous ». Au nom de ce principe, les SIDEPS devraient continuer d'offrir le test de dépistage anonyme du VIH, et assurer que les services sont accessibles à toute la population : « Un SIDEPS ne refuse pas une demande de services sous prétexte que la personne ne fait pas partie de la clientèle visée, mais elle pourra être encouragée à utiliser d'autres ressources ou services » (MSSS, 2001). La clientèle visée par les SIDEPS est donc la population générale et la population plus à risque.

2.2 La stratégie de changement et les ressources

La responsabilité de la mise en œuvre des orientations nationales et de l'actualisation du mandat des SIDEPS relève des instances régionales et locales de santé publique. Le Ministère consacre toutefois des efforts importants pour soutenir l'introduction des changements jugés souhaitables, et faciliter ce virage des SDA vers les SIDEPS. Ces efforts sont principalement de trois types :

- le soutien à la transformation des pratiques, via la définition d'un panier de services de base, le développement d'un programme de formation de niveau universitaire s'adressant d'abord aux intervenants des SDA, de même que la modification récente du Code des professions (Loi 90) pour permettre aux infirmières d'initier des tests de dépistage ;
- le soutien au marketing du dépistage, via le développement d'outils de promotion / sensibilisation qui pourront être utilisés et adaptés par les régions ;

Résultats de l'étude de faisabilité

- la mise en place d'un système d'information pour faciliter le monitoring des activités, de même que la réalisation de travaux d'évaluation utiles à la prise de décision

Par ailleurs, au moment de l'étude, il n'y avait pas de nouvelles ressources prévues pour soutenir le réaménagement des SDA, ni la dispensation du programme de formation dont les coûts devront être assumés par les organismes régionaux et locaux. L'actualisation du mandat des SIDEPS doit donc se faire à même les ressources déjà disponibles pour le dépistage et la prévention du VIH/sida (budgets des SDA), des ITS (sans budget spécifique) et des hépatites virales (budget VHC, non reconduit en 2004). Il s'agit de sommes relativement minimes, le plus souvent gérées séparément plutôt que de façon intégrée. Dans la majorité des cas, les SDA disposent d'une seule personne, généralement une infirmière, dont la disponibilité varie de 0,5 à 5 jours / semaine selon le milieu. Bien qu'il y ait quelques exceptions, les services sont dispensés surtout de jour, durant les heures régulières de travail, et le plus souvent sur rendez-vous. D'une certaine façon, cette relative rareté de ressources « contraint » les SIDEPS à développer de nouveaux liens de collaboration avec les autres acteurs de leur environnement (plutôt qu'à fonctionner en vase clos) pour pouvoir remplir leurs nouveaux mandats élargis.

3 L'état et le contexte d'implantation

Posons d'abord que, bien que les Orientations nationales aient été publiées en 2001, ce n'est qu'au printemps 2003 qu'a été adoptée la loi 90 modifiant le code des professions pour faciliter l'initiation par les infirmières de tests diagnostiques pour des fins de dépistage. Quant au programme de formation élaboré pour soutenir l'adaptation des pratiques, il a été dispensé aux responsables et aux intervenants des futurs SIDEPS à l'automne de la même année.

3.1 L'état d'implantation

L'information recueillie suggère une grande variabilité dans l'état d'avancement du réaménagement des SDA et l'implantation des SIDEPS, de même que dans l'importance relative des efforts consentis à cette fin par les acteurs régionaux et locaux. Dans plusieurs régions, les changements semblent se faire à la marge et sans transformation majeure des pratiques (intégration des tests de dépistage VIH et ITS ; vaccination VHA et VHB). Dans d'autres régions, les SDA auraient développé de nouvelles modalités de dispensation des services (ex. : travailleur de rue, unité mobile) et de nouvelles formes de collaboration avec les organismes communautaires, plus adaptées à la réponse aux besoins des clientèles socialement très vulnérables. Enfin, les efforts consentis auraient été particulièrement importants dans la région de Montréal ; la Régie a en effet investi près de 1,3 millions pour soutenir l'adaptation des SDA, mais surtout créer 5 nouvelles « Équipes de dépistage et de prévention des ITSS », dédiées aux jeunes de la rue et aux UDI, et implantées sur des territoires désignés. Dans cette région, le nombre

Résultats de l'étude de faisabilité

de ressources disponibles serait donc passé de 13 (en 1999) à 18,7 (2001-02) équivalent temps complet, et le changement aurait été soutenu par des programmes de formation et des outils d'intervention développés régionalement.

Différents facteurs pourraient expliquer ces variations, comme les caractéristiques des territoires, lorsqu'on considère l'importance relative des problématiques sociales et de santé (ex. : prévalence du VIH, de la toxicomanie, de l'itinérance), et les ressources disponibles (ex. : nombre de SDA du VIH, présence ou non de cliniques médicales spécialisées dans le traitement des MTS et du VIH, cliniques jeunesse). Les habitudes de pratique seraient aussi déterminantes. En effet, dans la majorité des cas, les changements rapportés sont déclarés antérieurs à la publication des Orientations nationales.

Enfin, les résultats d'un bilan récent, réalisé par la Direction de santé publique de Montréal (Lambert et Sissoko, 2003) mettent en évidence que, malgré les efforts consentis pour mieux cibler les populations à risque, les UDI et les autres groupes très vulnérables auraient été peu rejoints, et l'offre de service à la population générale n'aurait pas diminué. Dans ces conditions, les taux de séropositivité seraient aussi demeurés stables (1,1 %) et les interventions de prévention secondaire auraient été relativement rares. Selon les auteurs de l'étude, ces résultats s'expliqueraient en partie par :

- le manque de spécificité des interventions souhaitées et les divergences de points de vue sur la pertinence des interventions extra-muros ou auprès des clientèles plus marginales ;
- le manque de ressources, particulièrement pour déployer les activités extra-muros démontrées plus dispendieuses, et l'utilisation de celles disponibles à d'autres fins (affectation à d'autres tâches cliniques, non-remplacement de congés de maladie) ;
- le déplacement sur le territoire et la non-visibilité de certaines populations à risque particulièrement difficiles à rejoindre ;
- la difficulté de développer des liens stables essentiels avec les organismes communautaires et d'harmoniser les philosophies d'intervention ;
- l'interdépendance étroite avec un environnement externe fragmenté (ex. : cliniques médicales, ressources de toxicomanie, centres de détention, centres jeunesse) et l'absence de plan global ou de mécanismes pour assurer la convergence et la coordination d'ensemble des pratiques (Lambert et Sissoko, 2003).

3.2 Les éléments de contexte

Le contexte dans lequel s'implantent les SIDEPS est marqué par des changements majeurs en santé publique de même que dans l'ensemble du réseau. En effet, la nouvelle Loi et le nouveau Programme national de santé publique (MSSS, 2003)

Résultats de l'étude de faisabilité

structurent et définissent le champ d'intervention de la santé publique, déterminent les cibles et les interventions prioritaires, et modifient les relations entre les instances nationales, régionales et locales de santé publique. Si la nouvelle Stratégie de lutte au VIH, aux ITS et au VHC (MSSS, 2004), élaborée en conformité avec les orientations du PNSP confirme le rôle des SIDEPS, elle campe surtout la nécessité d'approches plus concertées en matière de prévention et de dépistage pour augmenter la capacité collective (plutôt qu'individuelle) d'atteindre les objectifs de santé visés. Des efforts importants ont été et seront encore consentis au développement et à l'implantation de plans d'action régionaux (PAR) et locaux (PAL) de santé publique cohérents avec le PNSP. Les efforts subséquents qui pourront être consacrés à l'implantation des SIDEPS dépendront fortement de la place qui leur sera dévolue dans les PAR et les PAL, et de la capacité relative de mise en œuvre de ces plans intégrateurs.

L'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux sera par ailleurs touché par des transformations majeures, lorsqu'on considère : l'abolition des Régies régionales et la création d'Agences régionales de développement des réseaux locaux de services ; la fusion prévue de centres hospitaliers de soins de courte et de longue durée et de CLSC, et la redéfinition subséquente des territoires locaux ; l'adoption de la loi 25 et les modifications à venir des unités d'accréditation syndicales ; les restrictions budgétaires possibles, en santé publique comme dans d'autres secteurs. Dans ce contexte, il est probable que les efforts qui pourront être consacrés par les instances centrales, régionales et locales de santé publique à l'implantation des SIDEPS seront faibles. L'information recueillie suggère qu'il pourrait même être difficile de préserver les ressources locales dédiées à la prévention, si, dans les nouveaux établissements locaux, l'accent est mis sur la dispensation de services d'aide et de soins directs à la population. Les résultats du bilan de la Régie de Montréal suggèrent que ces craintes sont fondées (Lambert et Sissoko, 2003).

B- Le dépistage et la prévention des ITSS

La majorité des tests de dépistage du VIH, des ITS ou du VHC se font en cabinets privés ou en milieux hospitaliers, et la finalité principale est le traitement de l'infection et de ses conséquences sur la santé physique. Les SIDEPS ne devraient pas se substituer à ces ressources mais plutôt offrir des services de dépistage complémentaires, plus spécialisés, dans la mesure où la principale finalité est la prévention de la transmission des ITS et la protection de la santé de la population. Pour mieux comprendre les enjeux sous-jacents au développement de ces services, il importe de poser de façon plus spécifique la problématique des ITSS et celle du dépistage comme outil de prévention.

1 La problématique des ITSS

Dans cette section, il s'agit d'abord de situer l'importance relative des ITS, du VIH et du VHC, lorsqu'on considère leur fréquence et leur distribution respectives dans la population, puis de mettre en évidence certains enjeux spécifiques en matière de dépistage, de prévention ou de traitement de chaque groupe d'infections.

1.1 Les ITS

Au Québec, après une réduction marquée de la fréquence des ITS, voici que depuis le milieu des années 90, on observe une hausse importante sinon épidémique de ces infections, exception faite de l'hépatite B, pour laquelle il y a un vaccin efficace. Trois facteurs expliqueraient cette hausse, soit : a) la canalisation des efforts vers le VIH et la difficulté de maintenir les autres ITS à l'agenda politique ; b) l'intégration des stratégies de lutte au VIH et aux ITS, dans un contexte de restriction de ressources (d'où l'abandon des efforts de prévention des ITS) ; c) le sentiment de fausse sécurité engendré par la survenue de la trithérapie, et la non-exposition des jeunes gais aux conséquences dramatiques du VIH (d'où l'abandon des comportements sécuritaires).

Selon les données tirées de la RAMQ, 100 131 personnes auraient bénéficié du programme de gratuité des médicaments pour les ITS, de 1996 à 2000. Comme une part appréciable des ITS sont asymptomatiques, et qu'une proportion importante des partenaires (40 % à 80 %) ne seraient pas informés de leur exposition à l'infection, il est probable que les données de la RAMQ sous-estiment de façon appréciable la prévalence des ITS.

L'infection la plus fréquente et la plus largement répandue dans la population générale serait le chlamydia (de 1997 à 2001 : hausse de 53 %). Les jeunes femmes de 15 à 24 ans seraient les plus touchées. On rapporte aussi une éclosion de gonorrhée et de syphilis, surtout chez les jeunes hommes de 20 à 29 ans ayant des relations sexuelles

Résultats de l'étude de faisabilité

avec d'autres hommes (HRSH), et vivant dans la région de Montréal. Le chlamydia et la gonorrhée seraient dix fois plus fréquentes chez les populations autochtones.

Selon les travaux du comité consultatif sur les ITS (2003), la prévention des ITS passerait principalement par l'intervention préventive auprès des partenaires (IPP) des personnes infectées. Ces interventions seraient jugées prioritaires pour freiner la propagation dans les « réseaux sexuels denses » (RSD). Pour être efficace, l'IPP devrait privilégier l'approche négociée, se faire en interaction étroite avec les médecins traitants, être intégrée dans un programme global de prévention des ITS et du VIH, et bien articulée avec les soins de santé primaires. La prévention des ITS passerait ensuite par l'accroissement des efforts de prévention en milieu scolaire ou dans les cliniques jeunesse. Enfin, pour rejoindre les sujets asymptomatiques, les services de dépistage devraient être mieux ciblés et adaptés aux besoins des populations à risque élevé. L'information disponible suggère en effet une utilisation sous-optimale de ces services, lorsqu'on considère le nombre élevé de tests faits chez les sujets non à risque (pour rassurer), la difficulté à rejoindre les populations plus vulnérables, et les faibles taux de séropositivité (inférieurs à 4 % pour le chlamydia et à 1 % pour la gonorrhée).

1.2 Le VIH/sida

Au Québec, à la fin de 1999, on estimait que 16 303 personnes étaient infectées par le VIH, dont 60 % d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH), 22 % d'utilisateurs de drogues par injection (UDI) et 5 % possédant les deux caractéristiques. Environ 30 % des personnes infectées ignoreraient leur statut sérologique. C'est chez les UDI que l'incidence de nouvelles infections serait la plus élevée. On estime que 72 % des UDI séropositifs seraient aussi infectés par le VHC.

De plus en plus, autant dans les documents de l'OMS que dans ceux du MSSS, on reconnaît que la lutte efficace au VIH/sida passe par l'exercice d'un dépistage plus ciblé. D'une part le dépistage des personnes plus à risque d'être infectées (particulièrement celles déjà infectées par une ITS ou le VHC) permet d'intervenir précocement et de réduire ce risque (traitement de l'ITS ou du VHC, promotion de comportements sécuritaires). D'autre part, le dépistage des personnes séropositives est jugé essentiel dans une perspective de prévention secondaire (interventions préventives auprès des partenaires, adoption de comportements sécuritaires). La prévention du VIH passe aussi par la promotion des approches de réduction des méfaits auprès des UDI, pour réduire la transmission par contact avec des seringues infectées. Tout comme dans le cas des ITS, on rapporte actuellement une utilisation non optimale des services de dépistage (taux de séropositivité inférieur à 1 %).

1.3 Le VHC

À la fin de 1999, soit 10 ans après l'identification du premier cas, on estimait que de 40 000 à 50 000 personnes avaient été infectées par le VHC. L'âge d'acquisition

varierait de 20 à 39 ans. La prévalence serait particulièrement élevée chez les UDI et les personnes en milieu carcéral (80 %). De 15 % à 20 % des personnes infectées développeraient une cirrhose ; chez les autres, la maladie serait asymptomatique et évoluerait vers un stade chronique. Environ 70 % des personnes infectées ignoreraient leur statut sérologique.

Les approches de réduction des méfaits, utilisées pour prévenir la transmission du VIH, seraient moins efficaces dans le cas du VHC. Cette situation s'expliquerait en partie par la plus grande facilité de transmission du VHC lors de l'utilisation de seringues contaminées, associée à la difficulté des UDI de maintenir des comportements sécuritaires. Dans ces conditions, une proportion élevée des sujets rejoints par les services de réduction des méfaits seraient déjà infectés par le VHC, et les autres demeureraient hautement à risque de le devenir à la moindre « rechute ». La lutte au VHC passerait principalement par l'intervention en toxicomanie pour prévenir le passage à l'acte d'injection. Par ailleurs, le dépistage est important dans la mesure où le traitement précoce de l'infection peut permettre de prévenir une détérioration plus grande de l'état de santé.

2 Le dépistage comme outil de prévention

Dans le cadre de la pratique clinique, le patient demande de l'aide pour un problème qui lui cause de l'anxiété, avec la conviction que le médecin fera de son mieux pour le soigner. Dans le cas du dépistage, on demande à une personne en apparente santé de consulter pour un problème pour lequel elle n'a généralement pas de symptômes. C'est pour cela que le dépistage doit être volontaire, consenti de façon éclairée, et qu'il doit reposer sur de hauts standards de qualité (Gray, 2001 ; Chandrakant, 1995 ; Rimer, 1996 ; Cole et Morission, 1980). Plus particulièrement, on reconnaît que le dépistage n'est justifié que dans la mesure où :

- les services diagnostics et de traitements sont disponibles et accessibles aux personnes diagnostiquées positives ;
- les avantages pour les individus et la collectivité sont supérieurs aux désavantages ;
- l'amélioration de la santé qui en résulte est supérieure à celle attendue sans dépistage. Dans le cas des maladies infectieuses, quand la santé publique est menacée, les droits collectifs peuvent toutefois primer sur ceux des individus sous certaines conditions.

Gray (2001) constate qu'on ne porte pas assez d'attention aux effets néfastes du dépistage, qu'on ne prend pas assez en compte les coûts associés et qu'on ne vérifie pas assez la disponibilité d'un traitement acceptable. L'appréciation préalable de la présence de ces conditions est d'autant plus importante qu'il s'avère souvent très difficile de retirer un programme de dépistage une fois implanté, et ce, même en présence de preuves scientifiques en démontrant l'inutilité (ex. : imagerie foetale). Dans

le cas de maladies fortement stigmatisées, comme le VIH/sida, l'appréciation de la pertinence du dépistage doit prendre en compte, non seulement les conséquences médicales, mais aussi celles sociales (ex. : risque de rejet).

Le dépistage de plusieurs problèmes en même temps, comme c'est le cas ici, peut être complexe dans la mesure où les soins requis pour l'un ou pour l'autre sont différents, et qu'ils sont dispensés par des personnes et dans des lieux qui peuvent aussi être différents. Il peut être difficile de déterminer des critères clairs et précis d'efficacité qui reposent sur une appréciation juste des avantages et des désavantages, si ceux-ci varient selon le problème dépisté (Gray, 2001).

2.1 Les retombées potentielles ou les avantages

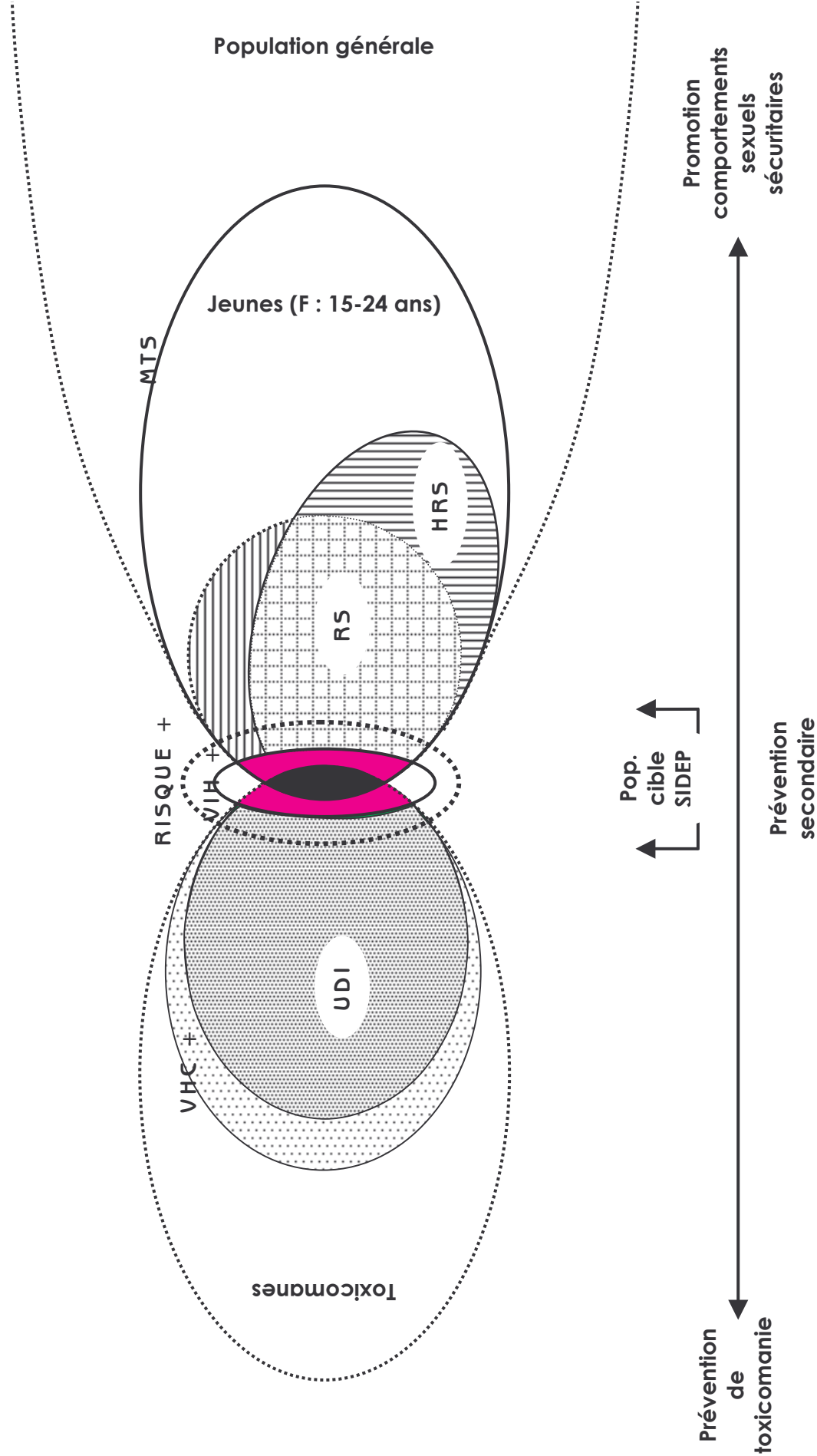
L'analyse des données sur la prévalence et la distribution des ITSS dans la population permet de constater que, s'il existe des zones de chevauchement entre les sous-groupes à risque d'être infectés par le VIH, les ITS et le VHC, les zones de différenciation sont aussi importantes, particulièrement dans le cas des ITS, plus largement répandues dans la population, et dans le cas du VHC, transmis principalement par l'utilisation de seringues infectées (graphique 1).

Plus particulièrement, le graphique 1 met en évidence que, lorsque l'accent est mis sur le dépistage des personnes partageant des facteurs de risque communs (zones de chevauchement), les retombées sont susceptibles d'être majeures pour la prévention primaire et secondaire du VIH. Dans la mesure où les efforts de dépistage ciblent les personnes des « réseaux sexuels denses », les effets sur la prévention secondaire de certaines ITS (ex. : syphilis, gonorrhée) peuvent aussi être appréciables. Par ailleurs, lorsque l'accent est mis sur les utilisateurs de drogues par injection, les retombées pour la prévention subséquente du VHC risquent d'être marginales, dans la mesure où les approches de réduction des méfaits, efficaces pour prévenir la transmission du VIH, le sont beaucoup moins lorsqu'il s'agit de prévenir la transmission secondaire du VHC.

Ce graphique met par ailleurs en évidence que la prévention des ITS plus largement répandues dans la population (ex. : chlamydia), et celle du VHC passent en grande partie par des interventions « ciblées » dans les zones différenciées. Dans le cas de ces ITS, la prévention passerait davantage par l'intervention plus large auprès des jeunes, particulièrement les femmes de 15 à 24 ans. Dans le cas du VHC, la prévention passerait plutôt par l'intervention auprès des jeunes hommes de 20 à 39 ans hautement à risque de développer des problèmes de toxicomanie, pour prévenir le passage à l'acte d'injection.

Graphique 1

Zones de chevauchement et de différenciation des ITSS des groupes à risque et des interventions préventives



2.2 Les conditions de pertinence et d'acceptabilité

L'information disponible permet de croire que l'intensification des efforts de dépistage des ITSS chez les personnes partageant et présentant de multiples facteurs de risque, de même que le passage d'une approche de « réponse à la demande » à une « d'offre de service », reposent principalement sur les postulats suivants :

- un dépistage plus ciblé et systématique des personnes infectées par le VIH ou hautement à risque de l'être (comme celles infectées par une ITS ou le VHC) permettra : a) de prévenir la transmission secondaire du VIH et de mieux protéger la santé publique ; b) d'assurer l'accès précoce aux traitements et de réduire les conséquences de l'infection au VIH sur l'individu ;
- ce dépistage ciblé contribuera par ailleurs à prévenir la transmission des ITS, et à réduire les conséquences du VHC sur la santé des individus infectés.

La pertinence et l'acceptabilité de ce dépistage ciblé dépendent de l'accessibilité et de l'efficacité des services et des interventions de prévention secondaire, de même que des traitements. Or, l'information disponible suggère plutôt un sous-développement des services et de l'expertise en matière de notification et d'interventions préventives auprès des partenaires, de même qu'une relative inefficacité des interventions visant à assurer l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires chez les personnes socialement plus vulnérables qui sont visées. Dans le cas des traitements, s'ils sont disponibles et jugés efficaces pour ralentir la progression et réduire les conséquences du VIH, on observe par ailleurs que les personnes socialement très vulnérables sont généralement peu fidèles au traitement. De plus, chez les UDI séropositifs, l'accès et l'efficacité des traitements sont étroitement liés à la capacité de l'individu de contrôler sa consommation, ce qui n'est pas toujours le cas, en plus d'être compliqués par la présence de l'infection du VHC.

Dans la mesure où les conditions nécessaires à la production des effets positifs visés sur la santé collective et individuelle ne sont pas assurées, la pertinence d'un dépistage plus systématique et ciblé des personnes dites très vulnérables pourrait être questionnée. Ce questionnement serait d'autant plus justifié si on considère les conséquences négatives potentielles sur la santé collective. En effet, l'information recueillie par entrevue suggère que, dans un contexte où on observe une faible capacité d'assurer l'adoption de comportements sécuritaires et la fidélité au traitement, le dépistage ciblé et systématique peut favoriser le développement et la transmission de souches plus résistantes du virus. Par ailleurs, chez les personnes hautement à risque, un résultat négatif peut confirmer une fausse impression « d'invulnérabilité » et accentuer les comportements non sécuritaires. b) chez les personnes séronégatives, l'accentuation de comportements non sécuritaires. Les désavantages pour l'individu peuvent aussi être importants lorsqu'on considère les conséquences d'un diagnostic de séropositivité au VIH sur la consommation subséquente de drogues ou d'alcool (rechute), ou sur la santé mentale (risque de suicide). Ces conséquences seraient d'autant plus importantes lorsque l'accès au traitement est compromis par l'incapacité de contrôler la consommation.

Résultats de l'étude de faisabilité

De la même façon, l'efficacité d'un dépistage plus ciblé des ITS chez les personnes hautement à risque d'être infectées, soit celles des « réseaux sexuels denses », dépend en grande partie de la disponibilité et de l'efficacité des interventions préventives auprès des partenaires. Dans le cas du VHC, la pertinence d'intensifier les efforts de dépistage ne fait pas consensus chez les acteurs rencontrés. Plusieurs s'inquiètent de la capacité du système d'absorber une hausse éventuelle de la demande de soins et de services de santé, attendu la disponibilité réduite des services, le sous-développement de l'expertise, et surtout le manque d'intérêt des professionnels pour cette clientèle.

2.3 En somme...

Sous certaines conditions, les retombées d'un dépistage ciblé sur les personnes ayant des comportements hautement à risque (RSD, UDI) peuvent être importantes, d'abord pour la prévention de la transmission secondaire du VIH/sida, mais aussi de certaines ITS (gonorrhée, syphilis) et, dans une moindre mesure, du VHC. Pour être efficace à cette fin, il importe en effet de pouvoir intervenir auprès des individus infectés (ou hautement à risque de l'être) et de leurs partenaires (qui doivent être identifiés), de façon à assurer l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires.

L'information disponible suggère cependant que ces conditions pour assurer l'efficacité d'un dépistage plus ciblé ne sont pas satisfaites, et que les conséquences négatives sur la santé collective et individuelle pourraient être importantes. Dans la mesure où on passe d'une approche de « réponse à la demande » à une « offre » plus systématique de service de dépistage, il devient impératif d'assurer la présence des conditions d'efficacité et que les avantages surpassent les inconvénients. Il en va de la pertinence et de l'acceptabilité du dépistage.

Par ailleurs, la prévention des ITS plus largement répandues dans la population et de leurs conséquences sur la santé reproductive (ex. : chlamydia) reposerait davantage sur l'efficacité des interventions de prévention primaire auprès des jeunes (pour inciter à adopter des comportements sexuels sécuritaires), de même que sur le dépistage et le traitement précoce, particulièrement des jeunes femmes de 15 à 24 ans. Dans le cas du VHC, la prévention passerait principalement par l'intervention en toxicomanie, pour éviter le passage à l'acte d'injection.

C- Les enjeux et les recommandations

L'analyse de l'information recueillie dans le cadre de cette étude de faisabilité permet d'abord de dégager certains enjeux sous-jacents à l'implantation des SIDEPS. Ensuite, elle permet de formuler des recommandations quant aux conditions favorables à leur bon fonctionnement et à la production des effets souhaités, de même que pour assurer la faisabilité et l'utilité de travaux ultérieurs d'évaluation.

1 Les enjeux

Les enjeux nous paraissent être principalement de quatre types : a) la multiplicité des objectifs, des cibles et des interventions ; b) l'écart entre l'importance des mandats et les ressources disponibles ; c) le passage de la « réponse à la demande » à une « offre de service » ciblée ; d) l'instabilité et les transformations de l'environnement.

➤ La multiplicité des objectifs, des cibles et des interventions

L'information recueillie dans le cadre de cette étude de faisabilité met en évidence que les SIDEPS constituent une réponse de type « opportuniste », mise de l'avant pour résoudre deux problèmes, dont un de santé publique et un de nature organisationnelle. Dans les faits, la solution des SIDEPS représente une forme de compromis acceptable entre les conditions jugées nécessaires : d'une part, pour rejoindre les personnes vulnérables et hautement à risque (approche intégrée plutôt que différenciée des ITSS) ; d'autre part, pour préserver et maximiser l'efficacité des services de dépistage et de prévention en VIH localisés en CLSC (via le réaménagement des SDA).

Si la solution proposée paraît pertinente, dans les faits elle peut être difficile à mettre en œuvre. En effet, la résolution du problème de santé publique et celle du problème organisationnel renvoient à des formes d'intégration qui peuvent être difficilement compatibles. Ainsi, la prévention de la transmission des ITSS chez les populations les plus à risque passe par le développement de formes d'intégration sur la base de clientèles ciblées (ex. : UDI, jeunes de la rue, HRSB, femmes), par le développement de relations d'interdépendance étroites avec les organismes du milieu qui rejoignent ces clientèles (ex. : OC), par l'élargissement de la gamme de soins et de services pour assurer la prise en charge de l'ensemble des problématiques sociales et de santé (ex. : santé mentale, toxicomanie, VHC, VIH), de même que par des changements majeurs dans les modes d'organisation et de dispensation des services (ex. : offre de service extra-muros, étendue des heures d'ouverture). Par ailleurs, la consolidation et la mise à profit de l'expertise et des ressources de santé publique localisées en CLSC passeraient davantage par l'intégration des approches et des services à l'interne, d'abord pour assurer la cohérence et l'harmonisation des discours et des interventions en matière de lutte aux ITSS, ensuite pour assurer un meilleur arrimage avec les autres services préventifs (ex. : clinique jeunesse) ou curatifs du CLSC. Or, comme les CLSC constituent

Résultats de l'étude de faisabilité

en quelque sorte la porte d'entrée du système de soins et de services, ils fonctionnent selon le principe de « l'accessibilité pour tous », et sont davantage orientés vers la dispensation de soins et de services de base directs à la population, et la prévention de type primaire.

Les « tensions » inévitables entre les impératifs de l'une ou l'autre de ces deux formes d'intégration se révèlent dans la multiplicité et le manque de spécificité des cibles et des interventions des SIDEP : virage vers les clientèles plus vulnérables (et définition élargie de celles-ci) versus respect du principe « d'accessibilité pour tous » ; promotion de la santé versus prévention de la transmission secondaire ; spécialisation de l'offre de service de dépistage et de prévention des ITSS versus réponse globale aux besoins des clientèles multiproblématiques. Ce manque de spécificité peut être, dans une certaine mesure, favorable à l'adaptation de l'offre de service aux caractéristiques des territoires et des populations desservies. Par ailleurs, il rend le développement et le fonctionnement des SIDEP fortement dépendants des choix et des priorités régionales (de l'Agence) et locales (du CLSC). Les résultats du bilan fait dans la région de Montréal (Lambert et Sissoko, 2003) vont d'ailleurs dans ce sens et mettent en évidence comment, dans un contexte de relative rareté de ressources, la priorité peut être accordée à la consolidation des services intra-muros plutôt qu'extra-muros (plus dispendieux) ; à la réponse aux besoins de la population générale (prévention primaire) plutôt qu'au développement d'une offre de service ciblée pour les populations plus vulnérables (prévention secondaire) ; ou encore, comment les ressources peuvent tout simplement être utilisées à d'autres fins jugées plus prioritaires pour l'organisation (ex. : réponse à la demande croissante de soins cliniques).

➤ L'écart entre les mandats et les ressources

Cette étude de faisabilité met aussi en évidence un écart important entre la nature des mandats accordés aux SIDEP et les moyens dont ils disposent. En effet, l'élargissement visé de l'offre de service, qui implique entre autres l'intégration de nouvelles problématiques, la consolidation des services de prévention secondaire et le développement d'approches extra-muros, doit se faire à même les ressources déjà disponibles, particulièrement celles allouées pour le dépistage du VIH. De la même façon, les SIDEP se voient confier le mandat d'exercer un leadership sur leur territoire en matière d'intégration des services de dépistage et de prévention des ITSS auprès des groupes vulnérables, et ce, sans se voir accorder de nouveaux « moyens » ou des outils pour agir en ce sens (ex. : pouvoirs légaux, contrôle budgétaire, spécificité et exclusivité de leur mandat).

D'une certaine façon, cet élargissement des mandats, sans ajout de ressources ou de moyens, peut avoir le mérite de forcer le développement de liens d'interdépendance avec les autres ressources (ex. : pour partager l'offre de service). Par ailleurs, l'information recueillie dans cette étude suggère que la capacité réelle des SIDEP de développer les collaborations souhaitées peut être limitée lorsqu'on considère : d'une part le caractère opportuniste de la solution organisationnelle proposée et les

Résultats de l'étude de faisabilité

retombées différentielles probables sur la prévention du VIH, des ITS ou du VHC ; d'autre part le besoin d'interdépendance des autres acteurs et leur volonté de créer de nouveaux liens, compte tenu de l'histoire antérieure de différenciation, de la relative compatibilité des philosophies d'intervention, et de la compétition pour l'accaparement des ressources disponibles. Quant à la capacité d'exercer une certaine forme de leadership sur leur territoire, elle paraît dépendante : d'abord de la place relative occupée dans le dépistage et la prévention des ITSS (ex. : seule ressource versus présence de cliniques médicales spécialisées en ITS) ; ensuite de l'existence de plans d'ensemble pour orienter les efforts régionaux et soutenir les interventions des SIDEPS en ce sens. Le bilan de Lambert et Sissoko (2003) montre que, en l'absence de plans intégrateurs, la contribution relative des SIDEPS ne peut être que marginale.

➤ De la « réponse à la demande » à une « offre de service » ciblée

Cette étude de faisabilité met aussi en évidence une volonté des acteurs centraux de santé publique d'accroître les efforts pour rejoindre les personnes infectées ou hautement à risque de l'être et mieux prévenir la transmission secondaire et les conséquences des ITSS. Cette approche, qui va dans le sens d'une « offre de service » de dépistage plus ciblée, plutôt que d'une « réponse à la demande de la population générale », n'est par ailleurs justifiée que dans la mesure où les retombées sur la santé collective et individuelle sont positives et supérieures à celles obtenues autrement. Or, à la lumière de l'information disponible, il ne semble pas que ce soit complètement le cas. En effet, les conditions pour que le dépistage soit un outil de prévention secondaire efficace ne semblent pas présentes (réf. sous-développement des services de notification des partenaires, relative inefficacité des interventions pour favoriser l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires, difficultés d'assurer la fidélité au traitement, disponibilité réduite de ressources pour assurer le traitement des personnes infectées par le VHC). Dans ces conditions, le dépistage ciblé des groupes vulnérables est susceptible d'avoir des effets négatifs sur la santé (ex. : développement de souches plus résistantes du VIH). À la lumière de cette information, la pertinence d'accroître les efforts de dépistage et surtout de passer d'une approche de « réponse à la demande » à une « d'offre de service » plus systématique et plus ciblée pourrait être questionnée.

➤ L'instabilité et les transformations de l'environnement

Enfin, cette étude de faisabilité met en évidence le caractère hautement instable de l'environnement dans lequel s'implantent les SIDEPS. Les transformations en cours sont majeures et sont susceptibles de mobiliser une bonne partie des énergies et des efforts des instances régionales et locales, directement concernées par le développement des nouveaux réseaux locaux de services, impliquant la fusion d'hôpitaux de soins de courte et de longue durée et de CLSC. Ces changements, faits dans une perspective d'amélioration de la continuité des soins et des services, auront vraisemblablement des

répercussions sur les activités de prévention. La nouvelle Loi et le nouveau Programme national de santé publique fournissent toutefois des balises à cet égard, dans la mesure où ils rendent les instances régionales et locales de santé publique directement imputables de la mise en œuvre des interventions jugées prioritaires (dont le dépistage et la prévention des ITSS), et de l'atteinte des objectifs de santé. Dans ce contexte, le développement et le bon fonctionnement des SIDEP, de même que leur capacité de produire les effets souhaités, seront étroitement dépendants de la place qui leur sera reconnue dans les plans d'action régionaux et locaux qui seront élaborés et mis en œuvre dans les mois à venir.

2 Les recommandations

À la lumière des connaissances scientifiques et expérientielles dégagées dans cette étude de faisabilité, il nous paraît souhaitable de retarder l'évaluation des SIDEP et de profiter du contexte de transformation de l'environnement pour investir des efforts supplémentaires dans la mise en place de conditions favorables au réaménagement des SDA et à l'atteinte des objectifs de santé visés.

> La mise en place de conditions favorables

Si les efforts consentis pour soutenir l'adaptation des pratiques étaient essentiels (développement d'un programme de formation, définition d'un panier de services, adoption de la loi 90), ils ne sont cependant pas suffisants pour assurer l'introduction des changements visés. En effet, l'implantation, le bon fonctionnement, de même que l'efficacité des SIDEP sont fortement dépendants de la collaboration et des interventions d'une multiplicité d'acteurs, et des conditions présentes dans l'environnement. Les résultats de cette étude de faisabilité soutiennent la nécessité de consentir des efforts supplémentaires pour :

- assurer la pertinence et l'acceptabilité d'une offre de service de dépistage ciblée comme outil de prévention secondaire :
 - en soutenant le développement de modèles d'organisation des services et d'intervention efficaces, d'abord pour identifier les partenaires des personnes infectées, ensuite pour favoriser l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires, enfin pour augmenter la fidélité aux traitements ;
 - en identifiant des stratégies, des mécanismes ou des moyens pour assurer l'accès aux soins et aux services requis par les personnes infectées ;
- préciser les cibles et les interventions des SIDEP, déterminer des critères d'efficacité et aligner les ressources en conséquences ;
- situer la contribution potentielle des SIDEP dans l'ensemble des efforts consentis au dépistage et à la prévention des ITS, du VIH et du VHC.

➤ L'objet et la stratégie d'évaluation

À la lumière des connaissances dégagées dans cette étude de faisabilité, une évaluation centrée sur les SIDEP en tant qu'objet principal est peu susceptible de mettre en évidence les retombées positives des efforts consentis au développement et à l'implantation de cette ressource. Les résultats du bilan fait par la Régie de Montréal (Lambert et Sissoko, 2003) vont dans ce sens et montrent, d'une part la dépendance des SIDEP des conditions présentes dans l'environnement interne (CLSC) et externe (régional), d'autre part les limites d'une étude qui tenterait d'isoler la contribution de cette ressource. Pour qu'une évaluation ultérieure des SIDEP soit en mesure de produire de l'information utile pour soutenir la prise de décision et orienter les efforts, nous proposons :

- de faire porter les travaux d'évaluation sur les stratégies, les mécanismes et les efforts régionaux et locaux d'organisation et de dispensation des services de dépistage et de prévention des ITSS, et de situer la place relative des SIDEP ;
- de vérifier la présence de conditions favorables ou défavorables au bon fonctionnement des SIDEP et à l'atteinte des deux types d'objectifs visés, soit : a) la consolidation et la mise à profit de l'expertise des ressources publiques de dépistage et de prévention ; b) l'augmentation de l'efficacité du dépistage comme outil de prévention secondaire.

Bibliographie

AGENCE NATIONALE DE RECHERCHE SUR LE SIDA. « Le dépistage du VIH. Politiques et pratiques », *Coll. Sciences sociales et sida*, Paris, 1996, 133 p.

CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *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*. Québec, 1996, 110 p.

CHANDRAKANT SP. *Médecine préventive et santé publique au Canada*, Québec, PUL, 1995, 399 p.

COLE P., MORISSON AS (1980). *Basic Issues in Population Screening for Cancer*, JNCI; vol. 64, n° 5 1263-1270.

COMITÉ CONSULTATIF SUR LES ITS. *Prévenir et enrayer... Situation et orientations*. Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications, 2003, 104 p.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P. ET AL. « Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre », *Ruptures*, vol. 8, n° 2, 2001, p. 38-52.

GRAY, JAM. « Evidence-based screening in the United Kingdom », *Intern, J. Tech. Health Care*, 2001, vol. 17, n° 3, p. 400-408.

Institut national de santé publique de Québec. *Programme de formation. Services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (modules I et IV)*, 2003.

LABERGE, A. et al. *Bilan de la mise en œuvre des orientations nationales en matière de VIH/sida, de MTS et de VHC : les points de vue des régions. Rapport synthèse*, Québec Institut national de santé publique du Québec et Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2002, 35 p.

LABERGE, A. et al. *Évaluation des unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS)*, Québec, Direction de santé publique de la région de Québec, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval et École nationale d'administration publique, 2000, 130 p.

LAMBERT G., SISSOKO H. *Bilan 1999-2002 des équipes de prévention et de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) des CLSC désignés de Montréal*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2003, 181 p.

Résultats de l'étude de faisabilité

MERCIER, C., BEAUCAGE, B. *Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale : recension des écrits et état de situation pour le Québec*, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 1997, 63 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Le dépistage anonyme du VIH : vers des services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales - Orientations*. Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des services sociaux, 2001, 50 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Le dépistage anonyme du VIH : vers des services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales. Orientations*, Québec ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 27 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 133 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement. Orientations 2003-2009*, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications, 2004, 56 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégie québécoise de lutte contre le sida – phase 4 – orientations 1997-2002*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 31 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégie québécoise de lutte contre les MTS – orientations 2000-2002*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, 36 p.

RIMER KB. Breast Cancer Screening. Chapter 8 in : "Diseases of the Breast". Ed. Harris, Lippman, Morrow, Hellman, Philadelphia, 1996.

Annexe A

Liste des personnes consultées

Membres du comité de suivi de l'implantation des SIDEPS :

- Martine Morin, responsable du comité, SLITSS
- Sylvie Venne, MD, DGSP
- Marie Nicole Hébert, SLITSS
- Jacques Gélinas, COCQ-sida
- Micheline Castonguay, Régie régionale de la Côte-Nord
- Suzanne Carrière, CLSC des Faubourg, Montréal

Autres informateurs :

- Richard Cloutier, SLITSS
- Benoît Vigneau, SLITSS
- Pauline Clermont, coord. MI, Abitibi
- Pierre Côté, clinique du Quartier Latin et CH St-Luc
- Marlène Imbeault, CRDA, CLSC Haute-Ville et Basse-Ville de Québec
- Monique Imbleau, INSPQ
- Marie-Claude Messely, INSPQ
- Jacques Ringuet, DSP Québec
- Marc Dionne, INSPQ