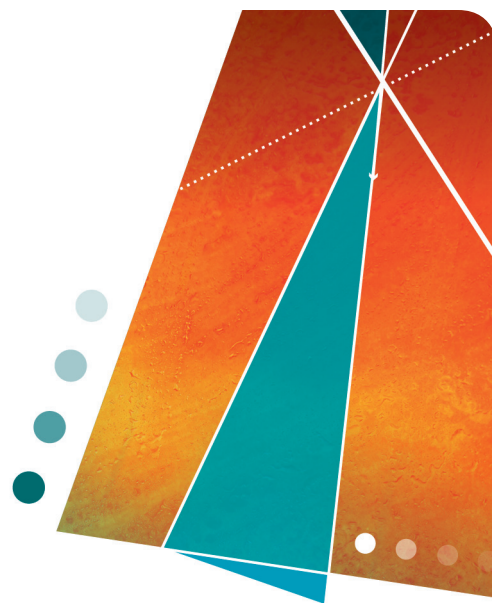


Traitement
Accessible
de l'hépatite C
auprès des Toxicomanes
Injecteurs
en milieu Communautaire



TACTIC :
un modèle de soins à bas seuil d'accès

Rapport d'évaluation

Pierre Racine

Juillet 2016



Traitement **A**ccessible de l'hépatite **C**
auprès des **T**oxicomanes **I**njecteurs
en milieu **C**ommunautaire
▼
TACTIC :
un modèle de soins à bas seuil d'accès

Direction de santé publique
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Juillet 2016

Auteur :

Pierre Racine
Agent de planification, de programmation et de recherche
Évaluation et système de soins et de services
Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse Internet
www.dspq.qc.ca, section **Documentation**, rubrique **Publications**

Pour obtenir un exemplaire de ce document, veuillez adresser votre demande à :

Centre de documentation
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
de la Capitale-Nationale (CIUSSS-CN)
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9
Tél. : 418 666-7000, poste 217 ou 521
Télécopieur : 418 666-2776
Courriel : cdocagence03@ssss.gouv.qc.ca

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015
ISBN : 978-2-550-74330-9 (imprimé)
978-2-550-74331-6 (électronique)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

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

Référence suggérée :

RACINE, Pierre. *Traitement Accessible de l'hépatite C auprès des Toxicomanes Injecteurs en milieu Communautaire (TACTIC) : un modèle de soins à bas seuil d'accès*, Québec, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique, 2016, 85 p.

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

REMERCIEMENTS

Cette étude n'aurait pu se réaliser sans l'appui et la collaboration de plusieurs personnes liées au projet « **Traitement Accessible** de l'hépatite **C** auprès des **Toxicomanes Injecteurs** en milieu **Communautaire** (TACTIC) : un modèle de soins à bas seuil d'accès ». Au premier chef, l'implication constante de la D^{re} Lucie Deshaies, médecin de famille dans l'équipe de soins, a été centrale ainsi que celle des autres membres de cette équipe. Des remerciements particuliers vont également aux personnes utilisatrices de drogues par injection infectées par le virus de l'hépatite C inscrites à ce modèle de soins et qui ont accepté de participer aux entretiens semi-dirigés. Toutes ces personnes ont grandement contribué à la réalisation de cette étude et nous les remercions sincèrement de leur précieuse collaboration.

Enfin, nous tenons à souligner la contribution de mesdames Marie-Josée Paquet et Hélène Girard pour la mise en page et la qualité d'édition de l'ensemble de la documentation produite.

RÉSUMÉ

L'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) constitue un problème majeur de santé publique à travers le monde. Dans les pays développés comme le Canada, les personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI) forment le bassin de population où le risque de transmission est le plus élevé. Le partage de seringues et de matériel d'injection en est la cause principale. Pour le Québec, on estime à 63 % la prévalence du VHC chez cette clientèle. C'est une des raisons pouvant expliquer pourquoi la Direction de santé publique (DSPublique) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), à l'intérieur de son Programme national de santé publique (PNSP) 2003-2012, en a fait une cible.

Les personnes UDI infectées par le VHC peuvent entreprendre des démarches afin de recevoir un traitement, mais ces dernières ne se concrétisent pas toujours. Les critères élevés pour y être admissibles dans les services dits « traditionnels », ainsi que les services peu adaptés dans le système de santé, ne facilitent en rien cette initiation au traitement. De plus, le manque d'information sur ce virus et la lourdeur de son traitement font partie des barrières pouvant expliquer cette situation.

Enfin, la complexité de cette clientèle est un autre frein à sa prise en charge : comorbidités psychiatriques, stigmatisation, style de vie instable, peu de soutien social, pauvreté, instabilité sur le plan du logement, sans emploi, prostitution de subsistance, violence, problèmes judiciaires, incarcérations et besoins de base non comblés.

En lien avec les diverses barrières limitant l'accès des personnes UDI infectées par le VHC vers l'initiation d'un traitement, la littérature propose, sur le plan clinique, une approche reconnue efficace. Celle-ci est basée sur une approche à bas seuil d'accès qui respecte également les principes de la réduction des méfaits et de la multidisciplinarité. C'est à partir de cette approche qu'est né le projet intitulé « **Traitement Accessible de l'hépatite C** auprès des **Toxicomanes Injecteurs** en milieu **Communautaire** (TACTIC) : un modèle de soins à bas seuil d'accès » élaboré en 2009.

Le présent rapport porte donc sur l'évaluation de ce modèle de soins à partir de l'hypothèse suivante :

La mise en place d'un modèle de soins offrant un traitement adapté à la réalité des personnes UDI en consommation active, infectées par le VHC, permet d'atteindre un taux de fidélité au traitement aussi élevé que pour une clientèle non UDI, d'augmenter leurs chances de réussite au traitement et d'améliorer leur état de santé.

Trois questions ont été retenues :

1. Le modèle de soins TACTIC rejoint-il la clientèle cible?
2. Le modèle de soins TACTIC permet-il d'améliorer l'état de santé (physique et psychologique) des personnes UDI ayant reçu un traitement du VHC?
3. Quels sont les facteurs qui ont permis la réussite du modèle de soins TACTIC et ceux qui ont représenté des contraintes?

Afin de répondre à ces questions, une étude évaluative et descriptive a été réalisée. La méthode utilisée est mixte et comporte la collecte et l'analyse de données quantitatives et qualitatives. Cette méthode permet de mieux saisir la réalité et la complexité des enjeux en lien avec l'objet à l'étude.

Pour le volet quantitatif, les données provenant des dossiers de 46 personnes UDI infectées par le VHC et traitées dans le cadre du projet TACTIC entre 2009 et 2013 ont été analysées. Pour le volet qualitatif, 10 entretiens semi-dirigés ayant permis de rejoindre 15 personnes ont été réalisés.

Les résultats en lien avec la question portant sur la clientèle cible démontrent clairement que le modèle de soins a réussi à rejoindre les personnes UDI infectées par le VHC. Ces personnes ont majoritairement commencé à consommer avant l'âge de 18 ans (moyenne d'âge : 13,3 ans); la moitié par voie intraveineuse entre 25 et 44 ans (moyenne d'âge : 25,5 ans), dont plus du quart avant l'âge de 18 ans. La médiane de la durée d'utilisation de drogues par voie intraveineuse est de 13 ans. Deux drogues sont particulièrement consommées : la cocaïne et les opiacés. Quant à l'alcool, un peu moins de la moitié de ces personnes ont mentionné qu'elles en consommaient au moment de leur évaluation. Enfin, plus de la moitié de ces personnes ont une durée estimée de l'infection par le VHC entre 2 et 9 ans. La répartition des génotypes est semblable à celle retrouvée au Québec, soit : génotypes 1 ou 4 (58,7 %); génotypes 2 ou 3 (41,3 %). Enfin, un peu plus d'une personne UDI infectée par le VHC sur 10 a une coinfection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Les résultats en lien avec la question portant sur l'état de santé des personnes UDI infectées par le VHC et traitées montrent un taux de fidélité au traitement de 95 % et plus. Aussi, 85,7 % des personnes UDI traitées avaient une réponse virologique négative à la fin du traitement et 76,2 %, une réponse virologique soutenue (RVS) (acide ribonucléique [ARN] négatif six mois posttraitement). Les personnes UDI rencontrées lors des entretiens semi-dirigés ont également relevé que leur état de santé, tant physique que psychologique, s'était amélioré au cours de cette période. Cet avis était partagé par les membres de l'équipe de soins.

Les résultats en lien avec la question portant sur les facteurs de réussite et de contrainte montrent que de façon générale, les personnes UDI infectées par le VHC sont satisfaites (100 %) des services reçus. En lien avec le bas seuil d'accès, les principaux facteurs de réussite relevés par les personnes UDI lors des entretiens semi-dirigés sont : la proximité du lieu de traitement, la flexibilité des horaires et l'adaptation des services offerts. Quelques personnes UDI ont mentionné que le lieu de traitement présentait des caractéristiques qui ne conviennent pas à tous. En lien avec la réduction des méfaits, les résultats montrent qu'il est difficile de recruter des personnes UDI infectées par le VHC pour de multiples raisons (ex. : leur perception de la lourdeur du traitement, le sentiment de ne pas être prêtes, etc.). De plus, le suivi demeure un point essentiel à l'intérieur du traitement. En lien avec la multidisciplinarité, les résultats montrent que l'équipe de soins travaille à la fois en multidisciplinarité et en interdisciplinarité. Les deux approches se chevauchent en fonction des problématiques des personnes UDI traitées et de leur complexité. Tout l'aspect concernant le fonctionnement du modèle de soins met en valeur l'importance du partenariat, du financement et de la formation aux intervenants.

En dernier lieu, les résultats globaux montrent que les personnes UDI en consommation active infectées par le VHC peuvent adhérer à un traitement et atteindre un taux de réussite très important. Ils démontrent qu'un tel traitement auprès de cette clientèle est possible dans la mesure où l'offre de service proposée est adaptée, c'est-à-dire une approche basée sur le bas seuil d'accès, tout en respectant les principes de la réduction des méfaits et de la multidisciplinarité.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des acronymes et des sigles	9
Liste des figures	11
Introduction	13
I. Problématique	15
II. Revue de littérature	17
2.1. Traitement du virus de l'hépatite C (VHC)	17
2.2. Fidélité au traitement	19
2.3. Barrières au traitement du virus de l'hépatite C (VHC)	19
2.4. Conditions de réussite au traitement du virus de l'hépatite C (VHC)	21
III. Modèle de soins TACTIC	23
3.1. Modèle logique	23
3.2. Cheminement d'une référence	26
IV. Démarche évaluative et méthodologie	29
4.1. Démarche évaluative	29
4.2. Méthodologie	31
4.2.1. Volet quantitatif	31
4.2.2. Volet qualitatif	32
4.2.3. Aspects éthiques	33
V. Résultats	35
5.1. Le modèle de soins TACTIC rejoint-il la clientèle cible?	35
5.2. Le modèle de soins TACTIC permet-il d'améliorer l'état de santé (physique et psychologique) des personnes UDI ayant reçu un traitement du VHC?	37
5.3. Quels sont les facteurs qui ont permis la réussite du modèle de soins TACTIC et ceux qui ont représenté des contraintes?	38
5.3.1. Volet « bas seuil d'accès »	39
5.3.2. Volet « réduction des méfaits »	41
5.3.3. Volet « multidisciplinarité »	42
5.3.4. Fonctionnement du modèle de soins	45
5.4. Satisfaction des services	46
5.5. Faits saillants	46
VI. Discussion	49
6.1. Conditions reliées aux composantes de l'approche du modèle de soins	49
6.2. Résultats observés	53
6.3. Conditions de réussite	55
6.4. Forces et limites	56
6.4.1. Volet quantitatif	56
6.4.2. Volet qualitatif	56
Conclusion	57
Bibliographie	59

Annexes	65
Annexe I. Modèle de soins TACTIC : buts et objectifs	67
Annexe II. Équipe de soins : activités/rôles, questionnaires, formulaires et instruments de collecte de données.....	69
Annexe III. Questions, activités, sources d'information et variables.....	73
Annexe IV. Liste des questionnaires, formulaires et instruments de collecte de données.....	77
Annexe V. Résultats – Volet quantitatif (n = 46)	79

LISTE DES ACRONYMES ET DES SIGLES

ARN	Acide ribonucléique
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSPublique	Direction de santé publique
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
MADO	Maladies à déclaration obligatoire
PAL-SP	Plan d'action local de santé publique
PAR-SP	Plan d'action régional de santé publique
PNSP	Programme national de santé publique
RVS	Réponse virologique soutenue
SurvUDI	S urveillance des maladies infectieuses chez les U tilisateurs de D rogues par I njection
TACTIC	T raitement A ccessible de l'hépatite C auprès des T oxicomanes I njecteurs en milieu C ommunautaire
UDI	[Personnes] Utilisatrices de drogues par injection
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Modèle logique du modèle de soins TACTIC	25
Figure 2 : Cheminement d'une référence.....	27
Figure 3 : Cadre conceptuel.....	30
Figure 4 : Répartition des sources d'information selon les volets quantitatif et qualitatif	35

INTRODUCTION

Ce rapport présente les résultats de l'étude portant sur un modèle de soins intitulé «**Traitement Accessible de l'hépatite C** auprès des **Toxicomanes Injecteurs** en milieu **Communautaire** (TACTIC) : un modèle de soins à bas seuil d'accès.» L'étude vise à porter un jugement sur l'adéquation entre les besoins des personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI) infectées par le virus de l'hépatite C (VHC) et le modèle de soins mis en place afin d'offrir un service adapté à cette clientèle souvent laissée-pour-compte dans le réseau de la santé et des services sociaux. La démarche proposée privilégie l'organisation des services comme un déterminant de la santé, défini comme un facteur pouvant influencer l'état de santé d'une population. En premier lieu, elle interpelle la clientèle cible ainsi que les professionnels de la santé qui offrent le service.

Cette étude a bénéficié d'un financement provenant de l'équipe maladies infectieuses de la Direction de santé publique (DSPublique) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale.

Le présent rapport comprend six sections et commence par la problématique, suivie de la revue de littérature et du modèle de soins. Il présente ensuite la démarche évaluative ainsi que la méthodologie, aborde la présentation des résultats et leur interprétation et se termine en ouvrant sur une discussion qui reprend les principaux résultats en lien avec chacune des questions posées ainsi que sur les forces et les limites de l'étude.

I. PROBLÉMATIQUE

L'infection par le VHC constitue un problème majeur de santé publique dans plusieurs pays auquel le Canada et le Québec n'échappent pas¹. Au Québec, 1 304 cas de VHC ont été déclarés en 2012 et de ce nombre, 127 proviennent de la Capitale-Nationale². La prévalence de l'infection chez les personnes UDI au Québec est similaire à celle que l'on retrouve au Canada, soit 62,0 %³. Enfin, de façon plus spécifique, en 2010, chez les participants de l'enquête **Surveillance des maladies Infectieuses chez les Utilisateurs de Drogues par injection** (SurvUDI), la prévalence de l'hépatite C chez les UDI de la ville de Québec était de 82,0 %, soit plus élevée que dans le réseau SurvUDI (70,5 %) ⁴. Enfin, pour ce qui est de la Capitale-Nationale, l'infection au VHC arrive au troisième rang des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO)⁵.

Les personnes UDI sont donc le plus grand réservoir pour la propagation de l'infection et la probabilité d'être infectées augmente avec les années d'exposition, soit jusqu'à 90,0 % après cinq années d'utilisation de la voie intraveineuse⁶. Cette infection est surtout transmise par le sang et le principal facteur de risque d'acquisition de l'infection au Canada est l'usage de drogues injectées. L'hépatite C est à l'état épidémique parmi les personnes UDI en raison du risque accru de partage de matériel d'injection⁷.

Enfin, il faut savoir que le taux estimatif annuel de mortalité et le taux de guérison des patients traités sont dépassés par le nombre de nouveaux cas d'infection et bien que l'incidence globale de l'infection diminue, les complications augmentent. Des données modélisées récentes estiment que d'ici 2035, les cas de cirrhose décompensée, d'hépatocarcinome et de mortalité vont grimper respectivement de 80 %, de 205 % et de 160 % en comparaison avec 2013⁸.

Bien que les personnes UDI représentent le plus grand bassin d'infection et de transmission du VHC, peu d'entre elles ont accès à un traitement. Plusieurs types de barrières ont été identifiées afin d'expliquer cette situation. Certaines de ces barrières concernent directement les patients, d'autres sont liées aux soignants ou au système de santé.

« Le modèle de soins TACTIC : un modèle de soins à bas seuil d'accès » se veut une réponse à cette double réalité (clientèle vulnérable – accès limité à un traitement). Il vise à offrir un traitement aux personnes UDI, à partir d'une approche reconnue efficace, basée sur une approche à bas seuil d'accès, qui intègre également les principes de la réduction des méfaits et de la multidisciplinarité. Cette approche a été implantée dans le centre-ville de Québec par le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Vieille-Capitale et a débuté en février 2009. Les services sont offerts dans un organisme communautaireⁱⁱ. Ce maillage (organisation institutionnelle et organisation communautaire) assure une offre de service à proximité du milieu de vie des usagers.

i. Réseau SurvUDI : Ce réseau, implanté en 1995, permet la surveillance épidémiologique du VIH et du VHC chez les personnes qui s'injectent des drogues. Il est constitué des régions suivantes : Outaouais, Abitibi-Témiscamingue, Montérégie, Montréal, Mauricie, Centre-du-Québec, Estrie, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Québec.

ii. De février 2009 à juin 2011, le modèle de soins TACTIC s'est déroulé à Point de Repères; par la suite, il a été offert à la Maison de Lauberivière.

Traitement accessible de l'hépatite C auprès des toxicomanes injecteurs en milieu communautaire (TACTIC) : un modèle de soins à bas seuil d'accès

L'approche proposée, après une année d'expérimentation, a semblé une avenue remplie de promesses pour cette clientèle laissée-pour-compte par le réseau de la santé. C'est ainsi qu'une demande d'évaluation, initiée par le médecin de famille de l'équipe de soins, a été faite à la DSPublique de la Capitale-Nationale, laquelle a confié le mandat à l'équipe Évaluation et système de soins et de services.

L'évaluation réalisée est axée sur l'organisation des services, particulièrement sous l'angle de l'accès et de la continuité des soins pour la clientèle cible du modèle de soins TACTIC. Trois groupes d'informateurs constituent la base d'information afin de bien cerner l'ensemble du projet : les personnes UDI, l'équipe de soins du modèle de soins TACTIC et les gestionnaires du CSSS de la Vieille-Capitale.

II. REVUE DE LITTÉRATURE

Cette revue de littérature ciblée vise à faire le point sur l'état des connaissances au regard des questions soulevées par l'objet à l'étude en lien avec : 1) le traitement du VHC; 2) la fidélité au traitement; 3) les barrières; 4) les conditions de réussite d'un traitement auprès d'une clientèle « vulnérable ».

Comme la clientèle des personnes UDI a des points en commun avec celle atteinte du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des textes abordant ces deux clientèles ont été répertoriés. Les articles retenus (principalement en langue anglaise) se situent majoritairement entre les années 2005 et 2013.

2.1. Traitement du virus de l'hépatite C (VHC)

Avant d'aborder le traitement du VHC, il est important de saisir certaines particularités de la clientèle cible. Le taux de prévalence très élevé de l'infection chez les personnes UDI au Québec peut s'expliquer par certains facteurs. Si ailleurs dans le monde la drogue la plus injectée est l'héroïne, il est important de relever qu'au Québec et dans la région de la Capitale-Nationale, c'est la cocaïne qui arrive en première place. Même si une grande proportion des personnes UDI ont une consommation mixte, l'enquête SurvUDI³ montre que la drogue la plus injectée dans les six derniers mois dans la région de la Capitale-Nationale était la cocaïne/crack à 66,0 %, suivie des opiacés médicamenteux (hydromorphone, morphine, oxycodone) à environ 30,0 % et moins de 2,0 % d'héroïne (c. 19,0 % à Montréal). Contrairement à l'héroïne, la cocaïne a une courte durée d'action et les utilisateurs doivent s'injecter plus souvent, augmentant ainsi le nombre d'épisodes à risque de transmission/acquisition de l'infection. L'injection d'opiacés de prescription venant au deuxième rang contribue également à la prévalence élevée de l'infection. Dans une récente étude menée à Montréal⁹, l'injection d'opioïdes médicamenteux, comparativement à l'héroïne, était un prédicteur indépendant de la transmission du VHC. De plus, il semble que les utilisateurs de stimulants comme la cocaïne ont une comorbidité psychiatrique plus importante et un style de vie souvent plus désorganisé que le consommateur d'opiacés.

Quoique que les bénéfices du traitement de l'hépatite C soient indéniables, les données montrent que bien peu de personnes UDI sont traitées. La littérature indique qu'au Canada, moins de 10,0 % des personnes UDI, candidates au traitement du VHC, sont traitées¹⁰. À Vancouver, entre 2000 et 2005, seulement 1,1 % de cette population ont rapporté avoir reçu un traitement, malgré la disponibilité de celui-ci¹¹. Au Québec, en 2004, le nombre de personnes traitées par rapport au nombre de personnes infectées demeure faible avec moins de 10,0 % de tous les cas déclarés dans le système des maladies à déclaration obligatoire (MADO)¹². Pour la région de la Capitale-Nationale, le système de données SurvUDI relève que 3 % seulement des personnes UDI en consommation active auraient accès au traitement.

Prise en charge de la personne infectée par le VHC et cascade de soins

Malgré la disponibilité de traitements capables d'éradiquer le virus chez la personne infectée, il est raisonnable de se questionner sur la faible proportion de personnes (particulièrement chez les personnes UDI) ayant été traitées au Canada.

La réussite du traitement de la personne infectée par le VHC est l'aboutissement d'une cascade de soins parfois complexe. Ce concept de cascade de soins nous permet de mieux cerner les lacunes du continuum de services et

de mieux comprendre l'écart entre le nombre de personnes infectées et le nombre de personnes guéries de leur infection.

La première étape de la cascade de soins demeure l'identification des personnes à risque d'être infectées et leur dépistage. Au Canada, on estime que seulement 70 % des personnes infectées ont été dépistées⁸.

Une fois l'infection confirmée par acide ribonucléique (ARN) du VHC, la personne dépistée est ensuite dirigée vers une équipe de soins. Elle doit alors accepter l'offre de référence et faire elle-même les démarches proposées. L'accès à une équipe de soins spécialisée en hépatite C n'est pas uniforme sur le territoire québécois et ces équipes sont surtout concentrées dans les grandes villes.

À la suite de l'arrimage entre la personne infectée et l'équipe de soins, la prise en charge clinique doit être maintenue jusqu'à la fin du traitement (*retention to care*). Dans le contexte de personnes UDI, le modèle de soins offert joue un rôle primordial pour le maintien du lien thérapeutique. Il est à noter que si les traitements futurs risquent d'être moins pénibles pour le patient, celui à base d'interféron utilisé lors du projet TACTIC représente tout un défi (durée, effets secondaires, fidélité au traitement, etc.). De plus, même s'il est suivi à la perfection, le traitement ne peut atteindre 100 % d'efficacité comme, d'ailleurs, aucun des autres traitements actuellement disponibles.

Enfin, la guérison de l'infection par le VHC n'amène pas une immunité contre une réinfection si de nouveaux comportements à risque surviennent. La prévention de la réinfection demeure donc une préoccupation importante chez les personnes UDI actives.

Bien que plusieurs études ont démontré l'efficacité de certains programmes d'intervention chez les personnes UDI en Europe et en Amérique du Nord^{13,14,15,16,17,18,19}, la plupart des participants de ces études faisaient l'usage d'héroïne/opiacés, et non de cocaïne, comme les personnes UDI de la Capitale-Nationale.

La prise en charge et le traitement de l'hépatite C sont complexes. Au début du projet en 2009, les lignes directrices canadiennes recommandaient que les personnes UDI soient traitées en bithérapie (peginterféron et ribavirine). Le peginterféron est un immunomodulateur qui est administré une fois par semaine par injection sous-cutanée; la ribavirine est prise deux fois par jour par voie orale. La bithérapie est associée à une RVS (éradication du virus) dans 42 % à 48 % des porteurs du génotype 1 et jusqu'à 82 % des porteurs des génotypes 2 et 3^{10,20,21,22}. L'ajout, à partir de 2012, d'une troisième molécule pour le génotype 1 (bocéprévir ou télaprévir) a permis d'améliorer la RVS, mais a également complexifié le traitement. En effet, le traitement du VHC à base de peginterféron et de ribavirine est associé à de nombreux effets secondaires tels que le syndrome pseudogrippal, la dépression, l'insomnie, l'anémie, la neutropénie, les problèmes dermatologiques, etc. Enfin, le traitement exige également une fidélité sur le plan de la prise de médicaments, des visites médicales et des prélèvements sanguins fréquents.

La décision d'amorcer, ou non, un traitement doit être prise conjointement par l'équipe soignante et la personne atteinte en tenant compte de sa motivation, de son état de santé et de son histoire personnelle, incluant les comportements de consommation d'alcool et de drogues.

Le consensus canadien pour la prise en charge de l'hépatite C chronique^{10,23} souligne que, compte tenu de la prévalence élevée de l'infection chez les personnes UDI et de leur contribution majeure à cette épidémie, il n'est pas justifié de les exclure systématiquement des traitements antiviraux. Les lignes directrices de l'*American Association for the Study of Liver Diseases* de 2009 abondaient dans le même sens²⁴.

2.2. Fidélité au traitement

La fidélitéⁱⁱⁱ au traitement représente un déterminant essentiel de la réussite thérapeutique. Palmer²⁵ mentionne que plusieurs éléments liés au patient, à son traitement ou à son environnement peuvent être les causes de l'inobservance des personnes UDI au traitement. Groulx²⁶ identifiait, de façon plus précise, neuf composantes fonctionnelles interdépendantes pouvant expliquer la réussite, ou non, de la fidélité à un traitement : le client, l'environnement psychosocial, le clinicien, l'organisation des soins, la maladie, la prescription, la communication clinicien-client, l'expertise technique et l'énergie (la majorité de ces éléments sont repris plus en détails au point 2.3).

Afin de maximiser les chances de réussite au traitement et de favoriser la fidélité à celui-ci, certaines pistes d'interventions ont été identifiées ^{26,27,28,29,39} :

- implication du patient dans son traitement;
- évaluation initiale adéquate du patient (motivation, dépistage de la dépression et autres problèmes de santé mentale, situation psychosociale, etc.);
- éducation thérapeutique sur l'hépatite C, traitement, effets secondaires et leur contrôle, importance de la fidélité au traitement et impacts de la non-fidélité;
- relation soignant/patient respectueuse, alliance thérapeutique et compréhension mutuelle des buts du traitement;
- équipe de soins multidisciplinaire qualifiée avec une expérience auprès des personnes UDI;
- contrôle efficace des effets secondaires (facteur majeur de la fidélité au traitement);
- soutien et accompagnement psychosocial;
- aides mnémotechniques (routines quotidiennes, journal de bord, piluliers, alarmes sur téléphone portable, messagerie texte, appels téléphoniques de la famille ou intervenants, etc.).

La fidélité au traitement demeure un défi important et un déterminant majeur de sa réussite^{30,31}. Lors d'études cliniques, la fidélité est de plus en plus considérée comme une variable au sein des groupes comparés. Les études relèvent également que les personnes UDI démontrent une capacité de fidélité au traitement comparable aux non-UDI si on leur offre un contexte de traitement approprié^{32,33,34,35,36,37}.

Enfin, un taux de fidélité correspondant à 80,0 % de la prise des médicaments (peginterféron et ribavirine) et à 80,0 % de la durée prévue au traitement est considéré comme étant une réussite³¹.

2.3. Barrières au traitement du virus de l'hépatite C (VHC)

Tel que précédemment mentionné, bien que les personnes UDI en consommation active représentent le plus grand bassin d'infection et de transmission du VHC, peu d'entre elles ont eu accès au traitement. Plusieurs barrières ont été identifiées par la littérature concernant l'accès limité au traitement, voire même l'exclusion de cette clientèle particulière^{38,39}.

iii. Haynes a défini, en 1979, l'observance (adhésion, fidélité – *compliance*, *adherence*, *concordance* – qui sont couramment et, parfois, indistinctement utilisées) comme « [...] le degré auquel le comportement du patient, en termes de prise de médication, de respect de la diète ou d'exécution d'un changement d'habitude de vie, coïncide avec la prescription clinique » (Groulx, S., et coll., 2004). Dans le cas qui nous concerne, c'est le terme « fidélité » qui a été retenu.

Un premier type de barrières réfère aux patients, soit : 1) le manque de connaissances (face à l'infection, à l'existence d'un traitement); 2) le peu ou l'absence de symptômes liés à l'infection; 3) la crainte des effets secondaires; 4) les conditions de vie difficiles (instabilité, pauvreté, etc.); 5) l'environnement social limité (peu de soutien familial, pauvre réseau social; 6) l'expérience parfois négative avec le réseau de la santé (contact précaire avec le réseau, stigmatisation, mauvaise expérience, méfiance par rapport aux soignants, implication limitée dans une relation de soins, absence de médecin traitant); 7) l'accessibilité limitée aux soins (lieu géographique, problème de transport)³⁸.

Un deuxième type de barrières relève de la perception des soignants relativement au patient. Ces perceptions réfèrent : 1) aux exigences liées au traitement lui-même (faible capacité de fidélité au traitement, manque de motivation); 2) aux résultats escomptés (réponse diminuée au traitement, risque élevé de réinfection); 3) aux problèmes de santé (inquiétudes concernant la comorbidité psychiatrique, effets neuropsychiatriques de l'interféron); 4) aux problèmes de désorganisation sociale (problème d'affiliation sociale, de logement)^{27,35,38}.

Enfin, un troisième et dernier type de barrières touche le système de santé, lequel ne semble pas pouvoir répondre adéquatement à la demande des personnes infectées par le VHC dont le nombre s'accroît chaque année.

Noël¹² dégage quatre thèmes majeurs à prendre en compte dans l'offre de service destinée aux personnes infectées par le VHC en lien avec certains constats : 1) le mode de gestion des ressources; 2) le caractère particulier de la clientèle; 3) l'offre de service; 4) l'expertise et le savoir-être chez les professionnels de la santé^{iv}. Les résultats présentés proviennent d'une étude menée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) dont le mandat était d'analyser l'offre de service pour les personnes atteintes du VHC au Québec. Afin de réaliser cette étude, quatre groupes d'acteurs ont été rencontrés : personnes atteintes, intervenants, médecins et gestionnaires.

Ainsi, le mode de gestion des ressources concerne le manque d'intérêt du réseau pour cette clientèle, le manque de financement et de ressources, le manque de continuité dans les services et la lourdeur du système. Le caractère particulier de la clientèle réfère à la lourdeur de la clientèle, aux difficultés d'accès, aux critères de sélection trop élevés, aux effets secondaires du traitement, à l'absence de soutien psychosocial et au peu de pouvoir de décision. L'offre de service renferme le manque d'endroit adapté pour le traitement, le manque de reconnaissance du rôle infirmier et communautaire, les délais de traitement et le peu de disponibilité des médecins. Enfin, l'expertise et le savoir-être des professionnels de la santé renvoient au manque d'information aux patients, aux préjugés et aux craintes envers la clientèle ainsi qu'au manque de formation et d'expertise.

Par ailleurs, des études plus récentes ont démontré : 1) que les personnes UDI ont une motivation élevée lorsqu'on les informe adéquatement^{40,41,42,43}; 2) qu'un traitement bien adapté pouvait apporter une réponse au traitement similaire aux non-UDI^{32, 34,40,44,45,46}; 3) un faible taux de réinfection^{46,47,48}. Des études ont aussi démontré que malgré la comorbidité psychiatrique très élevée chez les personnes UDI, il est possible de les traiter^{35,49,50}. Ces nouvelles données permettent d'apporter une autre vision quant à la possibilité d'offrir le traitement du VHC aux personnes UDI en laissant percevoir l'importance de mettre l'accent sur la « démystification » des perceptions négatives.

iv. Le mode de gestion des ressources fait référence à la structure organisationnelle à consolider ou à développer afin d'accroître l'accès aux services dans le contexte du VHC pour une population particulièrement désorganisée et en marge du système de santé. Cette référence au caractère particulier de la clientèle renvoie à la nécessité d'intégrer certains services et de développer une approche plus globale des problèmes sociaux et de santé qui caractérisent les personnes atteintes du VHC. L'offre de service se concentre autour de l'adaptabilité des services afin d'en accroître l'accessibilité, alors que l'expertise et le savoir-être mettent l'accent sur la qualité des services (Noël, L., et coll., 2007, p. 53).

2.4. Conditions de réussite au traitement du virus de l'hépatite C (VHC)

Plusieurs solutions ont été proposées par les divers groupes consultés. L'optimisation de la prise en charge pourrait se réaliser si les milieux de pratique avaient une meilleure connaissance de la clientèle, en améliorant l'accès aux services, en adaptant l'offre de service disponible et en assurant la formation de tout le personnel. Le développement de bonnes pratiques devrait mettre l'accent sur la réponse et le respect des besoins du patient, sur l'évaluation de l'ensemble des problèmes qu'il rencontre, sur le soutien à lui fournir concernant diverses facettes de sa vie et sur la responsabilisation et le développement d'une bonne expertise. Enfin, le système clinique, pour sa part, devrait tenir compte des éléments suivants : la mise en place d'une structure souple à bas seuil d'accès, la transmission de l'information au patient et la réalisation d'actions concertées.

Sur le plan clinique, la littérature^{15,17,18,19,51}, propose une approche reconnue efficace et qui contribuerait favorablement au succès du traitement pour cette clientèle. Il s'agit d'une approche à bas seuil d'accès, respectant les principes de l'approche de réduction des méfaits et de la multidisciplinarité.

La notion de seuil fait référence, en toxicomanie, à un niveau d'exigence qui conditionne l'accessibilité à des dispositifs de soins. La notion de « bas seuil d'accès ou d'exigences » est ici retenue, car elle caractérise des services et des soins adaptés le plus possible au cheminement de l'usager et n'exige habituellement pas un arrêt de la consommation⁵². Concrètement, cette notion se reflète par des critères d'admission souples, des services à proximité du milieu de vie, une plage horaire adaptée et des délais de réponse rapides.

L'approche de réduction des méfaits est une approche centrée sur la diminution des conséquences néfastes de l'usage des drogues, plutôt que sur l'élimination de l'usage. Deux grands principes s'en dégagent : le pragmatisme et l'humanisme. Le pragmatisme est à la base d'une volonté de reconnaître l'universalité du phénomène de l'usage des drogues, de s'attacher aux conséquences négatives de la consommation et de favoriser les changements selon une hiérarchie d'objectifs. L'humanisme est à la base d'une volonté de rejoindre les usagers en difficulté dans leur milieu, de rendre accessibles les soins et les services dont ils ont besoin et de favoriser le respect de leurs droits ainsi que leur capacité à prendre des décisions et à se prendre en charge⁵².

La multidisciplinarité est le dernier élément relevé comme facteur de réussite dans l'approche privilégiée. Elle réfère à la collaboration entre des spécialistes du VHC et en toxicomanie, de travailleurs sociaux et de psychothérapeutes⁴⁶, dans un environnement favorable. La recommandation 25 du consensus canadien va dans ce sens en mentionnant qu'il « faudrait adopter une approche multidisciplinaire intégrée, ne se limitant pas aux soins classiques¹⁰ ».

L'information retenue montre la gravité de la transmission du VHC chez les personnes UDI, l'importance de la fidélité au traitement et les barrières auxquelles est confrontée cette clientèle en lien avec l'accès à un traitement. Par ailleurs, plusieurs études font valoir des résultats positifs, ce qui contribue en faveur de la non-exclusion des personnes UDI au traitement du VHC. Dans ce contexte, les différentes pistes de solutions potentielles sont à considérer de près dans la mise en place d'interventions ou de programmes spécifiques dédiés aux personnes UDI visant à améliorer l'offre de service du réseau de la santé et des services sociaux.

Étant donné que la majorité de nouveaux cas de VHC sont attribuables aux personnes UDI, le PNSP 2003-2012⁵³ en a fait une cible pour ces dix années. Un des objectifs qu'on y retrouve est celui de réduire l'incidence du VHC chez les personnes UDI, mais également d'adapter l'offre de service aux caractéristiques spécifiques de cette clientèle. Le Plan d'action régional de santé publique (PAR-SP)⁵⁴ va dans le même sens en reconnaissant l'importance d'agir sur

Traitement accessible de l'hépatite C auprès des toxicomanes injecteurs en milieu communautaire (TACTIC) :
un modèle de soins à bas seuil d'accès

cette problématique. Pour sa part, le Plan d'action local de santé publique (PAL-SP) 2011-2015 du CSSS de la Vieille-Capitale⁵⁵ avait identifié, comme activité prioritaire dans le domaine des ITSS, de « collaborer à la mise en œuvre, au centre local de services communautaires (CLSC) et dans la communauté, des services infirmiers, psychosociaux et médicaux, à bas seuil d'accès pour la population désaffiliée ».

Le modèle de soins TACTIC s'insère dans les différentes activités visant à proposer une offre de service adaptée aux personnes UDI.

III. MODÈLE DE SOINS TACTIC

Étant donné que, de façon générale, l'offre de service aux personnes UDI pour traiter le VHC est basée sur une « pratique traditionnelle » qui ne correspond pas vraiment à leurs besoins, un médecin du CSSS de la Vieille-Capitale a développé, avec les membres de son équipe, le modèle de soins TACTIC en intégrant une nouvelle approche basée sur un modèle biopsychosocial plutôt que sur un modèle centré strictement sur des soins médicaux⁵⁶. L'hypothèse sous-jacente à ce modèle de soins est que : « La mise en place d'un modèle de soins offrant un traitement adapté à la réalité des personnes UDI en consommation active, infectées par le VHC, permet d'atteindre un taux de fidélité au traitement aussi élevé que pour une clientèle non UDI, d'augmenter leurs chances de réussite au traitement et d'améliorer leur état de santé. »

Le but ultime de ce modèle de soins est d'améliorer l'état de santé des personnes UDI. L'objectif général est d'assurer l'accessibilité du traitement de l'hépatite C pour les personnes UDI en leur offrant un modèle de soins adapté à leur situation, dans un environnement familial et non institutionnel. Pour leur part, les objectifs spécifiques visent à : 1) sensibiliser et informer les personnes UDI à la problématique du VHC, à ses conséquences et à l'existence d'un traitement; 2) fournir un traitement adapté à la réalité de la clientèle cible axé sur une approche reconnue efficace; 3) apporter du soutien et de l'accompagnement aux patients; 4) augmenter le nombre de personnes UDI traitées pour le VHC; 5) améliorer la fidélité au traitement; 6) améliorer la réponse au traitement; 7) diminuer la transmission du VHC; 8) prévenir la réinfection (voir Annexe I).

3.1. Modèle logique

Le modèle logique⁵⁷ est un moyen d'organiser de façon systématique et de présenter visuellement les liens qui unissent les ressources dont on dispose pour faire fonctionner un programme ou, comme dans le cas présent, un modèle de soins, les activités planifiées et les résultats souhaités. Les thèmes constituant le modèle logique sont les suivants : la clientèle cible, les ressources, l'approche retenue, les activités et les résultats attendus qui se subdivisent en résultats de production, en effets à court terme et en effets à long terme (impacts).

La clientèle cible est définie à partir des critères d'inclusion suivants : 1) être âgée de 18 ans et plus; 2) demeurer sur le territoire de la Communauté urbaine de Québec^v; 3) être porteur du VHC confirmé par ARN; 4) avoir utilisé des drogues injectables au cours des six derniers mois; 5) avoir un faible risque de réinfection^{vi}; 6) être consentant au traitement, c'est-à-dire avoir reçu l'information pertinente concernant le traitement, les effets secondaires et le pourcentage de réussite et avoir accepté les modalités de traitement proposées. Deux critères d'exclusion sont considérés lors de l'évaluation d'une personne UDI : une condition médicale ou psychiatrique grave ou instable^{vii} et une grossesse ou un désir de grossesse^{viii}. Enfin, notons que la coinfection par le VIH ou le virus de l'hépatite B (VHB) ainsi que l'hépatite C aiguë ne sont pas des critères d'exclusion.

v. La majorité de la clientèle devrait habiter le territoire de la Communauté urbaine de Québec. Cependant, des usagers peuvent avoir décidé de déménager dans un autre secteur (ex. : Beauport, Rive-Sud de Québec, etc.) afin de s'éloigner du « milieu ».

vi. Le risque de réinfection est évalué par un questionnaire préalable au traitement.

vii. Lorsqu'une condition instable est maîtrisée, elle ne constitue plus un critère d'exclusion. Il est à noter que des échelles d'évaluation en lien avec la dépression et l'insomnie sont utilisées afin d'évaluer ces situations.

viii. Il y a une contre-indication formelle à la grossesse durant le traitement et cela jusqu'à six mois après l'arrêt du traitement, étant donné que la ribavirine peut causer des malformations chez l'enfant à naître.

Traitement accessible de l'hépatite C auprès des toxicomanes injecteurs en milieu communautaire (TACTIC) : un modèle de soins à bas seuil d'accès

Les ressources comprennent principalement les ressources humaines et les ressources financières. Les ressources humaines composant l'équipe de soins sont au nombre de quatre : un médecin de famille, deux infirmières et une intervenante psychosociale. D'autres ressources humaines sont associées de près ou de loin au modèle de soins TACTIC; elles proviennent de diverses organisations, telles que les cliniques médicales, les organismes communautaires, les pharmacies, etc., et participent de diverses façons à l'offre de service. C'est dans une perspective de partenariat et de collaboration que ces ressources sont mises à contribution. Les ressources financières proviennent de deux sources : du CSSS de la Vieille-Capitale et d'une subvention^{ix} de compagnies pharmaceutiques. La gestion de ces sommes est sous la responsabilité d'un organisme communautaire : la Maison de Lauberivière, sise au centre-ville de Québec.

L'approche retenue repose sur une approche reconnue efficace par la littérature et axée sur trois volets : 1) bas seuil d'accès; 2) réduction des méfaits; 3) multidisciplinarité, tels que définis et présentés à la section II.

Les activités correspondent à la manière dont les ressources sont utilisées pour réaliser le modèle de soins. Il s'agit des moyens par lesquels les changements et les résultats espérés seront atteints. Les activités ont été développées afin de répondre aux besoins des personnes UDI devant recevoir un traitement du VHC. Des soins et services médicaux, infirmiers et psychosociaux sont offerts. Ils peuvent être spécifiques à un membre de l'équipe ou généraux à l'ensemble de leurs membres (voir Annexe II). Il est important de mentionner que le patient fait partie intégrante de l'équipe et prend part aux décisions concernant ses soins.

Les résultats attendus se classent en résultats de production, d'effets à court terme et d'effets à long terme (impacts), qui peuvent être de différentes natures.

Les résultats de production sont directement reliés aux activités du modèle de soins et réfèrent généralement à la quantité, à la qualité et à la portée des services fournis. Différents éléments constituent ces résultats tels que la clientèle rejointe, les services reçus ou, encore, la fidélité au traitement, le fonctionnement et la satisfaction des participants du modèle de soins.

Les effets à court terme se mesurent, la plupart du temps, par un changement dans les attitudes, les comportements, les connaissances, les habiletés ou le niveau de fonctionnement des usagers du modèle de soins. Dans le cas du modèle de soins TACTIC, ces effets portent sur l'amélioration de l'état de santé des personnes UDI, tant physique, psychologique, que social et sur leur réponse au traitement.

Les effets à long terme (impacts) correspondent à des changements attendus ou non attendus. Le modèle de soins TACTIC vise une amélioration de l'état de santé générale des personnes UDI qui se maintiendrait dans le temps. Il vise également un élargissement de cette approche au sein du réseau de la santé et des services sociaux afin que les personnes UDI aient un plus grand accès aux soins et services.

La figure I (voir page 25) représente le modèle logique du modèle de soins TACTIC.

ix. Les subventions obtenues par l'industrie pharmaceutique sont sans restriction, ni droit de regard sur l'offre de service.

Traitement accessible de l'hépatite C auprès des toxicomanes injecteurs en milieu communautaire (TACTIC) :
un modèle de soins à bas seuil d'accès

HYPOTHÈSE ► La mise en place d'un modèle de soins offrant un traitement adapté à la réalité *des personnes UDI en consommation active, infectées par le VHC*, permet d'atteindre un taux de fidélité au traitement aussi élevé que pour une clientèle non UDI, d'augmenter leurs chances de réussite au traitement et d'améliorer leur état de santé.

CLIENTÈLE CIBLE	RESSOURCES	APPROCHE RETENUE	ACTIVITÉS	► RÉSULTATS ATTENDUS ◀		
				RÉSULTATS DE PRODUCTION	EFFETS À COURT TERME	EFFETS À LONG TERME (IMPACTS)
Critères d'inclusion ☐ Être âgé de 18 ans et plus ☐ Demeurer sur le territoire de la Communauté urbaine de Québec ☐ Être porteur du VHC confirmé par ARN ☐ Avoir utilisé des drogues injectables au cours des six derniers mois ☐ Avoir un faible risque de réinfection ☐ Être consentant au traitement	Ressources humaines ☐ Médecin ☐ Infirmières ☐ Intervenante psychosociale Collaboration ☐ Cliniques médicales ☐ Organismes communautaires ☐ Pharmacies	Modèle de soins basé sur une approche reconnue efficace ☐ Bas seuil d'accès ☐ Réduction des méfaits ☐ Multidisciplinarité	Soins et services ☐ Médicaux ☐ Infirmiers ☐ Psychosociaux	☐ Clientèle rejointe ☐ Services reçus ☐ Fidélité au traitement ☐ Fonctionnement ☐ Satisfaction	☐ Amélioration de l'état de santé : • physique • psychologique • social ☐ Réponse au traitement	☐ Amélioration de l'état de santé générale des personnes UDI en consommation active infectées par le VHC ☐ Offre de service plus adaptée et élargie dans le réseau de la santé et des services sociaux
Critères d'exclusion ☐ Condition médicale ou psychiatrique grave ou instable ☐ Grossesse ou désir de grossesse	Ressources financières ☐ CSSS de la Vieille-Capitale ☐ Organisme communautaire ☐ Compagnies pharmaceutiques					

Fig. 1 – Modèle logique du modèle de soins TACTIC

3.2. Cheminement d'une référence

Les références peuvent provenir de trois sources : les intervenants du milieu communautaire, les infirmières du CSSS de la Vieille-Capitale ou de l'équipe de soins elle-même. À la suite d'une référence, le médecin de l'équipe évalue la personne afin de s'assurer que cette dernière correspond aux critères de base du modèle de soins TACTIC. Si la personne UDI est refusée, elle sera soit dirigée vers un autre service, soit mise en attente, selon les raisons liées au refus. Si la personne UDI est acceptée, des évaluations complémentaires seront faites afin d'obtenir un état de situation le plus complet possible avant de commencer le traitement (voir Figure 2, page 27).

Traitement accessible de l'hépatite C auprès des toxicomanes injecteurs en milieu communautaire (TACTIC) :
un modèle de soins à bas seuil d'accès

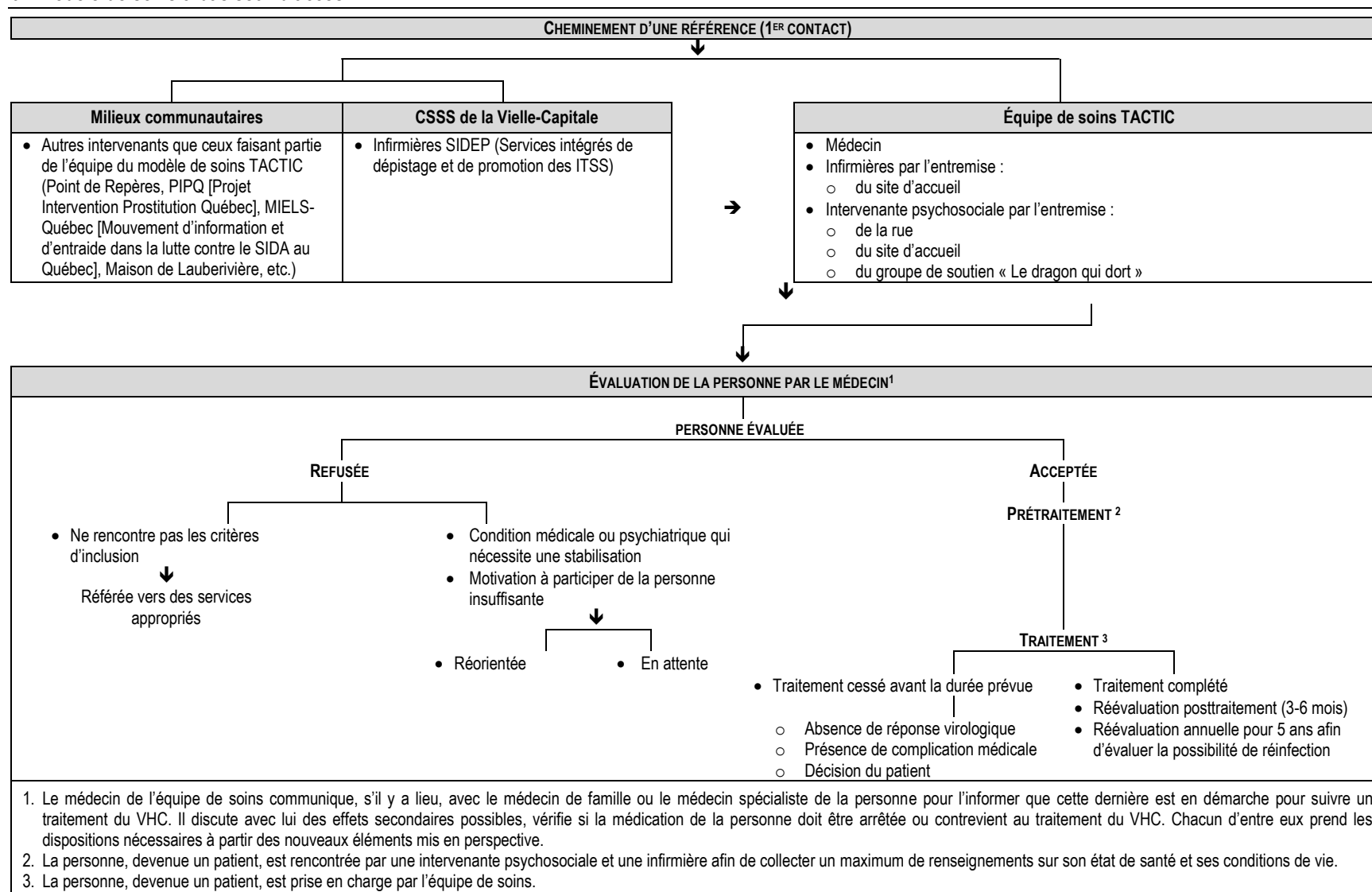


Fig. 2 – Cheminement d'une référence

IV. DÉMARCHE ÉVALUATIVE ET MÉTHODOLOGIE

4.1. Démarche évaluative

La démarche évaluative a pour objectif général de porter un jugement sur l'adéquation entre les besoins des personnes UDI et le modèle de soins TACTIC proposé pour offrir le traitement du VHC. Pour cela, trois questions ont été retenues :

1. Le modèle de soins TACTIC rejoint-il la clientèle cible?
2. Le modèle de soins TACTIC permet-il d'améliorer l'état de santé (physique et psychologique) des personnes UDI ayant reçu un traitement du VHC?
3. Quels sont les facteurs qui ont permis la réussite du modèle de soins TACTIC et ceux qui ont représenté des contraintes?

Le cadre conceptuel (voir Figure 3, page 30) retenu aux fins d'analyse reprend les principales composantes du modèle logique en situant les intrants, le processus et les résultats au cœur même du modèle de soins. Une description détaillée du modèle de soins et de son évolution dans le temps fournira une bonne compréhension pour bien cerner chacune des composantes de ce modèle et leurs relations.

L'analyse des intrants permettra de comprendre la « dynamique de l'équipe de soins », tant en ce qui concerne ses liens avec les patients, qu'en ce qui a trait à ses modes de collaboration avec ses partenaires. Un tel modèle de soins ne peut s'actualiser en vase clos; des ententes et des modalités administratives apportent une contribution particulière à prendre en compte dans l'analyse, sans toutefois en faire un objet d'évaluation. Enfin, les ressources financières, particulièrement dans le contexte actuel, sont un des éléments importants à analyser dans une perspective de pérennité des services.

En raison des caractéristiques spécifiques qui définissent le modèle de soins TACTIC (bas seuil d'accès, réduction des méfaits, multidisciplinarité), l'analyse portera sur les éléments de processus et cherchera à vérifier si ces derniers, reconnus dans la littérature pour leur efficacité auprès de la clientèle cible, ont pu être actualisés.

Les résultats se déclinent en résultats de production, d'effets à court terme et d'effets à long terme. Les résultats de production portent sur la clientèle rejointe, les services reçus, la fidélité au traitement, quelques éléments liés au fonctionnement et à la satisfaction des patients. Les effets à court terme abordent l'amélioration de la santé sur trois aspects : physique, psychologique et social, ainsi que la réponse au traitement. Enfin, les effets à long terme (impacts) ne pourront être analysés, le modèle de soins n'ayant que quelques années. Mais il est important de rappeler, qu'à long terme, le but est que l'amélioration de l'état de santé des personnes UDI persiste dans le temps et que ce type d'offre de service soit de plus en plus accessible dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Traitement accessible de l'hépatite C auprès des toxicomanes injecteurs en milieu communautaire (TACTIC) : un modèle de soins à bas seuil d'accès

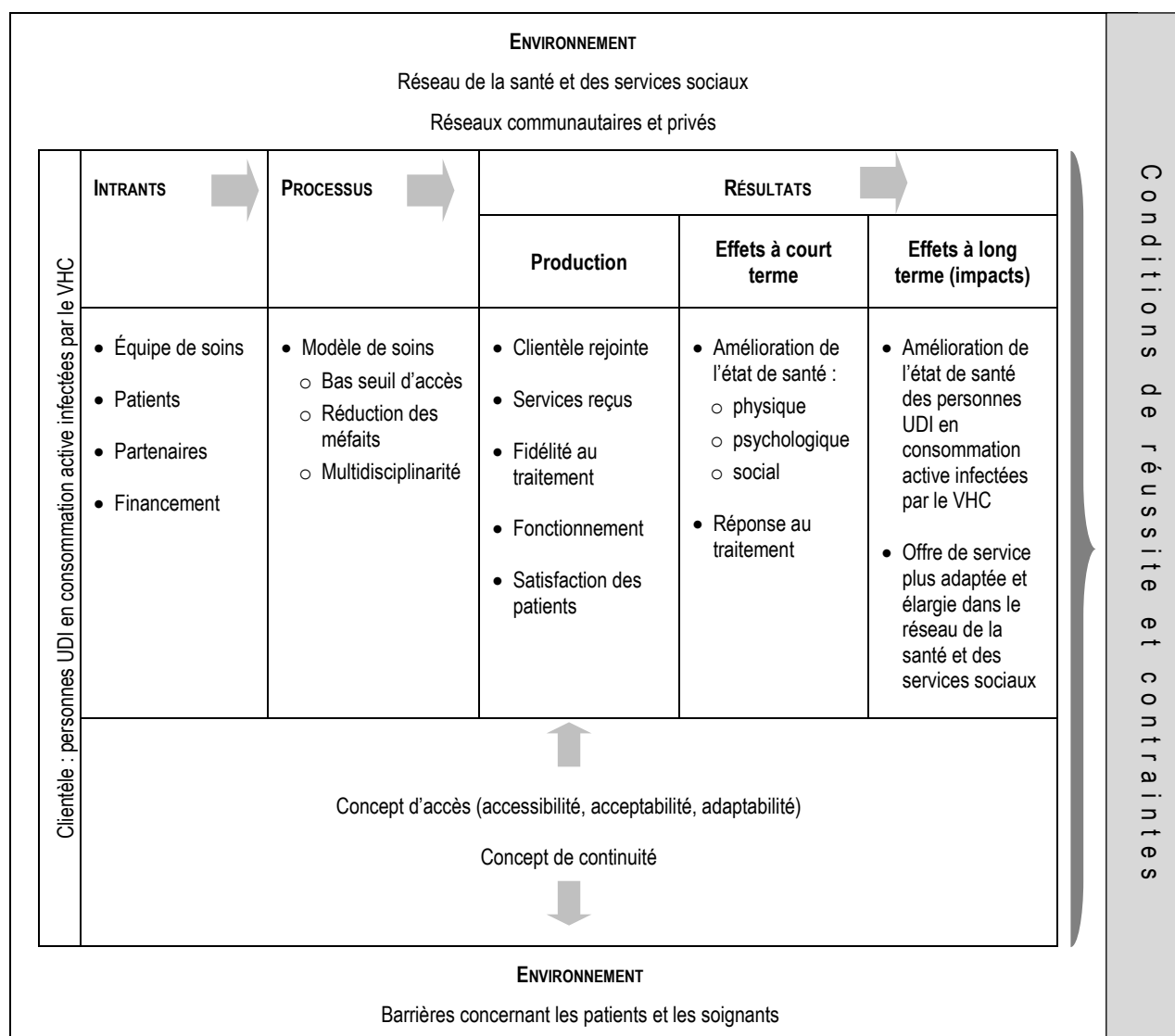


Fig. 3 - Cadre conceptuel

Compte tenu de l'importance accordée aux dimensions de proximité tant géographique que relationnelle, les concepts d'accès et de continuité ont été retenus pour apprécier les modalités reliées à l'organisation et à la dispensation des soins et services du modèle de soins. L'accès se décline en trois sous-thèmes : l'accessibilité aux services, l'acceptabilité et l'adaptabilité. L'accessibilité aux services est « [...] un jugement porté sur la facilité ou la difficulté d'entrer en contact avec une personne ou une institution et d'obtenir des services [...] »^{58,59}. Elle peut tenir compte, entre autres, de deux dimensions : « [...] accessibilité géographique (distance physique temporelle entre un lieu (habitation, travail ou autres) et les services; accessibilité organisationnelle (horaires, procédures à suivre en relation avec les contraintes des personnes [...] »⁶⁰. L'acceptabilité des services a : « [...] trait aux attitudes des intervenants et des médecins à l'égard des caractéristiques personnelles du patient »⁵⁹. L'adaptabilité des services est : « la capacité des services offerts à répondre aux besoins d'une population ciblée tout en considérant de manière globale l'ensemble des caractéristiques de cette population et le contexte dans lequel elle évolue »⁶¹. La continuité des services est : « [...] l'absence de bris dans une séquence temporelle au cours de laquelle plusieurs

services doivent être donnés. Ces services sont continus s'ils s'enchaînent l'un à l'autre de façon harmonieuse. La continuité résulte d'attributs des ressources permettant cet enchaînement : les mêmes personnes offrent les services, l'information circule entre les épisodes de soins ou entre les différents lieux où sont offerts les services⁶² ».

Enfin, l'environnement dans lequel évolue le modèle de soins TACTIC est un élément important à prendre en compte. De fait, le modèle de soins TACTIC ne peut s'actualiser en « vase clos »; il sera efficace dans la mesure où le partenariat sera très présent. Ce partenariat réfère aux organisations liées au réseau de la santé et des services sociaux et aux organisations œuvrant dans le secteur communautaire ou privé (ex. : les pharmacies). Enfin, l'environnement dans lequel évolue le modèle de soins TACTIC doit également prendre en compte les barrières rencontrées par la clientèle cible (les personnes UDI actives) et par les dispensateurs de services.

Aux termes de cette évaluation, l'ensemble de l'information colligée et l'analyse permettront de dégager des conditions de réussite et des contraintes pour une telle offre de service.

4.2. Méthodologie

Il s'agit d'une étude^x évaluative et descriptive. La méthode utilisée est mixte et comprend la collecte et l'analyse de données quantitatives et qualitatives, ce qui permet de mieux saisir la réalité et la complexité des enjeux en lien avec l'objet d'étude.

Le modèle de soins TACTIC est le premier modèle dans la région de la Capitale-Nationale à offrir des services dédiés uniquement aux personnes UDI. En ce sens, l'étude de « cas » qui se veut une « stratégie descriptive basée sur l'analyse d'un cas unique »⁶³ s'avère une méthodologie adaptée aux besoins de l'évaluation souhaitée. Elle permet d'observer et d'analyser une situation donnée, appropriée pour la description (répondre aux questions : qui, quoi, quand et comment?) et particulièrement pour l'explication (éclairer le pourquoi des choses). Elle est particulièrement appréciée pour des questions pratiques, où l'expérience des acteurs est importante et le contexte de cette expérience, essentiel à connaître⁶⁴.

La population à l'étude est composée de l'ensemble des personnes UDI en consommation active infectées par le VHC, âgées de 18 ans et plus, résidant sur le territoire de la Communauté urbaine de Québec et ayant reçu un traitement dans le cadre du modèle de soins TACTIC.

4.2.1. Volet quantitatif

Ce volet est rattaché à la première question de la démarche évaluative qui se rapporte à la clientèle rejointe par rapport à la clientèle cible. Afin de répondre à cette question, une seule source d'information a été utilisée : les dossiers de l'ensemble des personnes UDI ayant reçu un traitement à l'intérieur du modèle de soins TACTIC entre 2009 et 2013 (voir Annexe III pour les variables retenues).

La collecte de données a été réalisée à partir d'une grille renfermant l'ensemble des variables d'intérêt identifiées avec la collaboration du médecin de l'équipe de soins. Les questionnaires et les instruments de collecte de données, utilisés par cette équipe (voir Annexe IV), ont servi à l'identification de ces variables. L'extraction des données s'est

x. Cette étude répond entièrement aux contingences exigées par le comité d'éthique de la recherche des CSSS de la Vieille-Capitale, de Québec-Nord et de Portneuf, de la DSPublique de la Capitale-Nationale et du Jeffery Hale St-Brigid's (Projet de recherche : 2011-2012-20).

faite dans les locaux où les services du modèle de soins TACTIC sont dispensés, soit à la Maison de Lauberivière. Un prétest a été réalisé dans six dossiers en octobre 2011. À la suite de ce prétest et des ajustements apportés à la grille de collecte, les données ont été recueillies en août 2012 et une mise à jour, qui a permis de compléter le portrait d'ensemble, a été faite en 2013.

Les données sont traitées sous forme de distribution de fréquence (pourcentage) et de moyenne; aucun autre traitement statistique n'a été fait. Le dénominateur ayant servi au calcul des pourcentages est le nombre de patients, duquel sont retranchées les valeurs manquantes, le cas échéant.

4.2.2. Volet qualitatif

Ce volet est rattaché à la deuxième et à la troisième questions de la démarche évaluative. Trois sources d'information ont été retenues pour répondre à ces questions : les personnes UDI à titre de personnes ayant reçu le traitement du VHC, l'équipe du modèle de soins TACTIC et les gestionnaires du CSSS de la Vieille-Capitale. Afin d'obtenir les perceptions et les opinions des acteurs de ces sources, des entretiens semi-dirigés (individuel ou en groupe) ont été retenus comme méthode de collecte de données.

➤ 1^{er} groupe d'informateurs : les personnes UDI à titre de personnes ayant reçu le traitement du VHC

Les personnes UDI ont été recrutées par l'intervenante psychosociale de l'équipe de soins à partir des critères suivants : 1) avoir participé au modèle de soins TACTIC; 2) avoir terminé le traitement du VHC au moment de la rencontre; 3) appartenir au sexe et au groupe d'âge permettant d'avoir la plus large représentativité possible. La grille d'entrevue élaborée pour documenter ce volet portait sur deux aspects : l'offre de service et les effets posttraitement. Les entretiens semi-dirigés (en groupe) ont été réalisés et animés par une professionnelle de recherche de l'INSPQ qui possède une vaste expérience dans ce domaine. Le responsable de l'évaluation, qui participait également à ces rencontres comme observateur, a pu apporter des précisions, au besoin.

➤ 2^e groupe d'informateurs : l'équipe du modèle de soins TACTIC

L'équipe du modèle de soins TACTIC a été interpellée par une étudiante à la maîtrise en santé communautaire. Le sujet de son mémoire⁶⁵ portait sur le concept de la multidisciplinarité. Un guide d'entrevue, dont les questions concernaient la perception et l'expérience de l'équipe de soins sur cette approche ainsi que sur les facteurs qui en facilitaient ou non l'application, a été développé. Les entretiens semi-dirigés (individuels) ont été animés et réalisés par l'étudiante. De plus, cette dernière a assisté à des réunions afin d'observer la dynamique et les interactions entre les membres de l'équipe et de déterminer si leur travail s'effectuait en multidisciplinarité. Pour ce, un autre guide avait été conçu, portant cette fois sur le fonctionnement de l'équipe, sur la collaboration entre les membres, sur la présence de conflits, etc.

Dans un autre ordre d'idées, l'équipe de soins a été sollicitée pour participer à un entretien semi-dirigé (en groupe), cette fois animée par le responsable de l'évaluation. Une grille d'entrevue, portant sur l'offre de service et sur la clientèle rejointe, a servi à colliger l'information découlant de cette rencontre.

➤ **3^e groupe d'informateurs : les gestionnaires du CSSS de la Vieille-Capitale**

Les gestionnaires du CSSS de la Vieille-Capitale ont été sollicités directement par le responsable de l'évaluation pour connaître leur point de vue sur le modèle de soins, sur sa place dans la programmation du CSSS ainsi que sur leurs perceptions concernant l'avenir d'un tel modèle. Une grille d'entrevue, portant sur les aspects de gestion du modèle de soins TACTIC, a été créée. L'entretien semi-dirigé a été réalisé en groupe.

Les données de ces trois groupes d'informateurs, obtenues lors d'entrevues semi-dirigées (individuels ou en groupe), ont été traitées par analyse de contenu selon les techniques propres aux méthodes qualitatives^{66,67}. Elles provenaient, soit d'enregistrements dont le contenu était retranscrit textuellement, soit de notes prises tout au long des entrevues afin de consigner l'information importante.

4.2.3. Aspects éthiques

Afin d'assurer la protection des données à caractère nominal, les actions suivantes ont été retenues :

- tous les documents servant à la collecte de données ont été conservés sous clé et seul le responsable de l'évaluation y avait accès;
- une autorisation d'accès aux dossiers des patients, afin d'en collecter les données, a été demandée au directeur des services professionnels du CSSS de la Vieille-Capitale;
- l'ensemble des documents (formulaires d'information et de consentement, questionnaires) ont été conservés de manière séparée de façon à rendre impossible la reconstitution de l'historique du traitement du participant;
- aucune information personnelle, telle que le nom et le numéro de téléphone, n'a été collectée. L'adresse a été notée pour ne retenir que le code postal afin d'identifier le secteur géographique où vivait la personne UDI;
- les données non nominales ont été agrégées aux fins d'analyse de manière à ce que l'anonymat des répondants soit assuré.

V. RÉSULTATS

Les résultats sont présentés à partir des trois questions de la démarche évaluative :

1. Le modèle de soins TACTIC rejoint-il la clientèle cible?
2. Le modèle de soins TACTIC permet-il d'améliorer l'état de santé (physique et psychologique) des personnes UDI ayant reçu un traitement du VHC?
3. Quels sont les facteurs qui ont permis la réussite du modèle de soins TACTIC et ceux qui ont représenté des contraintes?

Un dernier thème a été documenté, soit la satisfaction des services reçus. Enfin, les faits saillants provenant de l'analyse des résultats permettront de clore cette section et de faire le pont avec la discussion.

Les résultats présentés proviennent de l'information collectée auprès des trois groupes d'informateurs (voir Figure 4).

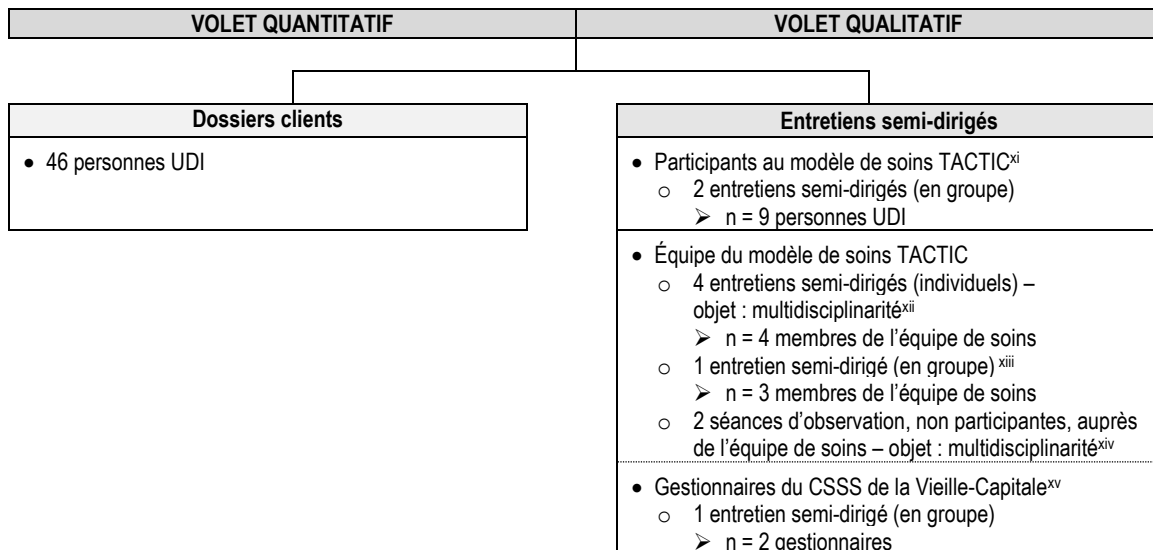


Fig. 4 - Répartition des sources d'information selon les volets quantitatif et qualitatif

5.1. Le modèle de soins TACTIC rejoint-il la clientèle cible?

Le portrait de la clientèle cible est décrit à partir des profils sociodémographique, psychosocial et mental, de l'historique de consommation, du risque de réinfection, du profil de l'infection et de la motivation du patient au traitement.

xi. Durée : 2 h 15 chacun; période : février 2014; profil : 5 H – 4 F, âge moyen : 45,1 ans (étendue de l'âge : entre 32 et 59 ans); fin de traitement : entre 2010 et 2013; lieu du traitement : les deux tiers l'avaient reçu à la Maison de Lauberivière.

xii. Durée : entre 45 et 90 minutes; période : mai 2013.

xiii. Durée : 1 h 30; période : juin 2014.

xiv. Durée : 1 heure; période : mai 2013.

xv. Durée : 1 h 10; période : août 2014.

➤ **Profils sociodémographique, psychosocial et mental**

Près des trois quarts des patients proviennent du territoire du CSSS de la Vieille-Capitale (73,3 %), suivi de celui du CSSS de Québec-Nord (22,2 %). Un peu plus de la moitié sont des hommes (58,7 %), la moyenne d'âge est de 38 ans, avec une étendue de 22 à 57 ans. Huit patients sur dix sont célibataires (80,4 %) et 100,0 % sont caucasiens. La majorité a un domicile fixe (91,3 %) et est sans emploi (97,8 %) (voir Annexe V, Tableau 1).

La majorité dit avoir de la facilité à se procurer de la nourriture (95,7 %), mais près des trois quarts (73,9 %) prennent, au plus, deux repas par jour. Les activités prostitutionnelles se retrouvent chez près de la moitié des patients (43,9 %); la proportion est plus importante chez les femmes (77,8 %). Enfin, la majorité a des antécédents judiciaires (91,1 %) (voir Annexe V, Tableau 2).

Près de 80,0 % (78,3 %) des patients ont une comorbidité psychiatrique. La moitié des patients ont deux diagnostics psychiatriques et plus. Les diagnostics les plus fréquents sont les troubles anxieux et dépressifs, la schizophrénie et les troubles de personnalité limite (voir Annexe V, Tableau 2).

➤ **Historique de consommation**

Concernant la consommation de drogues, la majorité des patients (91,1 %) ont commencé à consommer avant l'âge de 18 ans (moyenne d'âge : 13,3 ans). La moitié (50,0 %) a commencé par voie intraveineuse entre 25 et 44 ans (moyenne d'âge : 25,5 ans) et plus du quart (28,3 %), avant l'âge de 18 ans. La durée d'utilisation de drogues par voie intraveineuse se répartit dans une même proportion (41,3 %) entre 1 et 9 ans et entre 10 et 19 ans et la médiane est de 13 ans. Deux drogues sont particulièrement consommées : la cocaïne (56,5 %) et les opiacés (32,6 %). Lors de l'évaluation initiale, près de la moitié des patients s'étaient injectés dans la dernière semaine (45,7 %) (voir Annexe V, Tableau 3).

En ce qui a trait à la consommation d'alcool, un peu moins de la moitié des patients (42,2 %) ont mentionné qu'ils en consommaient au moment de leur évaluation (voir Annexe V, Tableau 3).

➤ **Risque de réinfection**

Au cours des six derniers mois avant le traitement, plus des trois quarts des patients (76,1 %) n'avaient pas partagé de matériel d'injection. La majorité (95,7 %) a mentionné qu'il était facile pour eux de se procurer ce type de matériel. Tous ont évoqué qu'il n'y avait pas de risque à partager de nouveau le matériel d'injection (voir Annexe V, Tableau 4).

➤ **Profil de l'infection**

Pour plus de la moitié des patients, la durée estimée de l'infection par le VHC se situe entre 2 et 9 ans (56,6 %) et pour plus du tiers d'entre eux, elle est entre 2 et 4 ans (34,8 %). La répartition des génotypes est semblable à celle retrouvée au Québec, soit : génotypes 1 ou 4 : 58,7 %; génotypes 2 ou 3 : (41,3 %). La coinfection au VIH se retrouve chez 13,0 % d'entre eux. La charge virale moyenne prétraitement est de 631000 u.i./ml (5.8 logs) (voir Annexe V, Tableau 5).

➤ **Motivation du patient au traitement**

Les résultats montrent que l'ensemble des patients sont motivés à participer au traitement. Les deux principales sources de motivation sont liées à « l'inquiétude pour leur santé » (53,3 %) et au fait « qu'ils tiennent à la vie » (33,3 %). Trois autres motivations ressortent, soit, par ordre d'importance : « le patient se sent mieux organisé » (17,8 %), « il se sent capable de suivre le traitement » (13,3 %) et « il pense que le traitement l'aidera à reprendre le contrôle de sa vie » (13,3 %). Enfin, le patient devait accepter certaines conditions inhérentes au modèle de soins et à signer un engagement à respecter ces conditions tout au long du traitement. L'ensemble des patients ont accepté ces conditions (voir Annexe V, Tableau 6).

5.2. Le modèle de soins TACTIC permet-il d'améliorer l'état de santé (physique et psychologique) des personnes UDI ayant reçu un traitement du VHC?

Il est important de faire état de la fidélité des participants au traitement puisqu'il s'agit d'un facteur déterminant dans les résultats observés à la réponse virologique. Ces données ainsi que celles sur l'amélioration de l'état de santé seront présentées à partir des données quantitatives portant sur la fidélité au traitement et sur la réponse virologique en fin de traitement et six mois posttraitement. En complément d'information, les résultats découlant de deux entrevues semi-dirigées (en groupe) réalisées avec des personnes UDI ayant reçu un traitement du VHC ont permis de documenter les effets posttraitement de l'hépatite C sur leur vie. De même, les membres de l'équipe de soins, rencontrés en entrevue, ont aussi eu l'opportunité de donner leurs points de vue quant aux effets perçus du traitement pour la clientèle ayant bénéficié du modèle de soins TACTIC (données qualitatives).

➤ **Fidélité au traitement**

Les résultats de la fidélité au traitement sont disponibles pour 42 patients (voir Annexe V, Tableau 7) et non disponibles pour 4 patients pour les raisons suivantes : un patient est décédé à la suite d'un accident de voiture, deux patients ont été hospitalisés pour des raisons non reliées au traitement et un patient a complété le traitement et a obtenu une RVS, mais a refusé de répondre au questionnaire.

La fidélité au traitement a été évaluée à partir de l'assiduité du patient quant au nombre de semaines de traitement suivi et à la prise de médicaments. Les résultats montrent que 39 des 42 patients ont eu un taux de fidélité supérieur à 95,0 % (voir Annexe V, Tableau 7).

➤ **Réponse virologique**

Les résultats de réponse au traitement ont été regroupés et comprennent tous les génotypes ainsi que les patients coïnfectés VIH. Ainsi, 85,7 % (36/42) avaient un ARN négatif à la fin du traitement et 76,2 % (32/42 patients) ont eu une RVS (ARN négatif 6 mois posttraitement) (voir Annexe V, Tableau 8).

Il aurait été intéressant de présenter des résultats en lien avec le taux de réinfection, mais les données cumulées sont trop fragmentaires et sur une période trop courte pour qu'elles soient significatives. Il faudra attendre un minimum de cinq ans posttraitement pour traiter ce type d'information.

➤ Effets posttraitement

Lors des entretiens semi-dirigés (en groupe) avec les personnes UDI, les thèmes suivants ont été abordés : la santé physique et mentale, l'estime de soi, les rôles dans la société, les relations personnelles et les habitudes de vie. L'analyse des données a permis de dégager un certain nombre d'effets bénéfiques qui ont duré dans le temps, à la suite du traitement. Ils se regroupent pour la grande majorité d'entre eux autour d'une « meilleure prise en charge de leur vie » qui s'exprime de différentes façons, comme les exemples suivants le démontrent :

- la non-utilisation de seringues « souillées » ou d'échange de seringues, pour les personnes UDI qui continuaient à se piquer, ces dernières ayant été sensibilisées aux risques encourus s'ils continuaient ces pratiques (thème : santé physique);
- la réflexion de certaines personnes UDI, aux prises avec des problèmes de santé mentale, quant à l'intérêt accordé à améliorer leur organisation de vie (thème : santé mentale);
- la réflexion de certaines personnes UDI quant à leur avenir en ce qui a trait à ce qu'elles désiraient faire de leur vie (ex. : retour possible à l'école) (thème : rôles dans la société);
- la reprise de contacts de certaines personnes UDI avec des personnes significatives, par exemple, leurs parents (thème : relations personnelles);
- l'augmentation des contacts soit avec leurs proches ou d'autres personnes, contacts qui leur ont permis de sortir de leur « cocon », de pouvoir mieux exprimer ce qu'elles ressentent et d'avoir une vie plus stable (thème : relations personnelles);
- certaines personnes UDI ont fait le « tri » autour d'elles et sont même allées jusqu'à déménager dans un environnement qu'elles jugent plus « adéquat » (thème : relations personnelles);
- plusieurs personnes UDI ont mentionné l'arrêt de consommation de cocaïne et d'alcool et même de médicaments. D'autres ont relevé qu'elles ont appris à mieux se nourrir (thème : habitudes de vie);
- certaines personnes UDI ont mentionné porter un « autre regard » sur elles-mêmes, se respecter davantage comme individu et avoir une meilleure estime d'elles-mêmes (thème : estime de soi).

Ces effets, du modèle de soins TACTIC, exprimés par des personnes UDI, rejoignent la perception des membres de l'équipe de soins. Ces derniers ont relevé des changements observés dans les habitudes de vie des patients, notamment par la diminution ou la cessation de la consommation de drogues, la prise de repas sur une base régulière, une conscientisation de leur situation et des changements à y apporter, et des questionnements sur la reprise de certaines activités, comme un retour possible à l'école.

5.3. Quels sont les facteurs qui ont permis la réussite du modèle de soins TACTIC et ceux qui ont représenté des contraintes?

Cette question est abordée à partir de l'approche privilégiée dans la mise en place du modèle de soins, soit : le bas seuil d'accès, la réduction des méfaits et la multidisciplinarité. De plus, différents aspects de fonctionnement compléteront les réponses. Les entrevues réalisées avec les personnes UDI, ainsi qu'avec les membres de l'équipe de soins, sont les principales sources d'information. La participation à des réunions de travail et à des rencontres individuelles a servi à documenter de manière plus spécifique la multidisciplinarité. Enfin, quelques données tirées des dossiers des patients ont permis d'apporter des éclaircissements supplémentaires à cette section.

5.3.1. Volet « bas seuil d'accès »

➤ Lieu du traitement

Tous les patients ayant participé au modèle de soins TACTIC ont mentionné que le lieu où les services sont fournis était « facile d'accès » (voir Annexe V, Tableau 9). Les deux tiers des personnes UDI ayant participé aux entretiens semi-dirigés (n = 6/9) n'ont relevé aucun problème à ce sujet. L'équipe de soins, pour qui une offre de service de proximité est essentielle, confirme ces perceptions. En effet, la majorité des patients ne leur ont jamais fait part de difficultés liées au lieu où les services sont dispensés.

Deux personnes UDI ont mentionné que le temps de transport pour se rendre à leur rendez-vous avec un membre de l'équipe de soins pouvait parfois les incommoder, surtout quand leur état de santé était moins bon. Comme elles ne résident pas au centre-ville, l'effort lié au déplacement est alors vraiment important.

« Je reste à Beauport, je n'ai pas d'auto, fait que je suis en autobus, mais avec la 800, ça se fait en 15-20 minutes. Sauf que, quand je me suis ramassée en été pas mal malade, tout le monde me tombait sur le cœur dans l'autobus. Les senteurs, ça me dégueulait... Mais, à quelque part, si tu y penses rationnellement, ça se fait très bien 15 minutes en autobus. »

Par ailleurs, quelques personnes UDI (n = 3/9) ont mentionné ne pas avoir une perception très « positive » de ce que représente l'organisme où les services sont actuellement dispensés. Il arrive, comme cela a été relevé, que cette perception soit partagée par leur entourage :

« Bien t'sais moi, Point de Repères, c'est beaucoup plus anonyme là que la Maison de Lauberivière. Tu n'as pas Point de Repères écrit en gros sur la porte. Lauberivière, tout le monde sait c'est quoi. À Québec, c'est la place des pauvres, puis des itinérants. »

« Tu dis à quelqu'un "Je vais à Lauberivière." "Ah, bien, comment ça tu vas là?" »

« Je demande à mon frère. T'sais mon frère, lui, c'est un petit citoyen là, très santé... Puis je lui demande : "Peux-tu venir me porter à la Maison Lauberivière?" Fait que lui, il pensait qu'on s'en allait à l'Enfant-Jésus ou peu importe. J'ai dit : "Non, non, c'est à Lauberivière." "Qu'est-ce que tu fais là?" T'sais, il est resté mal, il a dit : "Bien là, pour t'attendre, je vais où?" Il ne voulait pas aller dans le parking en arrière, il était super mal à l'aise. » (Maison de Lauberivière perçue comme un organisme associé à l'itinérance.)

Deux personnes UDI, qui ont reçu leur traitement à Point de Repères, considéraient cet endroit comme « inadéquat » en raison de la clientèle qui fréquente ce lieu. Comme celle-ci est majoritairement « junkie », cela pouvait entraîner un effet négatif sur elles, alors qu'elles sont en traitement et qu'elles essaient d'échapper à ce milieu pour reprendre leur vie en main.

« Parce qu'il y a beaucoup de monde qui se gèle, moi, ça m'entraîne. »

« Ouais, j'aime mieux aller au CLSC... Tu es moins confronté à la drogue dans le fond... Parce qu'à un moment donné, je suis arrivé, je me suis ramassé dans le coin là-bas. Il y avait du monde qui était poqué pas à peu près [Point de Repères]... Tu essaies de t'éloigner de ça, t'sais! »

Une question visait à vérifier si les personnes UDI auraient suivi le traitement s'il avait été offert ailleurs que dans un organisme communautaire, tel un CLSC ou un centre hospitalier. Un peu plus de la moitié des patients (57,6 %) n'auraient pas suivi le traitement, alors que les autres (42,4 %) l'auraient suivi peu importe le lieu (voir Annexe V, Tableau 9).

Lors des entretiens semi-dirigés avec les personnes UDI, deux d'entre elles ont mentionné qu'il serait intéressant que ce type de service puisse se donner dans un lieu plus « neutre », tel que le CLSC^{xvi}. Au-delà de l'aspect « neutralité » », elles y voyaient un autre avantage, soit qu'un plus grand nombre de personnes UDI pourraient avoir accès au traitement du VHC, la région 03 comptant plusieurs CLSC.

« Le CLSC, c'est pour tous les gens, OK... C'est niaiseux là, mais t'sais, à bas seuil, à bas seuil! On est bas nous autres! On va vous prendre en charge, vous êtes bas. Bien moi, c'est pour ça que je ne suis pas venu ici [Maison de Lauberivière]. Juste pour cette raison-là. Pour moi, je vais au CLSC, parce qu'au CLSC, quand j'étais dans la salle d'attente, ce n'était pas les mêmes personnes qu'il y avait dans la salle d'attente. Sans avoir de préjugés sur les autres personnes. OK. »

➤ Horaire des services dispensés

Les deux tiers des personnes UDI ayant participé aux entretiens semi-dirigés (n = 6/9) ne relèvent que des éléments positifs quant à la flexibilité de l'horaire et à l'accessibilité des membres de l'équipe de soins. Les autres personnes UDI évoquent quelques problématiques : trois participants souhaiteraient que le médecin de l'équipe soit davantage sur place pour des consultations, un participant aimerait que l'infirmière soit présente tous les jours et un dernier, que les services soient disponibles les fins de semaine. En lien avec la disponibilité de la ressource médicale au sein de l'équipe de soins, quelques participants font valoir le manque de médecins intéressés par cette problématique. Un plus grand nombre de médecins permettrait de rejoindre davantage de personnes UDI, offrant une meilleure disponibilité à l'ensemble de la clientèle cible.

➤ Équipe de soins

L'ensemble des personnes UDI ayant répondu au questionnaire de satisfaction (n = 36/36) ont mentionné que les membres de l'équipe de soins les ont traitées avec respect. Ce point a également été relevé par la globalité des personnes UDI ayant participé aux entretiens semi-dirigés. Ces derniers ont aussi apprécié l'absence de préjugés et la qualité de l'écoute dont ils ont pu bénéficier. Ces commentaires positifs sur l'équipe de soins sont d'autant plus importants que les préjugés envers ce type de clientèle semblent encore présents au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Ils se manifestent de diverses façons, telles que le mépris, la répugnance ou le rejet. Quelques personnes UDI en ont fait mention. Elles souhaiteraient que le personnel des services comme les centres hospitaliers, les pharmacies, etc., soit davantage sensibilisé à leur réalité afin de se sentir respectées, au même titre que toute personne ayant besoin de soins.

« Bien moi, un aspect négatif, c'est que j'ai dû aller me faire donner du sang parce que je faisais de l'anémie. Puis j'ai vu les jugements du système de santé, comment ils étaient envers nous autres. J'ai vraiment fucké le chien. Il a fallu que je sois quasiment sans connaissance par terre pour qu'ils me croient. C'est parce que je consommais, puis que j'étais junkie, à cause que je me piquais... »

xvi. Le CLSC offre déjà ce service, mais certains participants semblaient l'ignorer. L'un des deux participants ayant abordé ce thème parlait en connaissance de cause, car il avait reçu son traitement au CLSC.

« Parce que c'est dans la salle d'attente [du CLSC], le monde ne sait pas pourquoi tu es là, mais les employés, par contre, eux autres, ils le savent. Puis t'sais, si... Comme elle [l'infirmière de l'équipe TACTIC] fait pratiquement juste des junkies. Il faut s'entendre, au CLSC, je ne sais pas si les infirmières... Ils vont en sacrer un coup, quand ils vont me voir les bras. T'sais je pense que oui, ça pourrait s'intégrer au CLSC, mais ça prendrait du temps à se roder, puis t'sais à être accepté, qu'il n'y ait plus de préjugés. »

En outre, les participants ont fait valoir le soutien des membres de l'équipe de soins comme étant très apprécié de leur part. Certains exemples ont été fournis pour illustrer leur satisfaction, notamment la présence de l'intervenante psychosociale qui se déplace à l'occasion au domicile ou qui les accompagne à l'hôpital; la flexibilité des membres de l'équipe qui acceptent, par exemple, de changer les heures de rendez-vous, d'offrir un service lorsque cela est possible, même si le patient se présente une journée autre que celle prévue.

« Mais elle [intervenante psychosociale], elle n'aurait pas été là que je n'aurais pas même fini mon traitement. T'sais c'était important d'avoir du suivi. »

« Ça prend du soutien, ça c'est sûr à 100 %, moi je n'aurais pas été capable... Parce que c'est ça qui faisait que je me levais le mercredi matin. Je savais qu'elle [intervenante psychosociale] allait arriver chez nous... »

Par ailleurs, une personne UDI mentionne qu'elle aurait aimé obtenir du soutien pour faciliter ses démarches auprès de professionnels de la santé qui n'appartenaient pas à l'équipe de soins (ex. : nutritionniste, psychologue, psychiatre). De plus, certaines personnes UDI souhaiteraient pouvoir compter sur une prise en charge « temporaire » afin de répondre à des situations et à des besoins particuliers.

Enfin, interrogés sur leurs perceptions de ce modèle de soins et de la problématique de l'hépatite C chez les personnes UDI, les gestionnaires ont mentionné qu'une des cibles locales du CSSS de la Vieille-Capitale est d'élargir l'offre de service de dépistage des ITSS pour les populations vulnérables. Cet élargissement pourrait se faire tant dans les installations du CSSS que dans les organismes du milieu, en complémentarité avec le réseau médical et infirmier. Cette approche va dans le sens de certains commentaires émis par les personnes UDI.

5.3.2. Volet « réduction des méfaits »

➤ Recrutement de la clientèle

Les membres de l'équipe de soins ont constaté que même si l'approche de la réduction des méfaits a été utilisée, il demeure difficile de recruter des personnes UDI pour un traitement du VHC. Les raisons réfèrent : 1) à la perception de ces personnes en lien avec la « lourdeur » du traitement tant sur la durée, que sur les effets secondaires importants; 2) au fait que les personnes UDI ne sont pas toujours « prêtes » à recevoir un tel traitement, leurs préoccupations étant ailleurs. Il arrive que ces personnes s'inscrivent plus tard, à un moment qui leur convient mieux.

L'équipe de soins apporte une nuance entre le nombre de personnes UDI ayant reçu un traitement du VHC et celui de personnes UDI rencontrées. En effet, plusieurs contacts réalisés, entre autres, par l'intervenante psychosociale ont permis de détecter des personnes UDI, de leur offrir différents soins et d'aborder la possibilité de recevoir un traitement efficace, dans le cas où elles seraient atteintes du VHC. Ces contacts, créant une confiance entre l'intervenant et la personne UDI, demeurent la « porte d'entrée » vers une acceptation de suivre un traitement.

L'équipe de soins estime que pour une personne UDI traitée, environ vingt personnes UDI ont été rencontrées et ont reçu divers types de soins et d'information.

➤ Suivi au traitement

À partir de l'information collectée lors des entretiens semi-dirigés, quelques personnes UDI (n = 3/9) mentionnent qu'il serait important qu'un certain type de suivi puisse être offert par l'équipe de soins après le traitement. Pour ces personnes, étant donné que le traitement est étalé sur une longue période, la fin des rencontres avec les membres de l'équipe de soins crée un « grand vide ».

« [...] tout ça c'est un deuil qu'on vit, parce qu'on est accompagné de toutes ces personnes-là, puis du jour au lendemain, on ne les a plus. »

« Le deuil est difficile après avoir été en lien avec un certain nombre d'intervenants. Ça fait un vide. »

« Ça serait, je vais dire comme eux autres disaient, le deuil est difficile à faire parce que tu as plusieurs personnes autour de toi, puis tout d'un coup, woups! Tu ne vas plus à ta prise de sang, etc. Mais le deuil est très difficile à faire, il n'y a plus personne. »

Sur cet aspect, les personnes UDI proposent qu'il y ait une sorte de transition à la fin de leur traitement, leur situation étant encore « fragile ». Cette transition leur permettrait, entre autres, d'être soutenues dans certaines des démarches qu'elles ont dû cesser durant leur traitement, de faire un état de situation de leurs besoins et si nécessaire, d'être référées aux « bons » endroits.

5.3.3. Volet « multidisciplinarité »

La notion de multidisciplinarité a été abordée uniquement avec les membres de l'équipe de soins lors d'entrevues semi-dirigées.

Les membres de l'équipe de soins partagent une même perception de la définition de la multidisciplinarité, soit : « une association de disciplines qui participent à une réalisation commune, mais sans que chaque discipline ait à modifier sa propre vision des choses, ni ses propres méthodes d'interventions ». Sept caractéristiques « perçues » dans l'équipe de soins peuvent lui conférer ce statut : 1) la présence de diverses professions (médecin, infirmière, intervenante psychosociale); 2) des objectifs communs; 3) des responsabilités et tâches spécifiques à chacun des membres; 4) la collaboration de tous afin de répondre au bien-être de la clientèle; 5) une certaine autonomie de chacun des membres quant à la prise de décision concernant les dossiers des patients; 6) un cadre de référence unique; 7) le regroupement dans un même lieu de travail.

Malgré cette perception commune, les membres de l'équipe de soins y associent également le partage de l'information, des rôles et des responsabilités, qui sont davantage en lien avec l'approche interdisciplinaire. Celle-ci se définit comme étant : « un regroupement de plusieurs professionnels dont les compétences se chevauchent et s'harmonisent. Chaque professionnel collabore avec les autres pour atteindre les objectifs de l'équipe ».

De fait, les termes utilisés pour définir leur collaboration réfèrent tantôt à la multidisciplinarité, tantôt à l'interdisciplinarité. Une chose est certaine, l'ensemble des membres de l'équipe mentionnent que le travail en solo est impossible au sein de l'équipe de soins en raison de la spécificité de leur clientèle qui présente de multiples problématiques.

Quoi qu'il en soit, les membres de l'équipe de soins mettent en évidence les facteurs ayant contribué à la réussite de ce modèle. Ils ont fait valoir que cette approche a permis : 1) d'offrir des services adaptés aux patients afin de pouvoir répondre à leurs multiples besoins; 2) de préciser les rôles et responsabilités de chaque membre de l'équipe, permettant ainsi d'éviter le chevauchement et les frictions; 3) d'assurer une certaine continuité; 4) de s'enrichir mutuellement en partageant leurs connaissances et leur compréhension ainsi que leur vision de chacun des patients; 5) d'acquérir de nouvelles habiletés en étant exposés à de nouvelles idées et approches; 6) de développer une autonomie professionnelle; 7) de diminuer leur charge de travail; 8) de développer la collaboration entre eux.

Les membres de l'équipe de soins ont aussi été interrogés sur les facteurs facilitant la collaboration interprofessionnelle qui se définit par : « un ensemble de relations et d'interactions qui permettent ou non à des professionnels de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience et leurs habiletés, au service des clients ». Ces facteurs sont regroupés en trois catégories : organisationnels, systémiques et interactionnels.

➤ **Facteurs organisationnels**

Les facteurs organisationnels réfèrent à différents éléments tels que la structure organisationnelle, la philosophie de l'organisation, le soutien administratif, les ressources et les mécanismes de coordination et de communication. Les membres de l'équipe de soins ont abordé trois de ces éléments.

En ce qui a trait à la structure organisationnelle, tous les membres de l'équipe de soins souhaitent maintenir la présence d'une structure mixte, c'est-à-dire informelle et formelle. Pour répondre aux besoins de la clientèle, ils suggèrent une structure moins « cadrée », qui laisse une grande latitude aux professionnels, tout en conservant un minimum d'éléments structurants pour la clientèle tels que les horaires, les avertissements en cas d'absence, etc.

Concernant la philosophie, le modèle de soins TACTIC est la résultante d'une collaboration entre deux types d'organisation : une organisation institutionnelle (CSSS de la Vieille-Capitale – de qui relève le médecin et les infirmières) et communautaire (Maison de Lauberivière – de qui relève l'intervenante psychosociale). La jonction de ces deux milieux, possédant chacun leur propre culture, amène des façons de voir différentes. À titre d'exemple, des « frictions » entre les membres de l'équipe de soins ont été relevées, particulièrement en ce qui a trait à la confidentialité et aux protocoles de soins, tant pour leur compréhension que pour leur application. Selon les membres de l'équipe de soins, ces divergences de points de vue exigent de prendre du temps pour en discuter afin de trouver un équilibre entre ces deux milieux de pratique, tout en respectant la culture de l'autre.

En ce qui a trait à la communication, la mise en place de simples structures, comme les réunions d'équipe, est bien vue par les membres de l'équipe de soins. Ces réunions leur procurent un sentiment d'appartenance, tout en leur permettant d'exprimer leur point de vue et d'avoir une certaine cohérence dans leur travail grâce à une meilleure compréhension des tâches à accomplir.

➤ **Facteurs systémiques**

Les facteurs systémiques réfèrent, pour leur part, au système professionnel, aux valeurs socioculturelles et au système de formation.

Concernant le système professionnel, la collégialité face à la relation de pouvoir a été nommée par l'ensemble des membres de l'équipe de soins comme un élément facilitateur de la multidisciplinarité. Ils considèrent cette dernière comme très importante dans les relations professionnelles, mais aussi pour le bien-être des uns et des autres. Par

contre, pour un membre de l'équipe de soins, cette collégialité ne signifie pas nécessairement l'absence d'un supérieur hiérarchique. Celui-ci doit assumer la fonction de gestion pour que l'équipe puisse fonctionner. Tous sont d'avis qu'ils constituent une équipe où chacun a sa place et ses responsabilités et qu'ils sont tous égaux, à la base.

De plus, l'autonomie professionnelle est mentionnée par tous les membres de l'équipe de soins comme un élément qui influence positivement la collaboration au sein de l'équipe. Cette autonomie est nécessaire afin de pouvoir réaliser les tâches qui leur sont assignées, à partir de leurs compétences, sans ressentir qu'ils empiètent sur les tâches des autres. Cependant, cette autonomie ne doit pas les empêcher de partager l'information qu'ils possèdent et qui pourrait être utile aux collègues dans leur compréhension de la problématique d'un patient. D'ailleurs, les patients ont accepté qu'il y ait un partage de l'information entre les membres de l'équipe, si cela s'avérait pertinent.

Une confiance mutuelle entre les membres de l'équipe de soins a aussi été relevée comme un point d'importance capitale. Sans celle-ci, ils ne pourraient former une équipe et leur travail, tout comme le bien-être du patient, en serait grandement affecté.

Sur le plan des valeurs, tous soulignent l'importance d'un climat de travail positif afin de pouvoir collaborer et d'offrir des services de qualité aux patients. Pour ce faire, chacun des membres de l'équipe de soins devrait être capable de travailler en groupe, de communiquer et de partager l'information. Concernant les aspects contraignants, certains membres ont soulevé une difficulté en lien avec la culture professionnelle ou de soins, directement liée à l'organisation (institutionnelle ou communautaire) à laquelle ils appartiennent. Ainsi, les valeurs privilégiées, les façons de travailler et de s'exprimer constituent les principales facettes qui illustrent les divergences relevées.

Enfin, les membres de l'équipe de soins évoquent le besoin de recevoir de la formation, notamment en ce qui a trait aux problèmes de consommation d'alcool et de drogues vécus par leur clientèle cible. Ils ne se sentent pas toujours outillés pour faire face à ces problématiques et souhaiteraient aller chercher des connaissances minimales en toxicomanie en lien avec les interventions à réaliser. Ces formations pourraient être offertes par les organisations reconnues dans ce domaine.

➤ **Facteurs interactionnels**

Les facteurs interactionnels renvoient aux relations interpersonnelles entre les membres de l'équipe.

La volonté de collaborer a été nommée comme un élément primordial au bon fonctionnement de l'équipe, sans quoi cette dernière n'existerait même pas. Le respect entre collègues est aussi vu comme essentiel par l'ensemble d'entre eux. Ils affirment que celui-ci est à la base de toutes relations humaines. Ils définissent une relation basée sur le respect par la communication, le partage de l'information, la collaboration ainsi que par une confiance mutuelle entre chacun des membres de l'équipe. La présence de plusieurs identités professionnelles au sein de l'équipe de soins est perçue comme facilitante, donc comme un atout, en raison des écoles de pensées et des expériences différentes. Enfin, l'ensemble des membres de l'équipe de soins ont mentionné que la différence de « terminologie » est un facteur contraignant à la collaboration interprofessionnelle. La difficulté de se faire comprendre par les autres peut nuire considérablement à la collaboration dans une équipe. Pour éviter un tel problème, ils suggèrent d'utiliser un langage simple et clair et de s'assurer que tous ont bien compris.

5.3.4. Fonctionnement du modèle de soins

Différentes facettes permettant au modèle de soins TACTIC d'atteindre les objectifs sont abordées en complément aux éléments présentés dans les pages qui précèdent. Ainsi, des éléments reliés au financement, au partenariat ainsi qu'aux conséquences reliées à un nouveau traitement ont été discutés.

➤ Financement du modèle de soins

Le financement du modèle de soins TACTIC est évoqué comme une difficulté majeure par l'ensemble des membres de l'équipe de soins. Cette dernière est consciente des restrictions budgétaires du réseau de la santé et des services sociaux qui entraînent des répercussions importantes sur leur offre de service.

Une première répercussion réfère à l'impossibilité d'engager une intervenante psychosociale « permanente ». Comme le budget qui défraye son salaire provient de compagnies pharmaceutiques, sa situation est très précaire. Une des craintes de l'équipe de soins est d'ailleurs que les bailleurs de fonds décident, du jour au lendemain, de ne plus soutenir cette ressource. Les gestionnaires, bien au fait de cette possibilité, ne procèdent donc pas à son embauche, même s'ils reconnaissent son importance. Dans ce contexte, ils ont décidé de mettre la priorité sur le personnel médical et infirmier et de créer des liens avec des organismes communautaires du centre-ville, qui possèdent le personnel psychosocial pour répondre aux besoins de leur clientèle. Ainsi, les personnes UDI participant au modèle de soins TACTIC pourront y être dirigées s'ils en font la demande.

Une deuxième répercussion des limites du financement est en lien avec la « stabilité » du personnel actuel. Cette stabilité est fragilisée en raison du choix des priorités qui peut être fait par l'organisation institutionnelle, choix qui peut avoir un impact important pour la « survie du modèle de soins ». Ces répercussions peuvent affecter la qualité de l'offre de service, augmenter la charge de travail, avoir un impact sur la continuité des soins et enfin, allouer moins de temps aux clients dans le processus du traitement et du suivi. Deux personnes UDI ayant participé aux entretiens semi-dirigés ont d'ailleurs fait part d'un effet négatif important du roulement du personnel sur le soutien apporté et le suivi, ou non, par les membres de l'équipe de soins.

« J'ai eu 4 infirmières. Ça a changé, ça là, je n'ai pas aimé ça. »

« J'ai trouvé ça plate, car la subvention allait et partait, donc pas toujours le même intervenant. » (En parlant de l'intervenante psychosociale.)

Enfin, le financement restreint accordé au modèle de soins ne permet pas l'embauche d'autres types de professionnels afin de répondre aux besoins multiples de la clientèle cible. Les gestionnaires du CSSS sont conscients de cette difficulté et s'en préoccupent. Ils aimeraient, au même titre que l'équipe de soins, s'assurer d'un financement adéquat et ainsi, améliorer l'accès à cette clientèle. Afin d'y arriver, ils ont abordé le sujet avec les représentants du palier régional (Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale), lesquels sont à l'écoute de leurs revendications. À ce sujet, ils ont entrepris des démarches pour obtenir un financement récurrent, ce qui assurerait la pérennité de l'équipe de soins.

➤ Partenariat dans le milieu

Le partenariat est considéré par les membres de l'équipe de soins comme étant incontournable dans la mesure où un tel modèle ne peut s'actualiser sans le soutien des autres organisations qui répondent aussi à cette clientèle.

Malheureusement, l'équipe constate le peu de références provenant de certains organismes communautaires. Elle se demande s'il existe une « chasse gardée » ou une certaine crainte de perdre une partie de leur clientèle, même si le modèle de soins TACTIC répond à des besoins spécifiques, non répondus par eux. Quoi qu'il en soit, l'équipe de soins aimerait se sentir soutenue sans être en compétition, par exemple, par les intervenants de rue.

Du point de vue des membres de l'équipe de soins, il serait aussi important de développer des corridors de services afin d'assurer une offre de services élargie, en complément à celle du modèle de soins TACTIC (ex. : services de nutrition, de dermatologie, de psychiatrie, de réadaptation en dépendance [consommation d'alcool, de drogues, etc.]) et ainsi faciliter l'accès des personnes UDI à ces professionnels. Comme la clientèle desservie est polyproblématique, divers services sont requis pour répondre adéquatement à l'ensemble de leurs besoins.

Enfin, l'arrivée d'un nouveau traitement obligera l'équipe de soins à continuer de s'adapter à la mise en place des soins et des services de ce modèle de soins. Ce nouveau traitement entraînera des conséquences, tant pour le patient que pour l'équipe elle-même. Pour le patient, il sera plus facile, car il se donnera sur une période de temps beaucoup plus courte, soit 12 semaines comparativement à 24 ou 48 semaines. Il est, de plus, sans effets secondaires importants et son taux de réussite est très élevé (entre 90,0 % et 100,0 %). Pour l'équipe de soins, la durée et l'absence d'effets secondaires du traitement l'obligeront à revoir son offre de service, telle que proposée actuellement. De fait, elle sera moins en contact (durée du traitement plus courte, risque d'effets secondaires presque nuls) avec les patients et du coup, ne pourra pas faire autant d'enseignements sur les comportements à modifier en vue, par exemple, d'éviter la réinfection. Afin d'y pallier, elle songe à développer le suivi posttraitement. Enfin, des activités de sensibilisation auprès des organismes communautaires devront être planifiées pour les informer des avantages et des inconvénients de ce nouveau traitement; ces derniers pourront, par la suite, en parler aux personnes UDI, ce qui pourrait favorablement augmenter le taux de participation.

5.4. Satisfaction des services

Les données quantitatives montrent qu'un total de 36 personnes ont répondu au questionnaire de satisfaction et que l'ensemble des répondants sont satisfaits des services reçus, que ce soit de la part du médecin, de l'infirmière ou de l'intervenante psychosociale. Les principaux éléments documentés portaient sur : 1) l'information qui leur était transmise afin de prendre une décision juste et éclairée en ce qui concernait le traitement; 2) les réponses qui leur étaient apportées quant aux questions soulevées sur divers thèmes; 3) la façon dont ils étaient traités en lien avec le respect; 4) le fait d'être à l'aise de parler des effets secondaires (physiques ou psychologiques) et de l'aide reçue afin de contrôler ces effets; 5) les délais « raisonnables » rencontrés lorsqu'ils ont eu besoin d'aide (voir Annexe V, Tableau 9).

5.5. Faits saillants

Les résultats indiquent :

1. qu'il n'y a pas d'écart entre la clientèle cible et la clientèle rejointe;
2. que l'application de l'approche retenue (bas seuil d'accès, réduction des méfaits et multidisciplinarité) a été réussie. Plusieurs facteurs en sont responsables tels que l'endroit où le modèle de soins est offert, la souplesse de l'organisation du service, l'ouverture d'esprit de la part de l'ensemble des membres de l'équipe de soins et leur soutien pour tenter de répondre aux divers besoins des personnes UDI;

3. que cette application ne s'est pas faite sans difficulté. Le financement, le roulement du personnel et le développement du partenariat font partie des principaux problèmes observés;
4. que malgré la lourdeur du traitement, les patients ont su être persévérants et le compléter;
5. que les patients ont effectivement amélioré leur état de santé physique et psychologique;
6. que les patients se disent très satisfaits, tant en ce qui a trait à l'aspect organisationnel qu'à l'aspect relationnel;
7. que le modèle de soins TACTIC a atteint son but, soit d'offrir un modèle de soins adapté aux besoins des personnes UDI en consommation active, infectées par l'hépatite C, afin qu'elles puissent avoir accès à un traitement et ainsi améliorer leur état de santé.

VI. DISCUSSION

Dans la dernière décennie, la disponibilité des services pour les clientèles vulnérables, telles que les personnes marginalisées présentant de multiples problématiques, a fait l'objet de préoccupations des gestionnaires du CSSS de la Vieille-Capitale. C'est dans ce contexte que plusieurs projets ont été entrepris, dont le modèle de soins TACTIC, qui offre un traitement et un suivi accessibles aux personnes UDI, infectées par le VHC. L'équipe, qui a développé le modèle de soins, est formée d'un médecin, de deux infirmières et d'une intervenante psychosociale.

L'importance à accorder à la clientèle porteuse de l'hépatite C n'est plus à faire. Le nombre élevé de personnes qui en sont infectées, tant au Canada qu'au Québec, en témoigne. Les taux de prévalence, particulièrement élevés chez les personnes UDI, confirment la pertinence de développer des programmes visant à mieux rejoindre la clientèle cible. Celle-ci, aux prises avec de multiples problématiques et vivant le plus souvent en marge de la société, force les organisations à développer et à mettre en place des approches adaptées à leurs situations. C'est dans ce contexte que le modèle de soins TACTIC a vu le jour en 2009.

Consciente des limites du réseau public et des approches plus « traditionnelles » pour répondre aux besoins particuliers de cette clientèle, l'équipe de soins a misé sur des composantes dont l'efficacité avait été démontrée pour l'élaboration de leur modèle de soins. Celui-ci s'appuie sur une approche à bas seuil d'accès, sur la réduction des méfaits ainsi que sur la multidisciplinarité. Les services de l'équipe de soins sont offerts dans un organisme communautaire, situé à proximité de la clientèle visée et ayant un minimum d'exigences afin de favoriser une plus grande accessibilité aux services (bas seuil d'accès). L'approche privilégiée prend en compte la diminution des conséquences néfastes de l'usage des drogues sans que la personne cesse obligatoirement de consommer (réduction des méfaits). Enfin, l'équipe de soins, constituée de différents types de professionnels, travaille dans une perspective multidisciplinaire (multidisciplinarité).

Afin de bien comprendre quelles conditions ont joué un rôle majeur dans la mise en place du modèle de soins TACTIC, la discussion portera sur les principaux résultats observés sous l'angle de l'accès et de la continuité des services. Pour cela, les composantes du modèle, de même que les éléments inhérents à son fonctionnement et appelés à jouer un rôle clé dans sa réussite, seront à la base des éléments pris en considération dans la présente section.

6.1. Conditions reliées aux composantes de l'approche du modèle de soins

Compte tenu des particularités de la clientèle ciblée, l'accès et la continuité des services ont occupé une place centrale dans le développement et l'application même du modèle de soins TACTIC. Aussi, les résultats qui en découlent ont été influencés par ces dimensions d'accessibilité et de prise en charge.

➤ Traitement du VHC et fidélité au traitement

De prime abord, le service vise à rendre le traitement disponible à la clientèle cible, à lui offrir la gamme de services requis par sa situation et à lui fournir le soutien approprié tout au long du traitement. À ce sujet, les données mettent en valeur que l'équipe de soins a bel et bien offert le traitement tel qu'il avait été prévu et démontrent des résultats très positifs, notamment sur le plan de la fidélité au traitement.

Malgré les enjeux de taille reliés à la réussite d'un tel modèle de soins et soulignés par plusieurs auteurs^{30,31}, notamment en ce qui concerne la fidélité au traitement, les résultats du modèle de soins TACTIC démontrent clairement la capacité de l'équipe à rejoindre les personnes UDI infectées par le VHC de manière très satisfaisante. Sur ce point, à l'instar d'études cliniques, le modèle de soins confirme que les personnes UDI ont la capacité de poursuivre leur traitement du VHC en respectant les exigences requises, pourvu que certaines conditions soient en place et que le contexte de traitement soit approprié.

Bien qu'il existe plusieurs fausses croyances, des études menées au Canada ainsi qu'à l'échelle mondiale ont démontré des taux de RVS tout à fait comparables entre les personnes qui s'injectent de la drogue et celles qui ne s'en injectent pas.

Les données de la présente étude tendent à démontrer que le modèle de soins TACTIC arrive à maintenir la fidélité des patients au traitement. Selon la littérature sur le sujet, un score de 80,0 % est identifié comme étant la norme reconnue pour apprécier la fidélité au traitement en considérant d'une part, la prise de médicaments et d'autre part, l'assiduité au traitement. Suivant ces balises, les résultats du modèle de soins TACTIC donnent des résultats plus que probants. En effet, 39 des 42 patients ayant complété leur traitement ont une fidélité supérieure à 95,0 % pour la prise de médicaments, de même que pour la durée de leur traitement (ou assiduité), ce qui dépasse largement la norme reconnue de 80,0 %. Enfin, près de neuf patients sur dix (85,7 %) avaient un ARN négatif à la fin du traitement et plus des trois quarts (76,2 %) ont eu une RVS (ARN négatif 6 mois posttraitement). Ainsi, le modèle de soins TACTIC, tel que mis en place dans la région, a permis aux personnes UDI : d'avoir accès à un traitement adapté à leur situation, de le suivre au complet et d'atteindre un taux de fidélité correspondant à celui indiqué dans la littérature pour des programmes similaires et, même, de le dépasser. Tous ces résultats concourent à la réussite de ce modèle de soins novateur.

Les sections suivantes font état des conditions qui se sont avérées favorables à l'application des composantes du modèle de soins telles que reconnues dans la littérature. Les aspects ayant représenté des barrières seront identifiés et des pistes de solutions seront proposées.

➤ **Bas seuil d'accès**

La notion de bas seuil d'accès réfère à un niveau d'exigences qui conditionne l'accessibilité à des dispositifs de soins. Il s'agit, en fait, d'adapter le plus possible les soins et les services aux caractéristiques et au cheminement de la personne, ce qui se concrétise par une grande souplesse dans l'organisation de l'offre de service. À titre d'exemple, les critères d'admission ne sont pas stricts et les services sont dispensés le plus près possible du lieu où se trouvent les personnes traitées. De plus, l'horaire est adapté à leur situation et toute demande est répondue à l'intérieur de délais très courts. La notion de bas seuil d'accès renferme des caractéristiques qui rejoignent tant l'accessibilité géographique que l'adaptabilité des membres de l'équipe de soins à prodiguer les soins et les services à cette clientèle particulière.

L'équipe de soins a intégré plusieurs de ces éléments afin de tenir compte de la réalité de la clientèle cible, particulièrement en offrant les services le plus près possible de leur milieu de vie. En s'associant, en alternance, à deux organismes communautaires situés au centre-ville de Québec et bien connus de la clientèle cible, cette collaboration s'est avérée, dans l'ensemble, très positive selon les commentaires émis par les participants. L'organisme Point de Repères a reçu quelques critiques en lien avec les personnes qui le fréquentent et celles qui se tiennent tout autour, dans ce quartier. Aucun commentaire négatif n'a porté sur les services. Comme plusieurs

personnes UDI aiment fréquenter le quartier, certains participants craignaient y croiser « d'anciens amis » et de retomber dans la consommation, alors qu'ils ont réussi à s'en défaire. Quelques commentaires ont aussi été énoncés à l'endroit de la Maison de Lauberivière, non pas en lien avec les services dispensés ou leur personnel, mais plutôt en ce qui a trait à la « représentation » de cet organisme dans l'opinion publique. Étant associée à la pauvreté, aux personnes démunies et souvent aux sans-abris, la Maison de Lauberivière présente une image de « soupe populaire » à laquelle toutes les personnes UDI ne s'associent pas.

L'équipe de soins a également fait preuve de souplesse dans les rendez-vous des participants. En effet, des personnes UDI ont témoigné qu'elles avaient pu facilement replanifier un rendez-vous manqué, et ce, relativement rapidement. Les déplacements possibles des membres de l'équipe de soins au domicile des participants ou dans d'autres lieux pour leur apporter du soutien ont aussi été relevés comme étant un facteur positif. Il s'agit là d'exemples de l'adaptabilité des membres de l'équipe afin de mieux répondre aux besoins des patients.

Par ailleurs, l'absence de services durant les fins de semaine semble constituer une barrière pour quelques patients. Bien que le médecin soit présent deux demi-journées par semaine à la Maison de Lauberivière, ils souhaiteraient pouvoir compter sur davantage d'heures de consultation à cet endroit. Ils préfèrent ne pas avoir à se déplacer au CSSS, où le médecin travaille également. Comme ce commentaire a été émis par un nombre restreint de personnes, il y a lieu de se demander jusqu'à quel point il doit être pris en considération, d'autant plus que l'organisme communautaire auquel ils ont accès offre d'autres services médicaux et infirmiers. Quoi qu'il en soit, il apparaît pertinent de maintenir l'offre de service médical aux deux endroits afin de rejoindre le plus grand nombre de personnes possible. Il faut aussi relever que le profil de la clientèle cible, dont une grande partie vit en marge de la société, cadre davantage avec les particularités des organismes communautaires habitués à ce type d'usagers.

Le roulement du personnel est mentionné, par quelques participants, comme une problématique. Cette situation touche particulièrement l'intervenante psychosociale dont le salaire dépend des fonds d'une compagnie pharmaceutique. Compte tenu des limites de financement de l'équipe de soins, les sommes disponibles ne permettent pas de l'embaucher de façon permanente, au même titre que les autres professionnels de la santé. Pour d'autres raisons, il y a également eu un roulement important au poste d'infirmière au cours des années. Les participants doivent donc s'adapter à différents intervenants pour la même fonction et parfois, dans un court laps de temps. De plus, la rétention du personnel des organismes communautaires représente un défi important. Malgré ce contexte, en dehors du contrôle de l'équipe de soins TACTIC et de l'organisme communautaire qui l'héberge, la stabilité du personnel demeure un aspect clé à la réussite du traitement des personnes UDI infectées par le VHC et à leur suivi.

Bien que la clientèle cible ait été retenue prioritaire par les différents paliers (national, régional et local) et que des efforts importants aient été faits par le CSSS de la Vieille-Capitale, il demeure que l'équipe de soins TACTIC doit composer avec une enveloppe budgétaire restreinte. Celle-ci lui impose une capacité limitée dans la prestation de ses services et peut, à moyen terme, mettre en péril la pérennité de ce modèle de soins.

➤ Réduction des méfaits

Reconnu efficace pour la réduction des méfaits, le pragmatisme est, à la base, une volonté de reconnaître l'universalité du phénomène de l'usage des drogues, de s'attacher aux conséquences négatives de la consommation et de favoriser les changements selon une hiérarchie d'objectifs. En n'exigeant pas de la clientèle UDI de cesser de consommer durant leur traitement, l'équipe a su faire preuve d'une flexibilité soutenant cette composante. Pour sa

part, l'humanisme, qui définit également la réduction des méfaits, est à la base d'une volonté de joindre les usagers dans leur milieu, de rendre accessibles les soins et les services dont ils ont besoin, de favoriser le respect de leurs droits et de leur capacité à prendre des décisions, ainsi que de les aider à se responsabiliser⁵². La reconnaissance de la capacité de la clientèle cible à prendre leurs propres décisions a aussi fait partie de la philosophie de l'équipe de soins. Sur cet aspect, les intervenants ont cherché à inculquer des notions de prévention aux participants et à leur proposer d'apporter des changements dans leurs habitudes de vie.

Associée de près à l'humanisme, l'acceptabilité est une autre facette de l'accès aux services à considérer lorsqu'on s'adresse à une clientèle vulnérable. Plusieurs auteurs^{38,39} ont relevé un certain nombre de barrières à ce sujet. Parmi celles qui concernent directement les patients, les expériences négatives avec le réseau de la santé, qui prennent souvent la forme de contacts précaires ou de stigmatisation de la part du personnel, en sont les principales. Pour sa part, Noël¹² a documenté les éléments à considérer dans l'offre de service destiné aux personnes infectées par le VHC. À cet égard, l'expertise et le savoir-être des professionnels de la santé, associés à certains préjugés et craintes de ce personnel pour cette particulière, ont été identifiés.

Les propos recueillis auprès des participants font ressortir le respect des membres de l'équipe de soins à leur endroit. Cet élément de satisfaction était partagé par la majorité, bien que quelques-uns aient continué de faire valoir leurs perceptions négatives à l'endroit du réseau de la santé. Le fait d'exiger des patients de s'abstenir de consommer des drogues ou de l'alcool, de participer à un programme de méthadone avant d'entreprendre le traitement, de respecter diverses politiques, telles que l'obligation de prendre et de confirmer ses rendez-vous sans quoi il n'aura plus accès aux services⁶⁸, sont des exemples menant à l'interruption du traitement. Les personnes UDI ayant reçu les services de l'équipe de soins TACTIC ont mentionné ne jamais s'être senties jugées ni rejetées. Au contraire, elles disent avoir retrouvé leur dignité.

➤ Multidisciplinarité

La multidisciplinarité réfère à la collaboration entre les membres spécialisés d'une équipe, où chacun apporte sa spécificité au profit du patient, de manière complémentaire à celle de ses collègues. Sherman et ses collaborateurs¹⁰ ont indiqué, dans la recommandation du consensus canadien sur la prise en charge de l'hépatite C chronique, qu'une approche multidisciplinaire intégrée, qui ne se limite pas aux soins classiques, s'avérerait nécessaire pour ce genre de clientèle. La présence de multiples problématiques de santé (antécédents psychiatriques) et psychosociaux (problèmes familiaux, financiers, etc.) justifie que plus d'un type d'intervenants contribuent à répondre à leurs besoins. Chacun peut apporter un soutien, propre à sa discipline, adapté à la réalité des participants. Par contre, l'équipe de soins ne peut, à elle seule, combler l'ensemble des besoins des personnes UDI infectées par le VHC.

Si l'information collectée démontre que l'intervenante psychosociale a réussi à développer des liens avec d'autres organismes communautaires et quelques pharmacies, elle révèle aussi le peu de références pour l'équipe de soins TACTIC en provenance du réseau communautaire. Il est difficile d'en expliquer la raison. Compte tenu des particularités de la clientèle cible, on pourrait s'attendre à davantage de collaboration et de concertation de la part de ces organismes afin d'en répartir la prise en charge et de mieux répondre à ses besoins.

Un accès à des professionnels autres qu'à ceux de l'équipe de soins (nutritionniste, psychiatre et autres spécialistes) figure aussi parmi les attentes des participants. Des collaborations avec des partenaires du réseau seraient à développer pour leur en faciliter l'accès. L'élaboration de corridors de services, précisant des modalités de prise en charge de ces clients, pourrait être une avenue à explorer. Cette façon de faire permettrait de « formaliser » des

ententes de collaboration et de baliser l'offre de service de manière complémentaire à celle du modèle de soins TACTIC. De tels partenariats seraient favorables à une meilleure continuité de services. Malgré que tous s'entendent sur le manque de ressources tant en nombre qu'en diversité au sein de l'équipe de soins, il est probablement illusoire, à ce moment-ci, de penser développer une offre de service élargie.

Le suivi des participants, une fois le traitement complété, rencontre quelques failles. En effet, une partie de la clientèle a dénoncé la fin abrupte des services, alors qu'une période de transition pour les aider à bien gérer la suite, à « boucler la boucle », aurait été appréciée. La fin du traitement est toujours un moment critique dans le processus de rétablissement global, que le patient ait atteint ou non une suppression de la charge virale. Étant donné que les rendez-vous hebdomadaires sont remplacés par des visites plus espacées, les patients ont parfois de la difficulté à transférer l'énergie investie dans le traitement dans la poursuite de nouveaux objectifs de vie. À ce moment, le risque de rechute⁶⁹ est bien présent. Il apparaît donc très important de tenir compte de cette réalité pour voir comment assurer une meilleure continuité des services posttraitement à partir des ressources disponibles.

6.2. Résultats observés

➤ Clientèle rejointe

Les données montrent que le profil des participants rejoints par l'équipe de soins TACTIC correspond aux critères d'inclusion du modèle et est semblable en tous points à celui documenté dans la littérature pour ce type de clientèle.

Comme le modèle de soins fait la démonstration de son efficacité, il y a lieu de se questionner sur sa capacité à répondre à une plus grande demande, d'autant plus qu'un bassin potentiel de personnes pourrait en bénéficier dans la région de la Capitale-Nationale. Pour cela, il serait intéressant de connaître le taux actuel de couverture afin de définir une cible réaliste à atteindre au cours des prochaines années.

Certaines pistes de solutions peuvent provenir des nouveaux traitements. L'allègement prévu dans la façon de donner celui-ci peut amener l'équipe de soins à revoir certaines modalités afin d'augmenter le nombre de patients qu'elle peut suivre. Les difficultés liées au recrutement sont, bien entendu, à considérer. Toutes les personnes potentielles ne connaissent pas leur statut, peuvent ne pas savoir qu'elles sont porteuses du virus ou si, c'est le cas, ne désirent pas toujours être soignées. Des activités de sensibilisation à la problématique et à ses conséquences sont nécessaires. La facilité à obtenir le traitement et le peu d'effets secondaires de celui-ci sont des avantages qui pourraient inciter davantage de personnes à participer au modèle de soins TACTIC. Il sera alors nécessaire d'être attentifs à leur motivation pour s'assurer de leur fidélité au traitement et de demeurer vigilants quant aux risques de réinfection.

➤ Effets du traitement sur les dimensions de la vie des personnes UDI

Comme les résultats à court terme ont été abordés dans la section du traitement du modèle de soins, il sera question, ici, des effets à long terme. Il est difficile de connaître très exactement quels sont les effets à long terme que procure le traitement aux personnes ayant bénéficié du modèle de soins TACTIC. Les effets cliniques du traitement, quant à la réponse virologique, sont clairs. Cependant, les effets à moyen et long terme sur les différentes dimensions de la vie des participants demeurent un peu plus flous. Lors des entretiens semi-dirigés, les personnes UDI rencontrées avaient de la difficulté à dissocier les effets immédiats du traitement de ceux posttraitement, qui se maintiennent dans le temps et qui se rapportent à différentes sphères de leur vie : famille, amis et milieu de vie,

études, travail, habitude de vie, santé mentale, etc. Malgré que nous n'ayons pu approfondir ce point de manière importante, plusieurs personnes UDI ont mentionné avoir fait des réflexions ou des démarches dans la perspective d'organiser leur vie. Dans certains cas, il était question d'un retour possible à l'école, de déménagements pour être mieux entourés, d'habitudes de vie plus saines (incluant une plus grande vigilance quant à l'utilisation des seringues pour les personnes continuant de consommer) ou d'actions visant à développer une meilleure estime de soi.

Tous ces effets apparaissent très positifs; il est seulement difficile de savoir jusqu'à quel point ils se maintiennent dans le temps. Quel est le taux de réinfection des personnes ayant participé au modèle de soins TACTIC? L'équipe de soins ne dispose pas de cette information; en effet, un suivi sur 5 ans est nécessaire pour documenter ce type d'effets à partir de données fiables et valides et celui-ci n'est possible qu'à la condition de pouvoir rejoindre les personnes qui ont été traitées.

➤ Environnement du modèle de soins

Le modèle de soins TACTIC, tel que développé dans le centre-ville de Québec, a été le premier à implanter une approche basée sur le bas seuil d'accès, la réduction des méfaits et la multidisciplinarité. À cet égard, ce modèle s'est inscrit comme étant novateur dans la réponse aux besoins des personnes UDI infectées par le VHC. Compte tenu des nombreux besoins à satisfaire pour assurer une bonne réponse à cette clientèle, l'équipe de soins a développé, au cours des années, des collaborations avec un certain nombre de partenaires. Les pharmacies d'officine, par exemple, constituent des partenaires importants par leur soutien à des patients dans la gestion de leur médication. Il arrive que des médecins spécialistes soient mis à contribution de manière ponctuelle pour répondre à un besoin particulier, que ce soit en dermatologie, en psychiatrie ou autres. Cependant, ce type de collaboration mériterait d'être développé selon l'avis des participants lors des entretiens. Pour cela, des démarches sont à faire, non seulement de la part des membres de l'équipe de soins, mais également de la part des gestionnaires responsables du modèle de soins. Il s'agirait probablement d'établir des ententes formelles pour la mise en place de corridors de services afin de faciliter l'accès aux patients. On pourrait s'attendre que la nouvelle gérance découlant des changements apportés à la Loi sur la santé et les services sociaux apporte certaines modalités favorables à une meilleure continuité de services, et ce, pour l'ensemble des clientèles. Ces modifications récentes, qui situent le CIUSSS comme étant l'instance qui gère l'ensemble des services de 1^{re} ligne dans la région de la Capitale-Nationale, peuvent constituer des opportunités à saisir, au fil de l'évolution de la mise en place de ce centre.

Plusieurs organismes communautaires^{xvii} gravitent autour du modèle de soins TACTIC. Certains ont une vocation plus généraliste, alors que d'autres ont développé un créneau pour une clientèle spécifique, dont les personnes vulnérables à qui des services à bas seuil sont offerts. Malgré la présence d'une offre diversifiée de services, les collaborations du réseau communautaire avec l'équipe de soins TACTIC restent à améliorer, cette dernière se questionnant sur le peu de références qui leur sont adressées. Est-ce en raison d'une méconnaissance de leur modèle de soins ou, plutôt, en raison d'une certaine « chasse gardée » des organismes envers leur clientèle? Il est difficile de se prononcer sur une hypothèse ou l'autre; toutefois, des efforts pour un plus grand partage des services ne peuvent qu'être encouragés. En effet, une meilleure concertation vers des objectifs communs représenterait une valeur ajoutée à l'ensemble de l'organisation des services dans la région. De là, des collaborations entre les organismes agissant comme étant des « partenaires » pourraient donner lieu à la mise en place de corridors de

xvii. Point de Repères, PECH, Archipel d'Entraide, Maison de Lauberivière, Armée du Salut, Clinique SABSA, SIDEPE, SPOT, etc.

services par exemple, où chaque organisme apporterait son expertise propre, complémentaire à celle de son partenaire. Ceux-ci pourraient être épaulés par des médecins, des pharmaciens et d'autres intervenants afin de répondre à des besoins particuliers de cette clientèle.

6.3. Conditions de réussite

Les services aux personnes UDI et aux prises avec le VHC sont offerts par des organismes publics et communautaires. Des difficultés liées au manque d'effectifs médicaux et de services à proximité des milieux de vie des personnes toxicomanes ont cependant été relevées pour la région : restriction de l'accès aux services, absence de services adaptés, exclusion des utilisateurs actifs, manque de continuité dans les services, pénurie de services médicaux liés au traitement, difficultés de partenariat, etc. L'expérimentation du modèle de soins TACTIC a su pallier certaines de ses difficultés.

Aussi, à la lumière des résultats qui se dégagent de cette évaluation, plusieurs conditions méritent d'être considérées afin de continuer d'assurer l'accessibilité et la continuité de ces services. À cet effet, les éléments suivants sont présentés comme étant des facteurs favorables, non seulement pour la mise en place de ce type de services, mais également pour son maintien dans le temps. Ces facteurs de réussite sont les suivants :

- par rapport au bas seuil d'accès :
 - maintenir une offre de service à proximité des lieux où réside la clientèle potentielle;
 - offrir une grande flexibilité de l'horaire de consultation des membres de l'équipe de soins;
- par rapport à la réduction des méfaits :
 - améliorer l'organisation des services à l'intention des personnes UDI par des projets novateurs favorisant leur accueil et leur réinsertion sociale;
- par rapport à la multidisciplinarité :
 - conserver la multidisciplinarité au sein de l'équipe de soins à partir d'une variété de disciplines;
 - optimiser la pratique de la multidisciplinarité. Sur le plan :
 - de la confidentialité, il est proposé de faire une discussion avec tous les membres de l'équipe de soins sur la compréhension de ce concept afin d'en arriver à une compréhension « commune », de déterminer les moyens afin d'en assurer l'application et d'afficher l'information en lien avec la protection des informations personnelles des clients (ex. : affiches dans les bureaux des intervenants, dans les corridors, etc.);
 - du partage des responsabilités et des tâches, il est proposé de désigner des membres de l'équipe de soins pour assurer diverses tâches telles que : 1) la coordination; 2) la mise à jour de l'information à intégrer dans les dossiers des patients; 3) l'élaboration des ordres du jour; 4) l'animation des réunions d'équipe;
 - des modes de communication, il est proposé d'assurer une forme de communication formelle dans l'équipe de soins. Il pourrait s'agir d'établir clairement les moyens de communication entre ses membres, de revoir les moyens et les outils de communication employés afin d'en rehausser l'efficacité, d'encourager la participation aux réunions, etc.;
- par rapport à la pérennité de l'équipe de soins :
 - pouvoir compter sur la reconnaissance de l'équipe de soins par les gestionnaires du CSSS de la Vieille-Capitale :

- un financement récurrent permettant d'assurer de la stabilité à l'ensemble des membres de l'équipe et la pérennité du modèle de soins ;
- des mécanismes de collaboration bien établis avec l'organisme communautaire qui héberge l'équipe :
 - des ententes claires de gestion définissant les rôles de l'établissement et de l'organisme communautaire relativement à ce modèle de soins;
 - un partage des rôles et des responsabilités entre les membres de l'équipe;
 - une vision partagée du modèle de soins et des conditions de mise en place (des aspects relevant de la culture des établissements peuvent influencer l'implantation d'un tel modèle de soins);
 - des modalités de collaboration bien définies entre les différents organismes qui s'adressent à la clientèle cible de manière à partager l'offre de service en complémentarité, et ce, dans un souci d'une plus grande efficience.

6.4. Forces et limites

6.4.1. Volet quantitatif

La clientèle rejointe représente la majorité des personnes UDI ayant reçu et terminé un traitement du VHC, depuis la mise en place du modèle de soins TACTIC. Ceci a permis de fournir un portrait exhaustif de la clientèle ayant utilisé des services. De plus, les données colligées par les membres de l'équipe de soins durant la période de l'étude ont porté sur plusieurs variables qui ont permis de brosser un portrait relativement complet de la clientèle.

6.4.2. Volet qualitatif

Le caractère participatif et formatif de la démarche évaluative a favorisé l'expression de la diversité des témoignages et des opinions des différents groupes d'informateurs. Dès que disponible, l'information colligée a fait l'objet d'une rétroaction auprès des membres de l'équipe de soins. Cette stratégie a permis une validation et une appropriation rapides des contenus menant à des réflexions susceptibles d'apporter des ajustements au fonctionnement de l'équipe et à l'offre de service, et cela, sans attendre le rapport final de l'étude. Cependant, il a été impossible d'avoir le point de vue de l'ensemble des membres de l'équipe de soins ayant participé au modèle de soins, en raison du roulement de personnel très important tout au long de l'étude.

L'étude menée comme étant une étude de cas a permis d'approfondir la situation, de la préciser et d'en expliquer certaines particularités. Sa principale contrainte est de ne pas permettre de généralisation. En effet, les particularités liées à la clientèle cible, à l'équipe de soins, au lieu où les services sont rendus et à l'offre de service elle-même font en sorte de limiter la transférabilité des résultats. Cette information de « premier niveau » est toutefois utile pour continuer la réflexion quant aux types de services à offrir aux personnes UDI et pour voir comment le modèle de soins proposé répond en tout ou en partie à leurs besoins spécifiques.

L'utilisation de diverses sources d'information (quantitative et qualitative) a permis de collecter une information variée et de la valider par l'approche dite de « triangulation ». Cette dernière permet : 1) d'éliminer ou de réduire les biais et d'augmenter la fiabilité et la validité de l'étude; 2) d'améliorer la compréhension de l'étude, de fournir une richesse d'information et une meilleure compréhension du phénomène étudié.

CONCLUSION

Le modèle de soins TACTIC, tel que mis en place à l'intérieur du territoire du CSSS de la Vieille-Capitale, a démontré la réussite de l'approche qu'elle privilégiait pour répondre aux besoins de sa clientèle. Sur le plan clinique, les données de la présente évaluation révèlent un taux de fidélité au traitement supérieur à la norme reconnue dans la littérature et les participants ont obtenu une RVS tout à fait comparable (voire supérieure) à ce qui est documenté dans les études. De plus, l'équipe a fait preuve d'une grande adaptabilité, de souplesse et de flexibilité dans leur fonctionnement, le tout directement en concordance avec l'esprit du modèle de soins qu'elle préconisait.

L'évaluation a également fait ressortir plusieurs effets, à moyen et long terme, sur les différentes sphères de vie des participants. Ces effets prennent plusieurs formes et touchent l'estime de soi dans certains cas alors que pour d'autres, la qualité des relations interpersonnelles est remise en valeur après que des participants aient coupé les ponts avec leur entourage. Ces quelques exemples permettent d'illustrer les bienfaits d'un tel modèle de soins, mené par une toute petite équipe, qui travaille à maintenir ses acquis au fil des années. À ce sujet, la récurrence du financement pour permettre la pérennité du modèle et de l'équipe qui l'applique n'est pas acquise, ce qui constitue une source d'inquiétudes. Les responsables se doivent d'être à l'affût de subventions pouvant assurer la participation d'une des intervenantes de l'équipe. Son apport est pourtant essentiel et ne devrait pas être remis en question annuellement pour des raisons de financement. Le succès d'un tel modèle repose sur la contribution de l'ensemble des membres de l'équipe et sur la synergie qui se crée entre eux. C'est ainsi que l'approche privilégiée qui repose sur différentes composantes, dont la multidisciplinarité, peut réellement être mise en pratique.

Malgré le bon fonctionnement de l'équipe de soins et de sa performance sur le plan clinique, le peu de références de la part de certains organismes communautaires fait ressortir le besoin d'améliorer la collaboration afin de desservir une clientèle qui leur est commune. Il y a tout lieu de croire qu'un partenariat entre les divers services et organismes précisant les rôles de chacun et les « zones » de collaboration pourrait représenter une « plus-value », particulièrement quant au mode de fonctionnement de chacun. Étant donné que la clientèle UDI infectée par le VHC présente de nombreuses problématiques de divers ordres, chaque organisme ou service ne peut généralement y répondre qu'en partie; la collaboration des partenaires demeure donc essentielle à la dispensation d'une réponse couvrant l'ensemble des besoins de ces personnes.

Enfin, un tel modèle de soins présente sans aucun doute l'intérêt du caractère novateur dont il a fait preuve lors de son implantation. Au cours des dernières années, cette équipe a servi de modèle à d'autres initiatives qui ont été mises en place dans la région. L'équipe a joué, en quelque sorte, un rôle de précurseur de premier plan, en matière de services fournis à la clientèle UDI aux prises avec le VHC, qui mérite d'être souligné. De plus, plusieurs éléments de ce modèle de soins peuvent être adaptés à d'autres problématiques de santé complexes chez les personnes vulnérables.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALLARD, P. R., et R. PARENT. *Facteurs de risques pour l'hépatite C : analyse des enquêtes épidémiologiques faites lors de la déclaration des cas d'infection par le VHC au Québec. Avril 2002 à mars 2004*. Institut national de santé publique du Québec, mars 2008, 35 p.
2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec. Année 2012 (et projections 2013)*. Collection Analyses et surveillance, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013, 90 p.
3. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Surveillance des maladies infectieuses chez les UDI (SurvUDI). Épidémiologie du VIH 1995 à 2010 et épidémiologie du VHC de 2003 à 2010*, Québec, 11 mars 2013, 111 p.
4. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection. Épidémiologie du VIH de 1995 à 2010. Épidémiologie du VHC de 2003 à 2010*, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, août 2012, 111 p.
5. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec. Année 2013 (et perspectives 2014)*. Rapport, Québec, 111 p.
6. SHEPARD, C. W., L. FINELLI et M. J. ALTER. « Global epidemiology of hepatitis C virus infection », *The Lancet Infectious Diseases*, 2005, vol. 5, n° 9, p. 558-67.
7. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Plan d'action régional de santé publique (PAR-SP), 2009-2012*, Québec, Direction régionale de santé publique, 2009, 144 p.
8. MYERS, R. P., et coll. « Burden of disease and cost of chronic hepatitis C infection in Canada », *Canadian Journal of Gastroenterol Hepatol* 2014, vol. 28, p. 243-50.
9. BRUNEAU, J., et coll. « The rising prevalence of prescription opioid injection and its association with hepatitis C incidence among street-drugs users », *Addiction*, juillet 2012, vol. 107, n° 7, p. 1318-27.
10. SHERMAN, M., et coll. « Prise en charge de l'hépatite C chronique : lignes directrices du consensus », *Canadian Journal of Gastroenterology*, 2007, vol. 21, suppl. C, p. 25C-34.
11. GREBELY, J., et coll. « Low uptake of treatment for hepatitis C virus infection in a large community-based cohort of illicit drug users in Vancouver », *Hepatology*, 2007a, p. 46.
12. NOËL, L., J. LAFOREST et P. R. ALLARD. *L'accès au suivi et au traitement pour les personnes atteintes de l'hépatite C au Québec, Analyse de l'offre de service*, Québec, INSPQ, 2007, 108 p.
13. JACK, K., et coll. « Clinical trial: a primary-care based model for the delivery on anti-viral treatment to injecting drug users infected with hepatitis C », *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 2009, vol. 29, n° 1, p. 38-45.
14. JOHN-BAPTISTE, A., et coll. « Treatment of hepatitis C infection for current or former substance abusers in a community setting », *Journal of Viral Hepatitis*, août 2009, vol. 16, n° 8, p. 557-67.

15. GUADAGNINO, V., et coll. « Effectiveness of a multi-disciplinary standardized management model in the treatment of chronic hepatitis C in drug addicts engaged in detoxification programmes », *Addiction*, 2007, vol. 102, p. 423-31.
16. KROOK, A. K., et coll. « Hepatitis C treatment of opioid dependants receiving maintenance treatment: results on a Norwegian pilot study », *European Addiction Research*, 2007, vol. 13, p. 216-21.
17. GREBELY, J., et coll. « Directly observed therapy for the treatment of hepatitis C virus infection in current and former injection drug users », *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2007b, vol. 22, p. 1519-25.
18. MAUSS, S., et coll. « A prospective controlled study of interferon-based therapy of chronic hepatitis C in patients on methadone maintenance », *Hepatology*, juillet 2004, vol. 40, n° 1, p. 120-24.
19. SYLVESTRE, D. « Treating hepatitis C in methadone maintenance : an interim analysis », *Drug and Alcohol Dependence*, 2002, vol. 67, n° 2, p. 117-23.
20. HADZIYANNIS, S. J., et coll. « Peginterféron-alpha-2a and Ribavirin combination therapy in chronic hepatitis C : a randomized study of treatment duration and Ribavirin dose », *Annals of Internal Medicine*, 2004, vol. 140, p. 346-55.
21. FRIED, M., et coll. « Peginterféron alfa-2b plus Ribavirin for chronic hepatitis C virus infection », *New England Journal Medicine*, 2002, vol. 347, p. 975-82.
22. MANNS, M. P., et coll. « Peginterféron alfa-2b plus Ribavirin compared with interferon alfa-2b plus Ribavirin for initial treatment of chronic hepatitis C : a randomised trial », *The Lancet*, sept. 2001, vol. 358, n° 9286, p. 958-65.
23. MYERS, R., et coll. « An update on the management of hepatitis C: consensus guidelines from the Canadian Association Study of the Liver », *Canadian Journal of Gastroenterology*, 2012, vol. 26, n° 6, p. 359-375.
24. GHANY, M. G., et coll. *Diagnosis, management and treatment of hepatitis C: an update*. American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD), Guidelines, 2009, p. 1335-71.
25. PALMER, M. « Importance of adherence to HCV regimens », *Clinical care options for hepatitis*. Expert viewpoint, août 2010.
26. GROULX, S., et coll. *Changer les comportements de santé par des méthodes inspirées du marketing: Au-delà de la maladie et du patient, entrez en contact avec la personne et ses émotions pour vendre votre prescription et améliorer l'observance*, 2004, 39 p. [En ligne]. [<http://extranet.santemonteregion.qc.ca/userfiles/file/sante-publique/promotion-prevention/N3-PCP-ChangerComportementsSant%C3%A9M%C3%A9thodesMarketing.pdf>]
27. WARTELE-BLADOU, C., et coll. « Adhésion à la thérapie pégylée au cours de l'hépatite C chronique. Importance du trio hépatologue, médecin généraliste, infirmière », *Gastroentérologie clinique et biologique*, 2008, vol. 32, p. S96-108.
28. CACOUB, P., et coll. « Patient education improves adherence to peg-interferon and ribavirin in chronic genotype 2 or 3 hepatitis C infection: a prospective, real-life, observational study », *World Journal Gastroenterology*, 2008, vol. 14, p. 6195-203.

29. LARREY, D., et coll. « Impact de l'éducation thérapeutique systématique par une infirmière sur l'efficacité du traitement par INF-PEG-alfa-2a-ribavirine chez les patients atteints d'hépatite chronique C, protocole Pegobs », *Gastroenterology Clinical Biol*, 2007, vol. 31.
30. MULHALL, B., et Z. YOUNOZI. « Impact of adherence on outcome of antiviral therapy for Chronic hepatitis C », *Journal of Clinical Gastroenterology*, janvier 2005, vol. 39, p. S23-S27.
31. McHUTCHINSON, J. G., et coll. « Adherence to combination therapy enhances sustained response in genotype-1 infected patients with chronic hepatitis C », *Gastroenterology*, 2002, vol. 123, p. 1061-69.
32. MELIN, P., et coll. « Effectiveness of chronic hepatitis C treatment in drug users in routine clinical practice: results of a prospective cohort study », *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2010, vol. 22, p. 1050-57.
33. WILKINSON, M., et coll. « Community-based treatment for chronic hepatitis C in drug users : high rates of compliance with therapy despite ongoing drug use », *Alimentary Pharmacology and therapeutics*, 2008, p. 29-37.
34. ROBAEYS, G., et coll. « Similar compliance and effects treatment in chronic hepatitis C resulting from intravenous drug use in comparaison with other infection causes », *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2006, vol. 18, p. 159-66.
35. SYLVESTRE, D. « Approaching treatment for hepatitis C virus infection in substance users », *Clinical Infectious Diseases*, 2005, vol. 41, suppl. 1, p. S79-82.
36. COURNOT, M., et coll. « Management of hepatitis C in active drug users : experience of an addiction care hepatology unit », *Gastroenterology Clinical Biol*, 2004, vol. 28, p. 533-39.
37. KRAUSS, M. R., et coll. « Compliance with therapy in patients with chronic hepatitis C : associations with psychiatric symptoms, interpersonal problems and mode of acquisition », *Digestive diseases and sciences*, 2001, vol. 46, n° 10, p. 2060-65.
38. MEHTA, S., et coll. « A framework for understanding factors that affect access and utilization of treatment for hepatitis C virus infection among HCV-mono infected and HIV/HCV-co-infected injection drug users », *AIDS*, 2005, vol. 19, suppl. 3, p. S179-89.
39. EDLIN, B. R., et coll. « Overcoming barriers to prevention, care, and treatment of hepatitis C in illicit drug users », *Clinical Infectious diseases*, 2005, vol. 40, suppl. 5, p. S276-85.
40. GREBELY, J., et coll. « Barriers associated with the treatment of hepatitis C virus infection among illicit drug users », *Drug Alcohol Depend*, 2008, vol. 93, n° 1-2, p. 141-47.
41. STRATHDEE, S. A. R., et coll. « Factors associated with interest in initiating treatment for hepatitis C virus (HCV) infection among young HCV-infected injection drug users », *Clinical Infectious Diseases*, 2005, vol. 40, suppl. 5, p. S304-12.
42. DOAB, A., C. TRELOAR et G. DORE. « Knowledge and attitudes about treatment for hepatitis C virus infection and barriers to treatment among current injection drug users in Australia », *Clinical Infectious Diseases*, 2005, vol. 40, suppl. 5, p. S313-20.

43. FISCHER, B., et coll. « Willingness to undergo hepatitis C treatment in a sample of injection drug users in Toronto, Canada », *Presse médicale*, 2005, vol. 34, p. 1209-12.
44. BRUGGMANN, P., et coll. « Active intravenous drug use during chronic hepatitis C therapy does not reduce sustained virological response rates in adherent patients », *Journal of Viral Hepatitis*, octobre 2008, vol. 15, n° 10, p. 747-52.
45. MATTHEWS, G., I. KRONBORG et J. DORE. « Treatment for hepatitis C virus infection among current injection drug users in Australia », *Clinical Infectious Disease*, 2005, vol. 40, suppl. 5, p. S325-29.
46. BACKMUND, M., et coll. « Hepatitis C virus infection and injection drug users : prevention, risk factors and treatment », *Clinical Infectious Diseases*, 2005, vol. 40, suppl. 5, p. S330-35.
47. GREBELY, J., et coll. *Infrequent hepatitis C virus re-infection after sustained virological response (SVR) among current and former injection drug users (IDUs) having received treatment for HCV infection*. Canadian Association for HIV Research (CAHR) - ACTV, Toronto, abstract, 2007.
48. DALGARD, O., et coll. « Treatment of chronic hepatitis C in injecting drug users : 5 year's follow-up », *European addiction Research*, janvier 2002, vol. 8, n° 1, p. 45-9.
49. AITKEN, C., et coll. « Mental health screening among injecting drug users outside treatment settings implications for research and health services », *Mental health and Substance use*, vol.1, n° 2, juin 2008, p. 99-103.
50. HAUSER, P., et coll. « A prospective study of the incidence and open-label treatment of interferon-induced major depressive disorder in patients with hepatitis C », *Molecular psychiatry*, 2002, vol. 7, n° 9, p. 942-47.
51. LITWIN, A.H., et coll. « Successfull treatment of chronic hepatitis C with pegylated interferon in combination with Ribavirin in a methadone maintenance treatment program », *Journal of Substance Abuse Treatment*, juillet 2009, vol. 37, n° 1, p. 32-40.
52. BRISSON, P. *La réduction des méfaits : sources, situation, pratiques*, Comité permanent de la lutte à la toxicomanie, 1997, 109 p.
53. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 133 p.
54. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Plan d'action régional de santé publique 2009-2012*, Québec, Direction régionale de santé publique, 2009, 144 p. – Recondit jusqu'en 2015.
55. CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA VIEILLE-CAPITALE. *Plan d'action local en santé publique 2011-2015*, Québec, 2011, 69 p.
56. CATIE. Publication de lignes directrices canadiennes sur la prise en charge des personnes atteintes de VHC – 19 juillet 2012, Recommandation n° 25.

57. ÉMOND, A., et A. M. CHARLEBOIS. *Guide d'élaboration de modèles logiques de programme. Utiliser les modèles logiques pour coordonner la planification, l'action et l'évaluation*, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux – Estrie, mars 2014, 75 p.
58. DONABEDIAN, A. *Capacity to produce services in relation to need and demand. In aspects of medical care administration*, Cambridge (Mass.), Presses de l'Université Harvard, 1973, p. 418-485, [En ligne].
59. PINEAULT, R., et C. DAVELUY. *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies*. Éditions nouvelles, Montréal, 1995, 480 p.
60. BORGÈS DA SILVA, R., et coll. « Pour une approche globale de l'évaluation de l'utilisation des services de santé : concepts et mesures », *Pratique et organisation des soins*, vol. 42, n° 1, janvier-mars 2011, p. 1-18.
61. BEAUCAGE, C., et coll. *Prévenir la détresse psychologique chez les aidants dont un proche est atteint d'un trouble mental grave : étude d'évaluation de besoin*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2014, 95 p.
62. REID, R., et coll. *Dissiper la confusion : concepts et mesures de continuité des soins*, rapport préparé pour la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, cité dans : Pineault, R., et coll. *L'accessibilité et la continuité des services : une étude sur la première ligne au Québec*, Institut national de santé publique du Québec, 2008, p. 45.
63. GAUTHIER, B. *De la problématique à la collecte de données*. Recherche sociale, 2^e édition, Presses de l'Université du Québec, 1992, 573 p.
64. GAGNON, Y. C. *L'étude de cas comme méthode de recherche*. Guide de réalisation, Presses de l'Université du Québec, Canada, 2005, 120 p.
65. MAGASSOUBA, D. *Mise en œuvre de la pratique multidisciplinaire dans une équipe de soins travaillant auprès des utilisateurs de drogues par injection dans un contexte de marginalité et d'exclusion sociale*, Projet d'intervention présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorale de l'Université Laval dans le cadre du programme de maîtrise en santé communautaire pour l'obtention du grade de Maître ès sciences (M. Sc.), Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université Laval, Québec, 2013, 82 p., plus annexe.
66. HUBERMAN, A. M., et M. B., MILES. *Analyse des données qualitatives - Recueil de nouvelles méthodes*, Bruxelles, De Boeck-Wesmael, 1991, 480 p.
67. DESLAURIERS, J. P. *Recherche qualitative : guide pratique*, McGraw Hill, éditeurs, 1991, 142 p.
68. BC CENTRE DISEASE FOR CONTROL (BCCDC). Facteurs influant sur la non-participation aux soins des personnes atteintes de l'hépatite C. Rapport sur la phase UN du projet sur la non-participation aux soins des personnes atteintes de l'hépatite C, 2012, 16 p.
69. SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC. Traitement intégré de l'hépatite C auprès des personnes avec des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance : promouvoir le changement en milieu urbain, 2011, p. 9.

ANNEXES

ANNEXE I

MODÈLE DE SOINS TACTIC – BUT ET OBJECTIFS

**Services offerts en milieu communautaire avec la participation du CSSS de la Vieille-Capitale
par une équipe constituée d'un médecin, de deux infirmières et d'une intervenante psychosociale**

DESCRIPTION DE LA PROBLÉMATIQUE DU VHC (PRINCIPALES DONNÉES)

- Prévalence élevée (62 %) de l'infection chez les personnes UDI
- Personnes UDI représentent le bassin principal d'infection et de transmission
- Complications importantes possibles (cirrhose et cancer)
- Faible proportion de personnes traitées

BUT

Améliorer l'état de santé des personnes UDI en consommation active infectées par l'hépatite C

OBJECTIF GÉNÉRAL

Assurer l'accessibilité du traitement de l'hépatite C pour les personnes UDI
en leur offrant un modèle de soins adapté à leur situation, dans un environnement familial et non institutionnel

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- Sensibiliser et informer les personnes UDI à la problématique du VHC, à ses conséquences et à l'existence d'un traitement
- Fournir un traitement adapté à la réalité de la clientèle cible axé sur une approche reconnue efficace
- Apporter du soutien et de l'accompagnement aux patients
- Augmenter le nombre de personnes UDI traitées pour leur VHC
- Améliorer la fidélité au traitement
- Améliorer la réponse au traitement
- Diminuer la transmission du VHC
- Prévenir la réinfection

RÉSULTATS ATTENDUS

- Atteindre un taux de fidélité au traitement égal ou supérieur de 80 % et plus par rapport :
 - aux doses de peginterféron
 - aux doses de ribavirine, bocéprévir ou télaprévir
 - à la durée du traitement prescrit
- Augmenter le taux de réponse virologique soutenue
- Diminuer les risques de réinfection

ANNEXE II
ÉQUIPE DE SOINS : ACTIVITÉS/RÔLES, QUESTIONNAIRES, FORMULAIRES
ET INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNÉES

ACTIVITÉS		
ÉQUIPE DE SOINS	ACTIVITÉS/RÔLES	INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNÉES
MÉDECIN DE FAMILLE¹ • Présence sur place 2 demi-journées/semaine • Accessibilité 5 jours/semaine	1^{ER} CONTACT	
	• Informer le patient (hépatite C et histoire naturelle, possibilité d'un traitement) • Évaluation médicale et psychiatrique du patient	• Notes au dossier - profil de santé physique et de santé mentale
	1^{RE} ÉTAPE : ÉVALUATION DU PATIENT	
	• Prescrire l'investigation et les tests de laboratoire pertinents	• Notes au dossier
	• Informer le patient sur l'infection, l'évolution et le traitement (% de réussite, effets secondaires, etc.)	• Notes au dossier
	SI PATIENT RETENU	
	• Prescrire le traitement approprié	• Notes au dossier
	• Référer à l'infirmière et à intervenante psychosociale pour collecte d'information complémentaire	• Notes au dossier
	SUIVI MÉDICAL	
	• Assurer le suivi biologique, physique et mental • Rencontrer rapidement le patient à la demande des infirmières ou de l'intervenante psychosociale	• Notes au dossier • Notes au dossier
FIN DE TRAITEMENT		
PATIENT	• Prendre part aux décisions concernant ses soins	• Formulaire d'engagement*

1. Le médecin généraliste, expérimenté dans le traitement de l'hépatite C, est un employé du CSSS de la Vieille-Capitale.

* Ce formulaire porte sur les rôles, les implications et le cadre du traitement; il est signé autant par le patient que par les membres de l'équipe de soins.

ANNEXE II
ÉQUIPE DE SOINS : ACTIVITÉS/RÔLES, QUESTIONNAIRES, FORMULAIRES
ET INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNÉES

ACTIVITÉS		
ÉQUIPE DE SOINS	ACTIVITÉS/RÔLES	INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNÉES
INFIRMIÈRE¹ (2) • Présence sur place 4 demi-journées/semaine • Accessibilité (télévavertisseur ou cellulaire) 5 jours/semaine	1^{ER} CONTACT	
	• Informer le patient (VHC, traitement, modalités d'administration, effets secondaires et leur contrôle) - si motivation confirmée, demande au patient s'il désire rencontrer le médecin	• Motivation à entreprendre un traitement d'hépatite C
	SI PATIENT RETENU	
	1^{RE} ÉTAPE : DÉPISTAGE DES ITSS	
	• Vacciner le patient (hépatite A, hépatite B, influenza et autres)	• Formulaire vaccinal
	• Faire des prélèvements sanguins selon le protocole	• Protocole de laboratoire
	2^E ÉTAPE : INTERVENTION/SUIVI	
	• Assurer le suivi des résultats des examens de laboratoire² avec le médecin (avant ou après la visite médicale)	• Protocoles de suivi biologique selon génotype ou coinfection • Grille de consignation des résultats de laboratoire
	• Enseigner le traitement (injection, effets secondaires, contraception, nutrition, etc.)	• Notes au dossier
	• Réévaluer régulièrement l'état de santé physique et psychologique	• Notes au dossier
	• Contrôler les effets secondaires du traitement	• Notes au dossier
	• Soutenir, donner des conseils en santé globale, en nutrition	• Notes au dossier
	• Référer au médecin, à l'intervenante psychosociale, au besoin	• Notes au dossier
	• Évaluer la fidélité au traitement	• Fidélité au traitement
FIN DE TRAITEMENT		

1. Les infirmières sont des employées du CSSS de la Vieille-Capitale.

2. Le suivi biologique pendant le traitement est effectué selon les protocoles établis en fonction du génotype et de la présence ou non d'une coinfection par le VIH. Il est ajusté au besoin.

ANNEXE II
ÉQUIPE DE SOINS : ACTIVITÉS/RÔLES, QUESTIONNAIRES, FORMULAIRES
ET INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNÉES

ACTIVITÉS		
ÉQUIPE DE SOINS	ACTIVITÉS/RÔLES	INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNÉES
INTERVENANTE PSYCHOSOCIALE¹ - Présence sur place 5 jours/semaine Accessibilité (téléavertisseur ou cellulaire) 5 jours/semaine	1^{ER} CONTACT	Motivation à entreprendre un traitement d'hépatite C
	- Informer le patient (VHC, traitement, modalités d'administration, effets secondaires et leur contrôle) - si motivation confirmée, demande au patient s'il désire rencontrer le médecin	
	SI PATIENT RETENU	
	1^{RE} ÉTAPE : COLLECTE D'INFORMATION INITIALE	
	- Évaluer la personne par rapport à différentes composantes : - administrer les questionnaires	- Profil sociodémographique - Évaluation psychosociale - Évaluation des risques de réinfection - Historique de consommation de drogues et d'alcool - Dépistage de la dépression - Insomnie
	2^E ÉTAPE : INTERVENTION/SUIVI	
	Faciliter les liens avec le médecin et les infirmières	Notes au dossier
	S'assurer de la participation du patient au traitement	Notes au dossier
	Soutenir l'organisation du patient (milieu de vie, alimentation, transport, aspects toxicomanies)	Notes au dossier
	- Accompagner le patient dans diverses circonstances - médical (échographie, etc.); - psychosociale (carte assurance-maladie, etc.) - traitement (prise de sang, etc.) - Monitorer la présence des rendez-vous de suivi et des rappels - Administrer les questionnaires en lien avec le suivi - Animer le groupe de soutien « Le dragon qui dort »	- Notes au dossier - Grille de présence aux rendez-vous - Dépistage de la dépression* - Insomnie* - Habitudes de consommation d'alcool et de drogues*
FIN DE TRAITEMENT		
PATIENT	- Vérifier la satisfaction du patient - administrer un questionnaire sur la satisfaction face aux soins reçus	Satisfaction

1. L'intervenante psychosociale est une employée de la Maison de Lauberivière (employée contractuelle).

* Questionnaire repris après quatre semaines, à partir de l'évaluation initiale. Entre la 12^e et la 48^e semaine, cette évaluation se répétera aux douze semaines. Ainsi, une plus grande intensité est donnée au début du traitement et moins par la suite.

ANNEXE III
QUESTIONS, ACTIVITÉS, SOURCES D'INFORMATION ET VARIABLES

Q.1 : LE MODÈLE DE SOINS TACTIC REJOINT-IL LA CLIENTÈLE CIBLE?		
ACTIVITÉ ▼	SOURCES D'INFORMATION ▼	VARIABLES ▼
DESCRIPTION DE LA CLIENTÈLE REJOINTE	☐ Profil sociodémographique	☐ Secteurs géographiques ☐ Sexe ☐ Âge ☐ État civil ☐ Ethnicité ☐ Domicile fixe ☐ Emploi
	☐ Profil psychosocial	☐ Alimentation ☐ Activités prostitutionnelles ☐ Antécédents judiciaires
	☐ Profil santé mentale	☐ Antécédents psychiatriques
	☐ Historique de consommation • Consommation de drogues • Consommation d'alcool	☐ Âge du début de consommation ☐ Âge de la 1 ^{re} consommation par VI ☐ Durée d'utilisation par VI ☐ Drogues de choix ☐ Dernière utilisation par VI ☐ Consommation actuelle
	☐ Risque de réinfection ☐ Profil de l'infection ☐ Motivation du patient au traitement • Formulaire d'information et de consentement à l'intention de l'utilisateur • Devoirs et responsabilités de chaque partie	☐ Partage du matériel d'injection ☐ Dernière fois ou vous avez partagé du matériel d'injection ☐ Se procurer du matériel d'injection ☐ Risque de partage du matériel d'injection ☐ Durée estimée de l'infection par le VHC ☐ Génotype ☐ Coinfection VIH ☐ Charge virale moyenne prétraitement ☐ Raisons évoquées par la personne UDI Conditions pour recevoir le traitement. Le patient doit : ✓ être prêt à recevoir les injections ✓ être prêt à se déplacer ✓ consentir à avoir des prises de sang ✓ être prêt à collaborer ✓ consentir au partage de l'information ✓ être prêt à remplir les questionnaires ✓ être motivé à recevoir le traitement

ANNEXE III
QUESTIONS, ACTIVITÉS, SOURCES D'INFORMATION ET VARIABLES

Q.2 : LE MODÈLE DE SOINS TACTIC PERMET-IL D'AMÉLIORER L'ÉTAT DE SANTÉ (PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE) DES PERSONNES UDI AYANT REÇU UN TRAITEMENT VHC?		
ACTIVITÉS ▼	SOURCES D'INFORMATION ▼	VARIABLES ▼
FIDÉLITÉ AU TRAITEMENT	☐ F. Fidélité au traitement	☐ Taux de fidélité au traitement de 80 % et + ➤ Aux doses de peginterféron ➤ Aux doses de ribavirine ➤ Aux doses de bocéprévir/télaprévir ➤ Durée du traitement
ÉTAT DE SANTÉ	☐ Q. Réponse virologique	☐ Résultat du test ARN ➤ Réponse virologique fin de traitement ➤ Réponse virologique soutenue (six mois post-traitement)
EFFETS POST-TRAITEMENT SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DES PERSONNES UDI	☐ Entretiens semi-dirigés avec des personnes UDI ☐ Entretiens semi-dirigés avec les membres du modèle de soins	☐ Santé physique et mentale ☐ Estime de soi ☐ Rôles dans la société ☐ Relations personnelles ☐ Habitudes de vie

ANNEXE III
QUESTIONS, ACTIVITÉS, SOURCES D'INFORMATION ET VARIABLES

Q. 3 : QUELS SONT LES FACTEURS QUI ONT PERMIS LA RÉUSSITE DU MODÈLE DE SOINS TACTIC ET CEUX QUI ONT REPRÉSENTÉ DES CONTRAINTES?		
ACTIVITÉ ▼	SOURCES D'INFORMATION ▼	VARIABLES ▼
VOLETS : - « BAS SEUIL D'ACCÈS » - « RÉDUCTION DES MÉFAITS » - « MULTIDISCIPLINARITÉ » - « FONCTIONNEMENT DU MODÈLE DE SOINS »	☐ Documentation (description, présentation du modèle de soins) ☐ Entrevues semi-dirigées avec la responsable du projet TACTIC ☐ Entrevues semi-dirigées avec les membres de l'équipe de soins ☐ Entrevues semi-dirigées avec des personnes UDI	Volet « bas seuil d'accès » ☐ Lieu du traitement (proximité, etc.) ☐ Critères d'admission ☐ Horaire des services dispensés (souplesse, etc.) ☐ Équipe de soins (respect, soutien, etc.)
		Volet « réduction des méfaits » ☐ Recrutement de la clientèle ☐ Suivi au traitement
		Volet « multidisciplinarité » ☐ Facteurs organisationnels ☐ Facteurs systémiques ☐ Facteurs interactionnels
		Volet « fonctionnement du modèle de soins » ☐ Partenariat dans le milieu ☐ Financement du modèle ☐ Roulement du personnel ☐ Arrivée d'un nouveau traitement ☐ Formation

SATISFACTION DES SERVICES		
THÈME ▼	SOURCES D'INFORMATION ▼	VARIABLES ▼
SATISFACTION DES SERVICES	☐ Q. Satisfaction des services	☐ Transmission de l'information ☐ Adéquation des services ☐ Respect du patient ☐ Écoute des membres de l'équipe ☐ Qualité de l'intervention ☐ Rapidité de la réponse ☐ Satisfaction des soins reçus ☐ Accessibilité de l'organisme ☐ Lieu du traitement

ANNEXE IV

LISTE DES QUESTIONNAIRES, FORMULAIRES ET INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNÉES

- Fiche de suivi
- Profil sociodémographique
- Profil de santé physique et de santé mentale
- Traitement
- Évaluation psychosociale
- Historique de consommation de drogues et d'alcool et évaluation du risque de réinfection
- Questionnaire de dépistage de la dépression
- Questionnaire d'insomnie
- Questionnaire de motivation à entreprendre un traitement d'hépatite C
- Réévaluation de la consommation de drogues et d'alcool
- Fidélité au traitement – Prise de la médication
- Fidélité au traitement – Compilation des données
- Fidélité au traitement – Résultats
- Questionnaire de satisfaction
- Formulaire d'information et de consentement à l'intention de l'utilisateur
- Devoirs et responsabilités de chaque partie
- Attestation de reconnaissance

ANNEXE V
RÉSULTATS – VOLET QUANTITATIF (n = 46)

Tableau 1 – Distribution (%) des patients selon leurs caractéristiques sociodémographiques

PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE			
VARIABLES	CATÉGORIES	FRÉQUENCE (n)	PROPORTION (%)
Secteurs géographiques (n = 45 ¹)	CSSS - VC ²	33	73,3
	CSSS - QN ³	10	22,2
	Autre ⁴	2	4,4
Sexe (n = 46)	Homme	27	58,7
	Femme	19	41,3
Âge (n = 46)	18 à 24	2	4,3
	25 à 44	32	69,6
	45 à 64	12	26,1
	<i>Moyenne : 38,0⁵</i>		
État civil (n = 46)	Célibataire	37	80,4
	Vit en couple	9	19,6
Ethnicité (n = 46)	Caucasien	46	100,0
Domicile fixe (n = 46)	Oui	42	91,3
	Non	4 ⁶	8,7
Emploi (n = 46)	Oui	1	2,2
	Non	45	97,8

-
1. Deux personnes ont déménagé en cours de traitement (1 à St-Nicolas et 1 en Gaspésie), sans cesser le traitement.
 2. CLSC Basse-Ville-Limoilou-Vanier (n = 25); CLSC Haute-Ville-des-Rivières (n = 8).
 3. CLSC Orléans (n = 7); CLSC La Source (n = 2); 1 information manquante.
 4. Autre : Montmagny (n = 1); 1 information manquante.
 5. Étendue de l'âge : 22 à 57 ans.
 6. 2 sans domicile fixe.

ANNEXE V
RÉSULTATS – VOLET QUANTITATIF (n = 46)

Tableau 2 – Distribution (%) des patients selon leurs caractéristiques psychosociale et de santé mentale

PROFIL PSYCHOSOCIAL ET PROFIL SANTÉ MENTALE			
VARIABLES	CATÉGORIES	FRÉQUENCE (n)	PROPORTION (%)
Alimentation			
• Facilité à se procurer de la nourriture (n = 46)	Oui	44	95,7
	Non	2	4,3
• Nombre de repas par jour (n = 46)	1	2	4,3
	2	34	73,9
	3	10	21,7
Activités prostitutionnelles (n = 41)	Oui	18 ⁷	43,9
	Non	23	56,1
Antécédents judiciaires (n = 45)	Oui	41	91,1
	Non	4	8,9
Antécédents psychiatriques (n=46)	Oui ⁸	36	78,3
	Non	10	21,7

7. 77,8 % de femmes (n = 14/18).

8. 1 problème : troubles anxieux (n = 7), schizophrénie (n = 2), TDAH (n = 2), trouble délirant (n = 1), dépression avec tentative de suicide (n = 1), trouble de personnalité sévère (n = 2), trouble comportemental (n = 1), psycho paranoïde (n = 1) – **2 problèmes** : Troubles anxieux + TPL (n = 5), troubles anxieux + TDAH (n = 2), troubles anxieux + dépression (n = 1), trouble de l'humeur + TPL (n = 2), trouble de l'humeur + psychoses (n = 1), dépression + psychoses (n = 1), dépression + bipolarité (n = 1), bipolarité + TDAH (n = 1), trouble comportementale + hyperactivité (n = 1), TPL + trouble dysthymique + psychoses toxiques (n = 1).

ANNEXE V
RÉSULTATS – VOLET QUANTITATIF (n = 46)

Tableau 3 – Distribution (%) des patients selon leur historique de consommation

HISTORIQUE DE CONSOMMATION			
VARIABLES	CATÉGORIES	FRÉQUENCE (n)	PROPORTION (%)
DROGUE			
Âge du début de consommation (n = 45)	Moins de 18 ans	41	91,1
	18 à 24 ans	3	6,7
	25 à 44 ans	1	2,2
	<i>Moyenne : 13,3 ans⁹</i>		
Âge de la 1 ^{re} consommation par VI (n = 46)	Moins de 18 ans	13	28,3
	18 à 24 ans	9	19,6
	25 à 44 ans	23	50,0
	45 à 54 ans	1	2,2
	<i>Moyenne : 25,5¹⁰</i>		
Durée d'utilisation par VI (n = 46)	Moins de 1 an	1	2,2
	Entre 1 et 9 ans	19	41,3
	Entre 10 et 19 ans	19	41,3
	20 ans et plus	7	15,2
	<i>Médiane : 13,0 ans¹¹</i>		
Drogue de choix	Cocaïne	26	56,5
	Opiacés	15	32,6
	Amphétamines	5	10,9
Dernière utilisation par VI (n = 46)	< 1 semaine	21	45,7
	< 1 mois	7	15,2
	< 3 mois	9	19,6
	< 6 mois	9	19,6
ALCOOL			
Consommation actuelle (n = 45)	Oui	19	42,2
	Non	26	57,8

9. Étendue de l'âge : 7 à 30 ans.

10. Étendue de l'âge : 14 à 46 ans.

11. Étendue : entre 1 an et 41 ans (N.B. 1 personne « - de 3 mois », non intégré dans la « moyenne »).

ANNEXE V
RÉSULTATS – VOLET QUANTITATIF (n = 46)

Tableau 4 – Distribution (%) des patients selon leur risque de réinfection

RISQUE DE RÉINFECTION			
VARIABLES	CATÉGORIES	FRÉQUENCE (n)	PROPORTION (%)
Partage de matériel d'injection au cours des six derniers mois (n = 46)	Oui	11	23,9
	Non	35	76,1
Dernière fois où vous avez partagé du matériel d'injection (n = 46)	Moins de six mois	8	17,4
	Entre six mois et 1 an	8	17,4
	>1 an ≤ 5 ans	11	23,9
	>5 ans ≤ 10 ans	1	2,2
	>10 ans	4	8,7
	NSP	6	13,0
	Ne se souvient pas d'avoir partagé de seringue	6	13,0
	Jamais	2	4,3
Facilité à vous procurer du matériel d'injection (n = 46)	Oui	44	95,7
	Non	2	4,3
Risques que vous partagiez à nouveau du matériel d'injection (n = 46)	Oui	--	--
	Non	46	100,0

Tableau 5 – Distribution (%) des patients selon leur profil d'infection

PROFIL DE L'INFECTION			
VARIABLES	CATÉGORIES	FRÉQUENCE (n)	PROPORTION (%)
Durée estimée de l'infection par le VHC (n = 46)	Moins de 1 an	2	4,3
	Entre 2 et 4 ans	16	34,8
	Entre 5 et 9 ans	10	21,7
	Entre 10 et 14 ans	9	19,6
	Entre 15 et 19 ans	5	10,9
	20 ans et plus	4	8,7
Génotype (n = 46)	Type 1 ou 4	27	58,7
	Type 2 ou 3	19	41,3
Coinfection VIH (n = 46)	Oui	6	13,0
	Non	40	87,0
Charge virale moyenne prétraitement (n = 40) Réponse : 631000 u.i./ml (5.8 logs)			

ANNEXE V
RÉSULTATS – VOLET QUANTITATIF (n = 46)

Tableau 6 – Distribution (%) des patients selon leur motivation à suivre le traitement

MOTIVATION DU PATIENT			
VARIABLES	CATÉGORIES	FRÉQUENCE (n)	PROPORTION (%)
Principales raisons (n = 45) • Réponses non mutuellement exclusives	Je suis inquiet ...	24	53,3
	Je tiens à la vie ...	15	33,3
	Je suis mieux organisé ...	8	17,8
	Ça va m'aider...	6	13,3
	Je me sens capable ...	6	13,3
	Je me fais un cadeau ...	3	6,7
	Je veux être fier de moi ...	3	6,7
	Je le fais pour quelqu'un d'autre ...	3	6,7
	Je n'ai pas le choix ...	1	2,2
	Autres – Précisez	25 ¹²	55,6
	Non	--	--
Prêt à recevoir les injections (n = 45)	Oui	45	100,0
	Non	--	--
Prêt à se déplacer (n = 45)	Oui	45	100,0
	Non	--	--
Consentement à avoir des prises de sang (n = 45)	Oui	45	100,0
	Non	--	--
Prêt à collaborer (n = 45)	Oui	45	100,0
	Non	--	--
Consentement au partage de l'information (n = 45)	Oui	45	100,0
	Non	--	--
Prêt à compléter les questionnaires (n = 45)	Oui	45	100,0
	Non	--	--
Patient motivé (n = 45)	Oui	45	100,0
	Non	--	--

12. « Je veux guérir » (4), « Je veux avoir une meilleure qualité de vie » (1), « Je veux me débarrasser de ça » (2), « Fatigué d'être fatigué. Je veux retrouver la forme » (1), « Défi » (1), « Je veux avoir des enfants et recommencer à travailler » (1), « Je veux avoir des enfants et les voir grandir » (1), « Peut-être avoir un enfant » (1), « Je ne veux pas que les enfants attrapent ça » (1), « Je veux survivre » (1), « Je ne veux pas le propager » (1), « Je suis tanné d'avoir un poison dans le corps » (1), « Évolution du VHC » (1), « J'ai peur de crever d'une cirrhose » (1), « Il le faut pour ma santé » (1), « Pour mieux avancer » (1), « Traitement accessible » (1), « Arrêté d'être malade, avoir une qualité de vie » (1), « Pour me protéger » (1), « Je veux guérir, je ne veux plus consommer » (1), « Je me rétablis et fais beaucoup d'effort » (1).

ANNEXE V
RÉSULTATS – VOLET QUANTITATIF (n = 46)

Tableau 7 – Distribution (%) des patients selon leur fidélité au traitement

FIDÉLITÉ AU TRAITEMENT (n = 42)		
Nombre de semaines complétées/doses Ribavirine/doses peginterféron (%)	FRÉQUENCE (n)	PROPORTION (%)
100/100/100	10	23,8
≥ 100/95/100	25	59,5
≥ 90/90/90	2	4,8
79/--/79	1	2,4
Nombre de semaines complétées/doses Ribavirine/ doses bocéprévir ou télaprévir/doses peginterféron (%)	FRÉQUENCE (n)	PROPORTION (%)
100/100/100/100	1	2,4
≥ 100/95/95/100	3	7,1

Tableau 8 – Distribution (%) des patients selon la réponse virologique au traitement

RÉPONSE VIROLOGIQUE			
VARIABLES	CATÉGORIES	FRÉQUENCE (n)	PROPORTION (%)
Réponse virologique fin de traitement (n = 42)	ARN négatif	36	85,7
	ARN positif	6	14,3
Réponse virologique soutenue (ARN négatif après six mois) (n = 42)	Oui	32	76,2
	Non	10	23,8

ANNEXE V
RÉSULTATS – VOLET QUANTITATIF (n = 46)

Tableau 9 – Distribution (%) des patients en lien avec la satisfaction des services reçus

SATISFACTION DES SERVICES			
VARIABLES ¹³	CATÉGORIES	FRÉQUENCE (n)	PROPORTION (%)
Transmission de l'information (n = 36) ¹⁴	Oui	36	100,0
	Non	--	--
Adéquation des services (n = 36)	Oui	36	100,0
	Non	--	--
Respect du patient (n = 36)	Oui	36	100,0
	Non	--	--
Écoute des membres de l'équipe (n = 36)	Oui	36	100,0
	Non	--	--
Qualité de l'intervention (n = 36)	Oui	36	100,0
	Non	--	--
Rapidité de la réponse (n = 35)	Oui	35	100,0
	Non	--	--
Satisfaction des soins reçus (n = 36)	Oui	36	100,0
	Non	--	--
Accessibilité de l'organisme (n = 37)			
• Point de Repères	Oui	22	59,5
	Non	--	--
• Maison de Lauberivière	Oui	12	32,4
	Non	--	--
• PdrR+ MdL	Oui	3	8,1
	Non	---	--
Lieu du traitement (Si j'avais dû aller à l'hôpital ou au CLSC, je n'aurais pas suivi le traitement (n = 33))	Vrai - Précisez ¹⁵	19	57,6
	Faux - Précisez ¹⁶	14	42,4

13. Ces questions étaient posées tant pour le médecin, l'infirmière que pour l'intervenante psychosociale et les réponses ont été regroupées lorsqu'elles étaient semblables afin d'alléger le tableau. Une seule réponse négative a été relevée en lien avec le thème « À l'aise de parler » avec le médecin.

14. Quatre questionnaires n'ont pu être remplis pour les raisons suivantes : décès (n=1); refus de répondre (n=1); personnes hospitalisées (n = 2).

15. « Pas malade comme j'ai été. Sans soutien, je ne l'aurais pas fait au complet » (1); « Peut-être pas, car j'aurais manqué de soutien! » (1); « Peut-être pas, car je n'aurais pas eu le même soutien et accompagnement » (1); « J'aime mieux à PdR » (1); « Pas sans support. Plus au CLSC qu'au CH » (1); « CH : non » (1); « Parce que je m'aurais pas senti à l'aise d'aller au CH ou au CLSC et que j'aurais pas eu la flexibilité de la MDL » (1); « Probablement que non, à cause de ma consommation » (1); « Possiblement » (1); « Je n'aurais pas suivi le traitement » (1); « J'aimais mieux ici » (1); « Plus proche de chez elle » (1); « Pour ma santé. Cela n'aurait pas été aussi facile, je pense, mais c'est qu'à cause de ma condition psychologique et financière, le modèle de soins de Lauberivière est une ressource clé pour moi » (1).

16. « CLSC : oui; CH : non » (1); « CLSC : oui » (1); « ... mais avec délai plus long » (1); « Mais ça aurait pris plus de temps » (1); « Je l'aurais fait pareil » (1); « Je l'aurais probablement suivi quand même » (1); « Parce que je voulais avoir plus de chance pour une guérison certaine » (1); « Je l'aurais suivi quand même » (1); « Plus accessible pour moi le CLSC » (1); « Parce que j'ai été suivi au CLSC et à la MDL » (1); « Parce que je crois que j'y aurais reçu les services requis » (1); « Je ne me serais pas senti aussi à l'aise que de venir ici. J'aurais eu peur du jugement du personnel étant donné des mauvaises expériences à l'hôpital (jugement du personnel) » (1).

Direction de santé publique
Centre intégré universitaire de santé
et de services sociaux de la Capitale-Nationale
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9
www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec

