

ITSS ET TRAVAIL EN RLS : OSER FAIRE AUTREMENT

Saisir le point de vue des intervenants et des gestionnaires de CSSS et de leurs partenaires est essentiel pour améliorer les interventions en ITSS (infections transmissibles sexuellement et par le sang). Ce n'est qu'en tenant compte de ce qui guide leurs décisions quotidiennes que des améliorations pourront être apportées pour mieux intégrer les interventions en ITSS dans les organisations.

C'est de cet impératif qu'est né le projet de documenter en profondeur, de façon très concrète, l'état des pratiques professionnelles et des collaborations au sein de sept CSSS et de leur RLS (réseaux locaux de services). Le rapport de cette étude¹ expose les perceptions de ces acteurs en ITSS sur les facteurs qui pourraient expliquer tant les difficultés que les bons coups observés.

Commençons par la fin!

Sur la base des résultats présentés aux pages suivantes, le rapport se termine sur quatre recommandations.

1. Se donner une vision commune de la situation

En ITSS, il faut bien le dire, il y a tellement de types d'intervenants et d'organismes impliqués sur les plans local, régional et national! Il est donc excessivement difficile d'avoir une vision d'ensemble de la situation. D'ailleurs, aucun participant n'avait cette vision d'ensemble. Deux outils^{2,3} ont donc été créés pour permettre aux CSSS et à leur RLS de se donner un **diagnostic commun** de la situation des services et des collaborations sur leur territoire (voir p. 4 de ce bulletin).

2. Oser se doter d'une marge de manœuvre

Un fort sentiment d'impuissance règne chez les participants de l'étude. Bureaucratie, travail en silo, manque ou roulement d'effectifs marquent le quotidien. La méthode de mesure du rendement utilisée dans les ententes de gestion ressort comme un obstacle majeur à l'amélioration des services en ITSS. Par exemple, pourquoi compter strictement le nombre de tests de dépistage et ne pas tenir compte du temps requis pour apprivoiser un jeune de la rue pour le mener vers ce test? Dans ces conditions, comment adopter une approche globale avec les populations vulnérables? Une quinzaine d'initiatives prometteuses qui ont surmonté ces difficultés sont signalées dans le rapport. Elles sont portées par un noyau de personnes critiques et créatives : elles n'attendent pas que la solution vienne « d'en haut » et elles se dotent littéralement d'une marge de manœuvre.

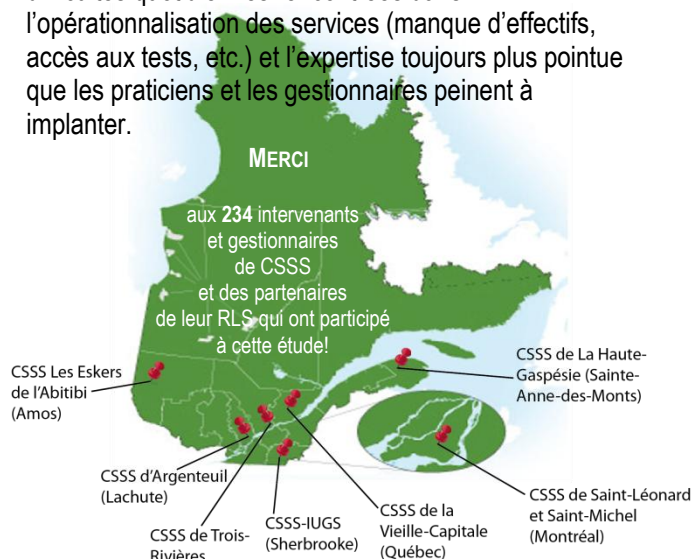
3. Faire autrement par le travail intersectoriel en RLS

Poursuivre les efforts pour faire vivre les RLS implique de mobiliser tous les intervenants et tous les organismes qui sont en contact avec les populations vulnérables aux ITSS. Mais plus encore, les CSSS doivent se joindre à tous ceux qui ont un potentiel d'action sur les déterminants de la santé sexuelle et de la consommation de drogues

(éducation, logement, environnement social, etc.). Pour y réussir, il est primordial de reconnaître l'expertise des organismes communautaires, particulièrement le travail de rue auprès des populations les plus vulnérables.

4. Renforcer la cohérence entre les paliers

Les orientations nationales, relayées par des instances régionales, convergent vers les CSSS. Demander au palier local d'intégrer des actions qui ne sont pas préalablement intégrées par les paliers régional et national relève de la pensée magique. Il reste beaucoup de travail à faire pour arrimer les champs d'intervention (ex. : promotion-prévention et maladies infectieuses) et les champs de compétence entre ministères (ex. : éducation et santé). Pour vaincre *L'épidémie silencieuse*, il faudra réduire le décalage entre les difficultés quotidiennes rencontrées dans l'opérationnalisation des services (manque d'effectifs, accès aux tests, etc.) et l'expertise toujours plus pointue que les praticiens et les gestionnaires peinent à implanter.




¹ Boyer, G. Morin, M., B. Lortie, P., Roy, M.-A. (à paraître sous peu). *ITSS et travail en RLS : oser faire autrement*, Collection Des outils pour mieux travailler ensemble en ITSS, n°3, Sherbrooke, Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

² Boyer, G. Morin, M., B. Lortie, P., Roy, M.-A. (à paraître sous peu). *Guide de la cartographie québécoise des acteurs en ITSS*, Collection Des outils pour mieux travailler ensemble en ITSS, n°1, Sherbrooke, Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

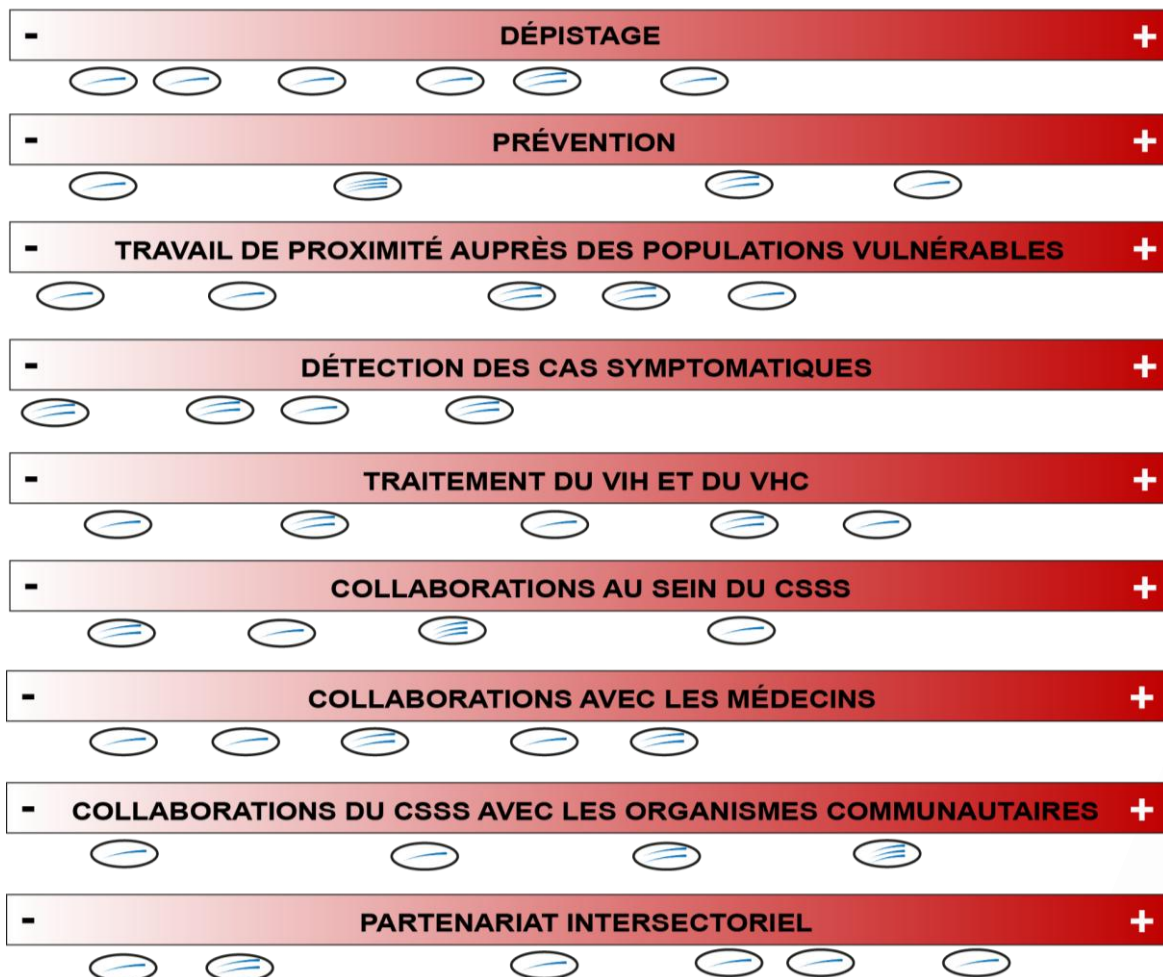
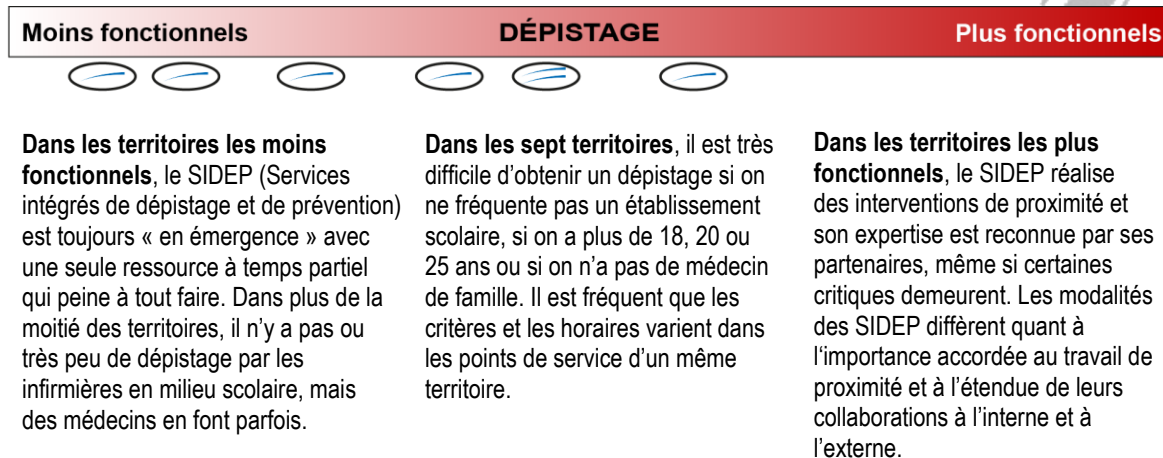
³ Boyer, G. Morin, M., B. Lortie, P., Roy, M.-A. (à paraître sous peu). *Guide du réseau de services et de collaborations en ITSS*, Collection Des outils pour mieux travailler ensemble en ITSS, n° 2, Sherbrooke, Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

Donner la parole aux CSSS et à leurs partenaires du RLS

Une première analyse des entrevues a été faite, CSSS par CSSS, puis validée par les participants. Une analyse globale a été effectuée à partir de la production des sept réseaux de services et de collaborations (voir le guide de cet outil à la page suivante). La figure ci-dessous montre **la fonctionnalité** des principaux aspects du continuum de services en ITSS : dans quelle mesure y a-t-il ou non des services de dépistage ou de traitement des ITSS, quel est l'état des collaborations au sein du CSSS, etc.?

Chaque  correspond à un territoire de CSSS. Vers la gauche, on trouve les territoires les moins fonctionnels et vers la droite, les territoires les plus fonctionnels. On voit comment se situent les sept CSSS et leur RLS les uns par rapport aux autres, selon la fonctionnalité de leurs services et de leurs collaborations. Aucun territoire est parfaitement fonctionnel et aucun n'est absolument pas fonctionnel, même s'il se retrouve près d'un « + » ou d'un « - ». Un positionnement près du centre indique des caractéristiques mixtes. Voici, pour le dépistage, un aperçu des descriptions plus détaillées que l'on pourra lire dans le rapport.

La fonctionnalité des services en ITSS en un coup d'œil



À l'évidence, les CSSS et leurs partenaires du RLS font face à des difficultés significatives pour assurer l'accessibilité, la continuité et la complémentarité des services en ITSS sur leur territoire. Les intervenants et les gestionnaires, tant du CSSS que du RLS, identifient sensiblement les mêmes causes pour expliquer la situation. Ils pointent à la fois des facteurs contextuels, qui concernent globalement le système de santé, et des facteurs spécifiques aux services en ITSS.

Des facteurs liés au contexte actuel du système de santé

Une concurrence difficile entre services préventifs et services curatifs.

« La santé publique est le parent pauvre de la santé. »

L'omniprésence du travail en silo : il y a peu de mandats clairement formalisés et portés conjointement entre des directions ou des équipes, même si plusieurs le souhaitent.

« Ça fait des années qu'on se fait dire de travailler de façon transversale. Dans les faits, ce n'est pas ça. »

Des défis d'organisation des services qui ajoutent à la lourdeur bureaucratique : pénurie de main-d'œuvre, problèmes logistiques, etc.

« Ça fait trois mois que l'infirmière SIDEP est engagée. Elle n'est pas encore sur le terrain à cause de la bureaucratie. »

Des services mal adaptés aux populations vulnérables : lisibilité des outils, adéquation des horaires (soirée, nuit), attitudes de certains intervenants (homophobie, jugements, peurs), etc.

« Nous savons que ce sont ceux qui en ont le plus besoin qui ne sont pas là. »

L'implantation du travail en RLS demeure à parfaire : des partenariats en ITSS à l'image de l'état général de la concertation du territoire ou, dans certains cas, des sous-territoires.

« C'est encore plus près, la santé et la politique, dans un petit milieu comme ici. »

Des facteurs plus spécifiques aux services en ITSS

En prévention, le manque d'information des jeunes quant aux ITSS et à leurs conséquences ainsi que la confusion des rôles en éducation à la sexualité en milieu scolaire sont au cœur des préoccupations.

« Tout ce qu'on fait dans les écoles présentement, c'est de la vaccination. »

L'accessibilité aux **services de dépistage au bon moment** est jugée cruciale. Il n'est pas rare que l'infirmière SIDEP doive remplacer des absences au sein de l'urgence et des services courants.

« Quand on a quelqu'un qui dit : *OK! Let's go!* On y va! On fait des pieds et des mains et on a tout le trouble du monde à avoir un rendez-vous, ne serait-ce que dans la semaine qui vient. »

Le travail de proximité ne fait pas encore consensus et, de l'aveu de quelques gestionnaires, ces intervenants manquent de soutien clinique. Lorsqu'il est bien implanté, la complicité avec le milieu communautaire est perceptible.

« Si j'arrive avec ma mère de 87 ans à l'urgence, ils vont la toucher, ils vont lui parler, ils vont lui faire un sourire. Si j'arrive avec une utilisatrice de drogues injectables, ils reculent leurs chaises presque. »

La détection de cas symptomatiques est le segment le moins fonctionnel. Les personnes symptomatiques se heurtent à toutes les incohérences du système : manque de médecins de famille, limites de la couverture géographique des services, etc.

« Je me fais dire que je n'ai pas d'affaires à envoyer des patients à l'urgence. Je suis bien d'accord, mais où est-ce que vous voulez que je les envoie? »

Pour les traitements, les ressources en VIH sont financièrement fragilisées, mais très expérimentées. L'intervention en amont sur les conditions de vie est le défi n° 1 du traitement de l'hépatite C.

« Pour arriver au traitement, le client doit être organisé dans sa vie : avoir un toit sur la tête, avoir une hygiène de vie satisfaisante, que sa consommation soit sous contrôle, qu'il soit présent aux rendez-vous. »

Les collaborations au sein du CSSS sont limitées et fragiles. Plusieurs zones grises existent autour des cas multiproblématiques (itinérant avec un problème de santé mentale). Les intervenants psychosociaux sont peu sensibilisés.

« J'ai l'impression que les intervenants psychosociaux se disent : ce n'est pas moi que ça regarde, c'est l'infirmière. »

Les collaborations avec les médecins sont très variables d'un territoire à l'autre et au sein de chaque CSSS-RLS. Plusieurs s'indignent du refus de certains médecins de faire des suivis ITSS ou de signer des ordonnances collectives.

« La Loi 90, c'est bien beau sur papier, mais dans la réalité, dans bien des centres, il n'y a rien qui a passé. Les médecins ont peur de perdre leur job. »

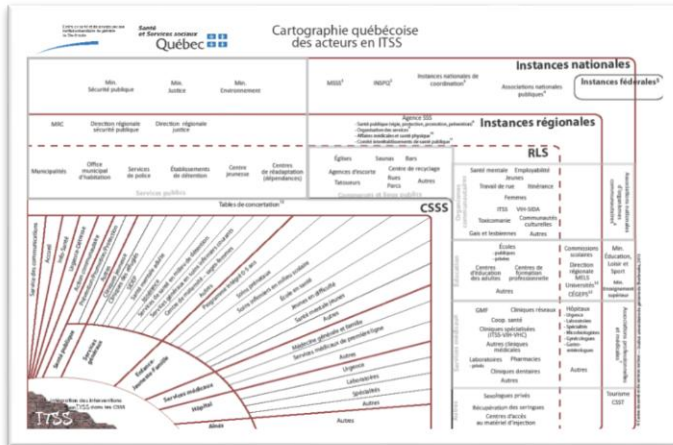
Les collaborations avec les organismes communautaires sont le plus souvent informelles. Plusieurs questions sensibles demeurent, dont celle de la reconnaissance de leur expertise de travail.

« Il y a tellement de ravins entre le système de santé et le réseau communautaire, avec des approches si différentes. Oui, nous sommes complémentaires, mais on a de la misère à se rejoindre. Il y a beaucoup de snobisme dans le réseau public. »

Deux outils pour se mettre en mouvement!

Guide de la cartographie québécoise des acteurs en ITSS

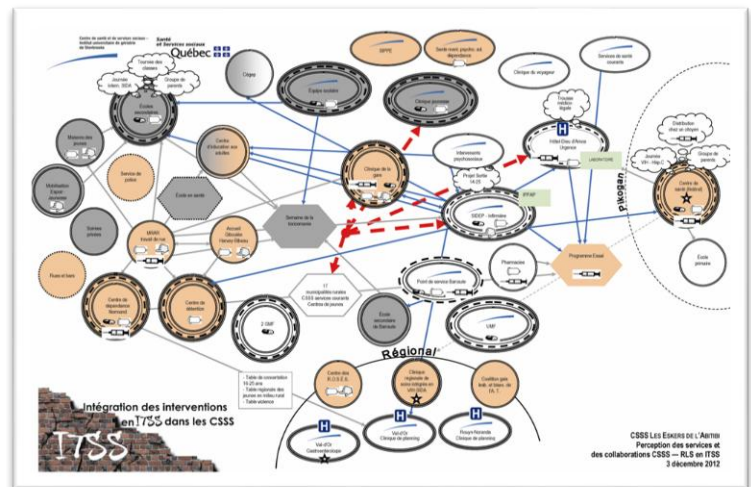
Cet outil permet à chaque CSSS de répertorier tous les acteurs en ITSS de son territoire. Il tient compte de l'organisation spécifique des services locaux mais aussi des instances régionales, nationales et fédérales présentes en santé et dans divers autres secteurs d'activités (justice, éducation, etc.).



Guide des réseaux des services et des collaborations en ITSS

Illustrer la dynamique entre les acteurs privilégiés, potentiels et même insoupçonnés en ITSS est maintenant possible! Un code graphique sert à produire un schéma représentant :

- les types d'organisations en présence;
- le continuum de services, de la prévention au traitement;
- les populations desservies;
- la nature des collaborations au sein du CSSS et du RLS;
- des projets spécifiques.



Procurez-vous les deux guides de ces outils très bientôt : csss-iugs.ca/itss

On distingue trois types d'acteurs en ITSS :

- **Les acteurs privilégiés** œuvrent déjà auprès des populations vulnérables. Par exemple, les infirmières SIDEPE, les intervenants d'organismes communautaires VIH-SIDA, les médecins, etc.)
- **Les acteurs potentiels** sont peu associés aux interventions en ITSS. Ils côtoient les populations vulnérables et ils peuvent les accompagner vers d'autres services. Par exemple, les intervenants psychosociaux des CSSS, les infirmières des urgences, les intervenants communautaires en santé mentale, etc.
- **Les acteurs insoupçonnés** sont rarement associés à des activités en ITSS, même s'ils peuvent y jouer un certain rôle. Par exemple, les citoyens, les pasteurs, les chauffeurs de taxi, etc.

L'outil comprend des données factuelles, mais également des perceptions des acteurs. Par exemple, même s'il y a un SIDEPE dans l'organigramme, cela ne dit rien de sa capacité à faire des interventions de proximité, ni de la qualité de ses collaborations à l'interne et à l'externe.

Le guide détaille les étapes de la collecte d'information. La production de ce réseau implique d'animer des échanges entre les équipes du CSSS et de ses partenaires. Quatre CSSS l'ont déjà utilisé pour faire un diagnostic commun de leurs services en ITSS.

Membres du comité de pilotage du projet :

Denis Blanchard, CSSS de St-Léonard et St-Michel; Pier B. Lortie, CSSS-IUGS; Louise de la Boissière, DSP de la Montérégie; Richard Cloutier, MSSS; André Dontigny, MSSS; Lise Guérard, MSSS; Monique Imbleau, INSPQ; Julie Lane, CSSS-IUGS; Ken Monteith, COCQ-SIDA; Michelle Morin, CSSS-IUGS et Sylvie Venne, MSSS.

Bulletin ITSS est une production du CSSS-IUGS, en collaboration avec le comité de pilotage du projet *Intégration des interventions en ITSS dans les CSSS*.

ISSN-1927-2472

Rédaction : Ginette Boyer et Pier B. Lortie
Révision linguistique et mise en pages : Valérie Plante
Communications : Marie-Eve Nadeau

POUR VOUS
ABONNER

Pour toute demande d'information ou pour recevoir les prochains numéros de ce bulletin publié trois fois par année, VOUS POUVEZ COMMUNIQUER AVEC

Valérie Plante, CSSS-IUGS (Sherbrooke) 819 780-2220, poste 45712
infoitss.csss-iugs@sss.gouv.qc.ca