

Direction régionale de santé publique

**ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DE LA
TROUSSE DE DÉPISTAGE RAPIDE DU VIH
DANS LE RÉSEAU DES SIDEP DU CSSS DE
LA VIEILLE-CAPITALE**

Rapport final



*Direction régionale de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux
de la Capitale-Nationale*

*Direction des risques biologiques et de la santé au travail
de l'Institut national de santé publique*

Octobre 2013

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
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
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

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

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013
Dépôt légal, Bibliothèque et Archives Canada, 2013
ISBN: 9789-89616-157-7 (version imprimée)
978-2-89616-158-4 (version électronique)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM

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

Référence suggérée :

Thériault, N., Noël, L. et D. Gagnon. *Évaluation de l'implantation de la trousse de dépistage rapide du VIH dans le réseau des SIDEP du CSSS de la Vieille-Capitale*, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec, 2013, 98 p. et annexes. (Mise en page corrigée le 28 octobre 2013, 90 p.)

© Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

AUTEURES

Nathanaëlle Thériault, médecin-conseil
Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale

Lina Noël, sociologue
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Dominique Gagnon, agente de recherche
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

ÉQUIPE D'INTERVENTION DES SIDEP DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA VIEILLE-CAPITALE

Raymonde Pépin, coordonnatrice de l'équipe des SIDEP

Danielle Poirier puis Hélène Marchand, infirmière-pivot pour le projet

Jérôme Pelletier, Isabelle Têtu, Sandra Chouinard, Annie Thiffault, Solange Fortier, Michelle Blouin, Maureen Guthrie, infirmiers(ères)

COLLABORATION AU PROJET

Mario Gagnon, directeur général, Point de Repères

Geneviève Quinty, directrice générale, Projet Intervention Prostitution de Québec

Thérèse Richer, directrice générale, MIELS-Québec

Pier-Luc Chouinard, intervenant psychosocial, MIELS-Québec

COLLABORATION AU PROJET INITIAL D'ÉVALUATION CONJOINTE

Gilles Lambert, médecin-conseil, Direction de santé publique de Montréal et Institut national de santé publique du Québec

Joséphine Aho, agente de recherche, Direction de santé publique de Montréal

Sylvie Chalifoux, infirmière, Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et de Montréal-Nord

ANALYSE DES DONNÉES STATISTIQUES

Richard Bradet, analyste, Unité de recherche en santé publique CRCHUL

CONTRIBUTION À L'ÉLABORATION DES OUTILS DE COLLECTE DE DONNÉES:

Karine Blouin, agente de recherche, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Hélène Marchand, infirmière, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale

Danielle Poirier, infirmière, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale

SOUTIEN PROVINCIAL

Membres du *Groupe de suivi de l'implantation et de l'évaluation des projets* :

Evelyne Fleury, agente de recherche, Service de lutte contre les ITSS, Ministère de la Santé et des Services sociaux

Christiane Claessens, microbiologiste, Laboratoire de santé publique du Québec

Bouchra Serhir, coordonnatrice de l'utilisation de la TDR, Laboratoire de santé publique du Québec

SOUS LA COORDINATION DE

Nathanaëlle Thériault, médecin-conseil
Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale

Lina Noël, sociologue
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGES

Isabelle Petillot, technicienne administrative
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Monique Michaud, agente administrative
Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, Équipe Maladies infectieuses

Cette évaluation a été financée par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre de l'implantation du « Projet pilote pour l'utilisation de trousse de dépistage rapide du VIH dans les points de service du CSSS de la Vieille-Capitale »

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

La Direction régionale de santé publique (DRSP) de la Capitale-Nationale a soutenu et évalué, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), l'implantation d'une trousse de dépistage rapide (TDR) du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dans le cadre des Services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (SIDEPS) du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Vieille-Capitale.

Les objectifs d'évaluation ont porté sur : 1) la faisabilité d'intégrer l'utilisation des TDR du VIH dans l'offre de SIDEPS du CSSS et 2) la recevabilité pour les clientèles vulnérables visées. Aux fins d'évaluation, des grilles de collecte de données ont été utilisées ainsi qu'un questionnaire de satisfaction du client. Des entrevues semi-dirigées et des groupes de discussion ont été menés auprès des infirmières, des gestionnaires et des partenaires.

Entre juin 2010 et juin 2011, la TDR et le test standard de dépistage du VIH ont été proposés lors de 351 consultations réalisées auprès de 298 clients différents. La majorité des clients étaient des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) qui ont été vus dans un point de service du CSSS ou un organisme communautaire. Certains groupes particulièrement vulnérables (p. ex : travailleurs(euses) du sexe et personnes utilisatrices de drogue par injection [UDI]) ont été rejoints de façon marginale. Les clients ont choisi la TDR dans plus de 95 % des consultations. Des 339 consultations où la TDR a été utilisée, trois résultats réactifs ont été obtenus (0,9 %). Les clients qui ont opté pour la TDR se sont dits globalement très satisfaits de leur expérience de dépistage.

Auprès des infirmières et des milieux visés, la TDR a fait l'objet d'une adhésion limitée. Une différence a été observée sur la perception vis-à-vis la faisabilité du projet ainsi que sur l'appréciation de l'utilisation de la TDR. L'expérience d'implantation de la TDR apparaît plutôt positive dans les deux principaux sites desservis. Dans les autres sites, l'implantation a été variable et les acteurs ont documenté davantage de difficultés.

Trois conditions de succès émergent de ce projet : 1) L'organisation des services devrait permettre d'assurer que les personnes obtenant un résultat réactif à la TDR auront accès, dans un délai adéquat, à un suivi médical et psychosocial adapté à leurs besoins; 2) L'organisation physique des lieux où est offerte la TDR devrait permettre l'obtention d'un consentement libre et éclairé ainsi que le respect de la confidentialité de l'intervention de dépistage; 3) En raison de l'expertise développée par certains organismes auprès de certaines clientèles, les échanges entre les savoirs et les pratiques devraient être favorisés afin d'optimiser les interventions de dépistage auprès de ces clientèles.

En termes de recevabilité, l'évaluation démontre que l'offre de la TDR a été très appréciée des clients. En termes de faisabilité, l'expérience démontre que l'implantation de la TDR peut se heurter à certaines résistances. À cet égard, les partenaires des milieux communautaires ont rappelé l'importance d'être mobilisés précocement dans la planification de l'implantation d'un tel projet. Dans une perspective de consolider l'utilisation de ce test, il convient de favoriser une approche plus pragmatique que normative de l'implantation dans les milieux où la TDR est offerte.

FAITS SAILLANTS

À la suite des recommandations de l'INSPQ sur l'utilisation d'une TDR¹ pour la détection de l'infection par le VIH, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a proposé le financement de projets pilotes d'implantation de la trousse.

Les régions de Montréal et de la Capitale-Nationale ont proposé des projets dont l'évaluation était sous la responsabilité des directions de santé publique et de l'INSPQ. Le projet de Montréal a été déployé dans trois centres de détention de compétence provinciale tandis que celui de la Capitale-Nationale a été réalisé dans le cadre des SIDEP du CSSS de la Vieille-Capitale.

Les résultats de l'évaluation du projet réalisé dans la région de la Capitale-Nationale sont présentés dans le présent rapport.

OBJECTIFS

Les objectifs de l'évaluation étaient : 1) d'évaluer la faisabilité de l'intégration de l'utilisation des trousse de dépistage rapide du VIH dans l'offre de services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS du CSSS de la Vieille-Capitale, et 2) d'évaluer la recevabilité pour les clientèles visées.

IMPLANTATION DE LA TDR AU CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE

Pour participer au projet, les clients pour lesquels un dépistage du VIH était indiqué devaient appartenir à un groupe vulnérable, tel que défini dans le *Guide québécois de dépistage des ITSS* ^[1]. Lors d'une rencontre type, que ce soit dans l'un des deux points de service du CSSS (points de service Haute-Ville et Basse-Ville, ci-après nommés sites *intra-muros*) ou dans les milieux communautaires visés (ci-après nommés sites *extra-muros*), les deux tests disponibles étaient proposés au client, soit le test standard de dépistage du VIH et la TDR. L'offre de TDR s'accompagnait d'un counseling adapté.

La TDR pouvait être proposée selon deux modalités :

- Modalité 1 - lors de **cliniques spécifiques d'offre concomitante des deux tests** (standard et TDR) en *intra-muros* et en *extra-muros* où le choix entre la TDR et le test standard était offert systématiquement à tout client appartenant à un groupe vulnérable et pour lequel un dépistage du VIH était indiqué, à moins d'une contre-indication².

1 La TDR dont il est question dans ce texte fait référence au dépistage du VIH uniquement. Pour alléger le texte, l'abréviation TDR (plutôt que TDR-VIH) est utilisée ici.

2 Les contre-indications retenues étaient les suivantes : 1) antécédent de résultat positif à un test de dépistage du VIH, 2) inaptitude à consentir au test, par exemple dans un contexte de consommation de substances, et 3) incapacité à recevoir un résultat dans l'immédiat.

- Modalité 2 - lors de visites en *extra-muros* et lors de cliniques en *intra-muros* (en dehors des cliniques spécifiques d'offre concomitante) où l'infirmière³ pouvait **offrir de façon ciblée** la TDR à certains clients après considération des aspects de faisabilité.

DÉMARCHE D'ÉVALUATION

Il s'agit d'une étude descriptive de type monitoring évaluatif. La population à l'étude est composée de deux groupes. La **population 1** est constituée de la clientèle des SIDEP du CSSS de la Vieille-Capitale chez qui un dépistage du VIH était indiqué pendant la durée du projet. Cette clientèle était rencontrée à la fois au CSSS et dans les milieux communautaires. La **population 2** est constituée de l'ensemble des infirmières des SIDEP ayant participé à la formation spécifique portant sur l'utilisation de la TDR, des partenaires qui ont été sollicités afin que la TDR puisse être utilisée dans leurs milieux ainsi que des gestionnaires impliqués dans la démarche. L'expression informateurs clés est utilisée pour désigner l'ensemble des partenaires et gestionnaires.

Dans le cadre de l'évaluation d'implantation du projet pilote du CSSS de la Vieille-Capitale, des méthodes quantitatives et qualitatives ont été déployées. Pour le volet quantitatif, deux grilles de collecte des données et un questionnaire de satisfaction ont été développés. Des analyses descriptives ont été réalisées ainsi que des tests de comparaison de proportions (test du χ^2 et test de Fisher) à l'aide du logiciel SAS. Le volet qualitatif reposait sur l'utilisation de trois méthodes de collecte de données soit le journal de bord de l'infirmière-pivot⁴ du projet, les groupes de discussion focalisée menés auprès des infirmières et les entrevues semi-dirigées menées auprès des gestionnaires et des partenaires impliqués. Les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse de contenu.

RÉSULTATS QUANTITATIFS

Les services offerts dans le cadre du projet pilote

L'offre de TDR qui a débuté en juin 2010 a subi des modifications par rapport à l'offre initialement prévue. L'offre concomitante des deux tests à l'intérieur de cliniques spécifiques prévue au point de service Haute-Ville du CSSS a été revue à la hausse et l'offre ciblée de TDR au point de service Basse-Ville n'a débuté qu'en février 2011. Au près des organismes hors CSSS, la TDR n'a pu être offerte à l'intérieur des murs de Point de Repères, dont la clientèle se compose majoritairement de personnes UDI. L'offre au Mouvement d'information et d'entraide dans la lutte contre le VIH-SIDA à Québec (MIELS-Québec) a été revue à la hausse et celle au Projet Intervention Prostitution de Québec (PIPQ) a été revue à la baisse. Quant à l'implantation dans les autres sites identifiés au préalable, l'offre ne s'est pas maintenue au cours de la première année d'implantation.

3 Pour alléger le texte, le terme infirmière(s) sera utilisé et comprend à la fois les infirmières et les infirmiers.

4 Nom donné dans le texte à l'infirmière de l'équipe des SIDEP qui avait développé une expertise particulière avec la TDR et avait différentes responsabilités à assumer dans le cadre de l'implantation de cette trousse. Pour un résumé des principales tâches de l'infirmière-pivot, se référer au tableau 13 (annexe 1).

La collecte de données s'est déroulée de juin 2010 à juin 2011. Au total, 351 consultations ont été réalisées et portaient sur 298 clients. Les deux tiers (65,1 %) des clients rencontrés en étaient à leur première consultation en SIDEPS. Près des deux tiers (63,0 %) des consultations ont été effectuées au CSSS dont la majorité (95,5 %) au point de service Haute-Ville. Un peu plus du tiers (37,0 %) des consultations ont été réalisées dans les organismes communautaires dont la majorité (84,6 %) au MIELS-Québec, un organisme desservant une clientèle principalement composée d'HARSAH. La TDR a été offerte dans un contexte d'offre systématique concomitante avec le test standard dans 83,0 % des consultations. Bien que les consultations se répartissent entre sept infirmières, deux infirmières ont réalisé près de 90 % de celles-ci.

Caractéristiques sociodémographiques et facteurs de risque des clients

Parmi la clientèle, on compte une majorité d'hommes (91,6 %). La plupart (91,9 %) des clients sont nés au Canada et 95,1 % résident à Québec. Près de quatre personnes sur cinq (78,5 %) sont des HARSAH, alors que 17,6 % ont déjà fait usage de drogues par inhalation, 4,2 % ont déjà fait usage de drogues par injection, 4,1 % sont des travailleurs(euses) du sexe et 0,3 % sont des personnes sans domicile fixe. Une certaine proportion de clients rapporte avoir eu comme partenaire sexuel des 6 derniers mois une personne vivant avec le VIH (12,5 %), une personne UDI (2,3 %) et une personne travailleuse du sexe (3,1 %). Parmi les clients vus dans les milieux hors CSSS, on note une proportion significativement plus élevée de personnes originaires de pays autres que le Canada et de personnes ayant fait usage de drogue par inhalation.

Dépistages antérieurs du VIH

Parmi les clients, 15,8 % rapportaient à leur première consultation ne jamais avoir eu de dépistage pour le VIH. Le dernier dépistage du VIH avait été fait il y a plus de deux ans pour une personne sur cinq (21,0 %). La majorité des clients (63,2 %) avaient eu un dépistage dans les deux dernières années. Parmi les personnes qui avaient été dépistées antérieurement pour le VIH, 92,2 % disaient avoir reçu les résultats de leur dernier test.

Dépistage du VIH et des autres ITSS dans le cadre du projet pilote

Le dépistage du VIH a été fait à l'aide de la TDR dans 339 consultations (96,6 %). Dans quatre de ces consultations, un dépistage a également été réalisé à l'aide d'un test standard malgré l'obtention d'un résultat négatif à la TDR. Si l'on exclut ces quatre consultations, c'est donc dans 95,5 % des consultations que la TDR a été choisie. Le dépistage du VIH a été fait à l'aide du test standard uniquement dans 12 consultations (3,4 %).

Sur les 339 dépistages effectués à l'aide de la TDR, trois résultats réactifs ont été obtenus (0,9 %) et ont tous été confirmés par le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ). Aucun résultat non valide ou indéterminé n'a été obtenu. Tous les clients dépistés à l'aide de la TDR (100 %) ont reçu le résultat du test. Les trois clients ayant eu un résultat réactif à la TDR ont reçu le résultat du test de confirmation et ont eu un suivi médical. Sur les 12 dépistages effectués à l'aide du test standard uniquement, un résultat réactif a été

obtenu (8,3 %). Un client n'a pas reçu le résultat de son test (résultat non réactif). Le client ayant obtenu un résultat réactif a eu un suivi médical. Dans la majorité des consultations (92,0 %) un dépistage d'autres ITSS a été effectué en plus du dépistage du VIH. L'entente prise lors de la consultation concernant la modalité de transmission des résultats des autres dépistages était à l'effet de planifier un rendez-vous dans la majorité des cas (76,3 %) ou de faire un suivi par téléphone (21,8 %). Globalement, les clients ont reçu les résultats de leurs tests de dépistage des autres ITSS dans 92,4 % des consultations.

Acceptabilité de la TDR pour la clientèle

Entre août 2010 et juin 2011⁵, 249 questionnaires de satisfaction ont été remplis par les clients. Les raisons invoquées par les clients pour avoir choisi la TDR sont d'obtenir un résultat immédiatement (96,6 %), d'avoir une seule visite à faire pour l'intervention de dépistage (86,3 %), de ressentir moins de stress avec ce test (74,9 %) et de suivre la recommandation de l'infirmière (66,7 %).

Les clients ayant bénéficié de la TDR se sont dits très satisfaits de la rencontre sur différents points (clarté des informations reçues, possibilité de poser leurs questions...). La totalité des clients ayant bénéficié de la TDR se sont dits assez ou très satisfaits de la rencontre en général. Dans la majorité des consultations de clients ayant choisi la TDR, ceux-ci ont l'intention de demander le même type de test lors du prochain dépistage (97,9 %) ainsi que de faire à nouveau un test de dépistage du VIH dans les six prochains mois (63,8 %). Toutefois, les réponses quant à la satisfaction et à l'intention vis-à-vis le prochain dépistage étaient très similaires auprès des clients ayant bénéficié du test standard.

RÉSULTATS QUALITATIFS - EXPÉRIENCE DES ACTEURS IMPLIQUÉS

Implications pour la clientèle telles que perçues par les infirmières

Selon les infirmières, l'offre de la TDR permet de rendre davantage accessible le service de dépistage du VIH dans certaines circonstances où des clients refuseraient d'y recourir en raison de l'attente du résultat. Le recours à la TDR permet d'éviter les délais qui peuvent être une source d'anxiété et peuvent contribuer à l'augmentation de la consommation ou des comportements destructeurs pour certaines personnes. Par contre, l'anticipation d'une crise ou de fragilisation d'une population qui présente déjà une vulnérabilité et qui pourrait réagir sous le coup de l'impulsivité à l'annonce d'un résultat réactif est un élément mentionné fréquemment par les infirmières et les informateurs clés.

Implications pour la pratique infirmière

Les infirmières reconnaissent que l'utilisation de la TDR implique des changements par rapport à leur pratique de dépistage habituelle, et ce, au regard de plusieurs

5 La collecte de données à l'aide du questionnaire de satisfaction a débuté plus tardivement qu'avec les autres grilles de collecte.

composantes. Elles soulignent l'importance de la formation initiale et d'un processus de mise à jour des compétences. Par contre, l'aspect strictement technique relié à l'utilisation des TDR n'apparaît pas problématique et les habiletés se développent rapidement. L'utilisation de la TDR fait cependant ressortir le rôle crucial de la relation avec le client. En effet, elle nécessite la création rapide d'un lien de confiance avec le client. De plus, elle implique que l'infirmière évalue la capacité du client à recevoir un résultat de dépistage du VIH dans l'immédiat. Elle nécessite également que l'infirmière puisse adapter rapidement sa conduite en cas de résultat réactif et qu'elle puisse référer rapidement le client pour un suivi psychosocial au besoin. Enfin, les infirmières ont mentionné le caractère essentiel d'un mécanisme de soutien à la pratique clinique notamment par la présence d'une infirmière-pivot expérimentée et par la création d'une structure permettant de consolider les savoirs.

Implications pour les gestionnaires et partenaires

Dans le cadre du projet d'implantation de la TDR, des démarches ont été faites pour rejoindre les partenaires communautaires identifiés pour le projet pilote. Cependant, celles-ci n'ont pas été faites de manière uniforme, ce qui a constitué un irritant pour certains partenaires. De plus, l'ensemble des partenaires ont rappelé l'importance d'être impliqués dès la conception du projet. En effet, la participation aux étapes de définition de l'offre de service est un point important à considérer pour leur intéressement.

Dans la région, il semble que le déploiement des SIDEP dans les milieux communautaires ait été surtout fait à partir d'ententes entre personnes sans qu'il y ait nécessairement d'ententes formelles par écrit. Plusieurs informateurs clés ont manifesté le désir de formaliser les collaborations dans des ententes souples qui définissent entre autres les ressources, les moyens, les modalités de prise de décision, les modes d'évaluation et de résolution de problèmes, et ce, afin d'accroître les chances de succès de tels projets.

DISCUSSION

L'expérience acquise démontre que les changements engendrés par l'utilisation de la TDR sont susceptibles de provoquer une résistance au changement pour laquelle une démarche de diffusion doit être prévue. Dans le cadre du projet, les infirmières ayant perçu des avantages à l'utilisation de la TDR et ayant développé des stratégies pour l'intégrer à leur pratique se sont montrées beaucoup plus favorables à son utilisation que les infirmières qui voyaient la TDR comme un outil susceptible de complexifier considérablement leur pratique. Des constats similaires sont tirés de l'expérience des partenaires des milieux communautaires. Le site *extra-muros* ayant énoncé davantage d'éléments favorables (perception généralement positive du projet par le milieu, appréciation des retombées pour la clientèle, etc.) est celui où l'offre de la TDR a été la plus optimale. Au terme du projet, l'expérience d'implantation de la TDR apparaît plutôt positive dans les deux principaux sites desservis, soit au point de service Haute-Ville du CSSS ainsi qu'au MIELS-QUÉBEC. Dans les autres sites, l'implantation a été variable.

CONDITIONS À RESPECTER DANS L'OFFRE DE LA TDR DU VIH

Ce projet a mis en lumière l'importance de respecter trois conditions dans l'offre de la TDR du VIH :

- 1) L'organisation des services devrait permettre d'assurer que les personnes obtenant un résultat réactif à la TDR auront accès, dans un délai adéquat, à un suivi médical et psychosocial adapté à leurs besoins.
- 2) L'organisation physique des lieux où est offerte la TDR devrait permettre l'obtention d'un consentement libre et éclairé ainsi que le respect de la confidentialité de l'intervention de dépistage.
- 3) En raison de l'expertise développée par certains organismes auprès de certaines clientèles, les échanges entre les savoirs et les pratiques devraient être favorisés afin d'optimiser les interventions de dépistage auprès de ces clientèles.

CONCLUSION

L'évaluation de l'implantation de la TDR dans le réseau des SIDEP du CSSS de la Vieille-Capitale a permis de documenter la faisabilité de son intégration dans l'offre de service ainsi que la recevabilité pour les clientèles visées. En termes de recevabilité, l'évaluation démontre que l'offre de la TDR a, auprès des clients qui en ont bénéficié, majoritairement des HARSAH, été très appréciée. Lorsqu'ils se font offrir la TDR et le test standard, la grande majorité des clients optent pour la TDR. Ceux-ci relèvent comme éléments positifs notamment l'obtention immédiate du résultat et la période de stress raccourcie dans l'attente des résultats. Rappelons que certaines clientèles particulièrement vulnérables (personnes UDI et travailleurs(euses) du sexe), initialement ciblées par le projet, ont cependant été rejointes de façon marginale.

L'organisation de l'offre de la TDR dans le réseau des SIDEP du CSSS de la Vieille-Capitale présuppose un ensemble de démarches organisationnelles, en plus d'une mise à jour des compétences auprès de l'équipe clinique appelée à l'utiliser. L'expérience démontre que l'implantation de la TDR peut se heurter à certaines résistances. À cet égard, les informateurs clés ont rappelé l'importance d'être mobilisés précocement dans la planification de l'implantation d'un tel projet. Ils soulignent que l'offre de TDR nécessite d'être adaptée selon le contexte où elle s'insère, en fonction du type d'organisme desservi, des modalités organisationnelles existantes et des caractéristiques de la clientèle rejointe. Dans une perspective de consolider l'utilisation de ce test, il convient de favoriser une approche plus pragmatique que normative de l'implantation dans les milieux où la TDR est offerte, surtout dans les milieux communautaires.

TABLE DES MATIÈRES

FAITS SAILLANTS	IV
LISTE DES TABLEAUX.....	XIII
LISTE DES FIGURES.....	XV
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	XVI
1 INTRODUCTION.....	1
2 IMPLANTATION DE LA TROUSSE DE DÉPISTAGE RAPIDE DU VIH.....	3
2.1 La trousse de dépistage rapide du VIH.....	3
2.2 Intervention de dépistage intégrant la TDR.....	3
2.3 Modalités de l'offre de dépistage du VIH	4
2.4 Clientèles et milieux ciblés par le projet pilote de la Vieille-Capitale	5
2.5 Activités réalisées dans le cadre du projet pilote	5
3 DÉMARCHE D'ÉVALUATION	6
3.1 Le devis pour l'évaluation d'implantation	6
3.2 Populations à l'étude	7
3.3 Collecte de données.....	7
3.3.1 Les données quantitatives	7
3.3.2 Les données qualitatives	8
3.4 Analyse des données	10
3.5 Aspects éthiques	10
4 LES SERVICES OFFERTS DANS LE CADRE DU PROJET PILOTE	12
4.1 Écart entre l'offre de service prévue et l'offre de service réalisée	12
4.2 Les modalités de l'offre de service réalisée	13
5 LES CLIENTS REJOINTS LORS DE L'IMPLANTATION.....	15
5.1 Caractéristiques sociodémographiques	15
5.2 Les facteurs de risque	16
5.3 Le dépistage des ITSS	18
5.3.1 Dépistages antérieurs du VIH	18
5.3.2 Dépistage du VIH et des autres ITSS dans le cadre du projet pilote	18
5.4 Acceptabilité de la TDR pour la clientèle	20
5.4.1 Raisons du choix de la TDR telles que recueillies par les infirmières	21
5.4.2 Satisfaction des clients	21
6 EXPÉRIENCE DES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS L'IMPLANTATION DE LA TDR	26
6.1 Implications pour la clientèle telles que perçues par les infirmières et les informateurs clés	26
6.2 Implications pour la pratique infirmière	27
6.3 Implication pour les gestionnaires et les partenaires	30
6.3.1 Des partenaires impliqués dès la conception du projet	31
6.3.2 Des ententes écrites pour une meilleure gestion des ressources.....	32

7	DISCUSSION	33
7.1	Retour sur les principaux résultats.....	33
7.2	La théorie de la diffusion de l'innovation	34
7.2.1	Résistance au changement et diffusion de l'innovation parmi les infirmières	35
7.2.2	Diffusion de l'innovation auprès des partenaires	36
7.3	Impact non prévu du projet	37
7.4	Limites de l'évaluation.....	38
8	CONDITIONS À RESPECTER DANS L'OFFRE DE LA TDR DU VIH	40
8.1	La trajectoire de services pour les personnes dépistées.....	40
8.2	L'organisation physique des lieux assurant une intervention clinique adéquate	40
8.3	La mobilisation et le soutien des organisations impliquées par l'offre	41
9	CONCLUSION.....	42
10	RÉFÉRENCES	45
	ANNEXE 1 ACTIVITÉS RÉALISÉES PAR LE CSSS ET LA DRSP DANS LE CADRE DU PROJET	47
	ANNEXE 2 OUTILS DE COLLECTE ÉLABORÉS DANS LE CADRE DE L'ÉVALUATION.....	51
	ANNEXE 3 OUTILS RELATIFS AU PROGRAMME D'ASSURANCE DE LA QUALITÉ.....	61
	ANNEXE 4 TABLEAUX DE RÉSULTATS ADDITIONNELS	67

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Distribution des consultations selon le type de site, le type d'offre de la TDR et la modalité d'identification de l'analyse	14
Tableau 2	Distribution des consultations selon le type de site et le type de test de dépistage du VIH réalisé	14
Tableau 3	Distribution des clients selon le type de site et leurs caractéristiques sociodémographiques lors de leur dernière visite.....	15
Tableau 4	Distribution des clients selon le type de site et les facteurs de risque rapportés lors de leur dernière visite	17
Tableau 5	Distribution des clients selon le type de site et l'expérience antérieure de dépistage du VIH au moment de leur première consultation	18
Tableau 6	Distribution des résultats des tests de dépistage du VIH réalisés dans le cadre du projet pilote	19
Tableau 7	Distribution des consultations des clients ayant choisi la TDR selon le type de site et les raisons ayant motivé leur choix telles que recueillies par les infirmières.....	21
Tableau 8	Distribution des consultations de clients ayant choisi la TDR selon le type de site et les raisons ayant motivé le choix du test telles que mentionnées dans le questionnaire auto-administré	22
Tableau 9	Distribution des consultations de l'ensemble des clients ^a selon le type de site et les raisons ayant motivé le choix de se présenter dans un organisme précis telles que mentionnées dans le questionnaire auto-administré.....	23
Tableau 10	Distribution des consultations des clients selon le type de test choisi et la satisfaction vis-à-vis différents éléments de la rencontre tels que mentionnés dans le questionnaire auto-administré.....	24
Tableau 11	Distribution des consultations selon le type de test choisi et l'intention de se faire dépister à nouveau telle que mentionnée dans le questionnaire auto-administré	24
Tableau 12	Distribution des consultations selon le type de test choisi et l'impact de l'offre de la TDR sur l'intention de se faire dépister à nouveau tel que mentionné dans le questionnaire auto-administré.....	25
Tableau 13	Résumé des activités réalisées au CSSS de la Vieille-Capitale en lien avec l'implantation de la TDR et l'évaluation du projet.....	49
Tableau 14	Résumé des activités réalisées par la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale en lien avec l'implantation de la TDR et, en collaboration avec l'INSPQ, l'évaluation du projet.....	50

Tableau 15	Offre de dépistage à l'aide de la TDR telle que prévue en avril 2010 et offre réalisée dans le réseau des SIDEP du CSSS de la Vieille-Capitale.....	69
Tableau 16	Distribution des consultations effectuées dans le cadre du projet pilote selon le site	70
Tableau 17	Distribution des consultations effectuées dans le cadre du projet pilote selon l'infirmière	70
Tableau 18	Distribution des consultations selon l'entente prise avec l'infirmière pour la transmission des résultats des tests de dépistage des ITSS autres que le VIH	70

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Distribution du nombre de consultations selon le mois et le type de site <i>intra-muros</i> ou <i>extra-muros</i> , juin 2010 à juin 2011	12
Figure 2	Distribution des consultations selon le mode de transmission des résultats des tests de dépistage des ITSS autres que le VIH.....	20

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DRSP	Direction régionale de santé publique
DSI	Direction des soins infirmiers
HARSAH	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPPAP	Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement (ITS) et auprès de leurs partenaires
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
MIELS-Québec	Mouvement d'information et d'entraide dans la lutte contre le VIH-SIDA à Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAQ	Programme d'assurance de la qualité
PIPQ :	Projet Intervention Prostitution de Québec
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS
TDR	Trousse de dépistage rapide du VIH
UDI	Usage de drogues par injection ou utilisateur de drogues par injection
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

1 INTRODUCTION

L'infection par le VIH demeure une préoccupation, notamment en raison de la morbidité qui y est associée et des coûts importants qui y sont rattachés. En 2011, on estimait à environ 19 300 le nombre de personnes vivant avec le VIH au Québec ^[2]. Les groupes les plus touchés par l'infection sont les HARSAH⁶, les personnes originaires de pays où le VIH est endémique, les personnes hétérosexuelles non originaires de pays endémiques (par exemple, les personnes ayant de multiples partenaires et les personnes dont le partenaire présente un facteur de risque connu) et les personnes UDI^[2]. Bon nombre de personnes ayant des comportements à risque ne sont pas rejointes par l'offre de dépistage actuelle, et une proportion significative des personnes infectées par le VIH au Canada (jusqu'à 26 %) ignorent qu'elles le sont ^[3]. Au Québec, 16,3 % des cas nouvellement diagnostiqués en 2011 ont été dépistés tardivement alors qu'ils en étaient au stade du sida ou présentaient une infection symptomatique chronique ^[4]. Entre avril 2002 et décembre 2011, plus de la moitié (57,5 %) des personnes nouvellement diagnostiquées avec une infection par le VIH rapportaient n'avoir jamais eu de test de dépistage du VIH avant celui ayant mené à une déclaration ^[4]. Cette réalité est d'autant plus préoccupante que bien que l'on dispose de traitements antirétroviraux de plus en plus efficaces, il demeure impossible de guérir l'infection par le VIH ^[5].

Dans la région de la Capitale-Nationale, 256 nouveaux diagnostics d'infection par le VIH (194 hommes et 62 femmes) ont été déclarés entre avril 2002 et décembre 2011 ^[6]. Pour la même période, 7,0 % du total des nouveaux diagnostics déclarés au Québec l'ont été dans la région de la Capitale-Nationale ^[4, 6]. En 2011, 28 nouveaux diagnostics d'infection par le VIH ont été déclarés ^[6]. De 2003 à 2011, dans la région, le nombre annuel de nouveaux diagnostics déclarés a peu varié, se situant généralement entre 25 et 30 ^[6].

Dans la région de la Capitale-Nationale, les HARSAS et les personnes UDI constituent les groupes les plus touchés par le VIH ^[4]. Il apparaît ainsi primordial de poursuivre, voire intensifier, les interventions préventives, notamment auprès des personnes appartenant à ces groupes.

En 2009, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a produit un avis portant sur le dépistage du VIH à l'aide de trousse de dépistage rapide ^[7]. Cet avis comportait plusieurs recommandations dont celle « que les trousse de dépistage rapide soient intégrées aux stratégies déployées par le réseau de la santé pour favoriser le dépistage de l'infection par le VIH » ^[7]. À la suite du dépôt de cet avis, le ministère de la Santé et des Services sociaux a lancé un appel de projets pilotes d'implantation d'activités de dépistage à l'aide d'une trousse de dépistage rapide visant plus spécifiquement les régions où l'incidence du VIH est élevée. Les projets devaient permettre de rejoindre plus facilement les personnes vulnérables à l'infection par le VIH (HARSAS, UDI, etc.) afin d'augmenter la proportion de ces personnes qui connaissent leur statut.

6 Le terme « HARSAS » inclut tous les hommes qui ont des activités sexuelles avec d'autres hommes, peu importe leur identité culturelle ou politique et peu importe comment ils s'identifient. Cette inclusion fait du terme « HARSAS » le choix le plus approprié pour le besoin de la présente évaluation.

En décembre 2009, le CSSS de la Vieille-Capitale, en collaboration avec la DRSP de la Capitale-Nationale, déposait un devis d'implantation de la TDR dans le cadre des SIDEP. Rappelons que les SIDEP se déploient à la fois dans les murs du CSSS et à l'extérieur de ceux-ci, notamment dans des organismes communautaires.

Le présent document est le rapport final entourant l'implantation du projet pilote réalisé au CSSS de la Vieille-Capitale. Il permet de rendre compte d'une part, des activités réalisées et de la faisabilité d'intégrer la TDR dans l'offre des SIDEP, et, d'autre part, de la recevabilité de celle-ci pour les clientèles visées. Il permet aussi d'identifier des conditions favorables à l'implantation d'un tel outil de dépistage du VIH ainsi que les difficultés potentielles. Ces informations permettront de soutenir la décision du MSSS quant à la place que devrait occuper la TDR dans l'offre de service de dépistage de l'infection par le VIH.

2 IMPLANTATION DE LA TROUSSE DE DÉPISTAGE RAPIDE DU VIH

2.1 LA TROUSSE DE DÉPISTAGE RAPIDE DU VIH

Homologuée par Santé Canada en 2008, la Trousse INSTI™ HIV-1/HIV-2 Rapid Antibody⁷ peut être utilisée au point de service, soit dans « tout lieu hors laboratoire où il y a offre de service de santé et de dépistage du VIH, dans les secteurs public ou privé »^[7]. Au Québec, l'utilisation de la TDR est encadrée par le *Guide québécois de dépistage des ITSS – Supplément : Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide des trousse de dépistage rapide*^[8]. L'utilisation de la TDR nécessite la réalisation d'un prélèvement par ponction capillaire. Cette trousse détecte la présence d'anticorps anti-VIH 1 et 2, et le résultat est disponible en quelques minutes^[7, 8].

Bien que le résultat soit obtenu plus rapidement avec la TDR, la fenêtre sérologique pendant laquelle les anticorps anti-VIH ne sont pas détectables demeure la même que pour le test standard, soit une période de trois mois^[7]. Utilisé depuis 2008 dans les laboratoires du réseau provincial du diagnostic du VIH, le test AxSYM® Ag/Ab Combo a toutefois l'avantage de détecter l'antigène p24 (Ag p24) en plus des anticorps VIH-1 et 2^[7]. La détection de cet antigène peut permettre d'identifier l'infection plus précocement chez les personnes récemment infectées (en moyenne, cet antigène est détectable entre les jours 16 et 40 suivant l'acquisition de l'infection)^[8]. Cet aspect est important à aborder dans le cadre du counseling adapté qui accompagne l'offre de la TDR.

Lorsqu'utilisée dans un point de service desservant une population ayant des comportements à risque, la trousse INSTI™ a une sensibilité de 99,5 %, une spécificité de 99,3 %, une valeur prédictive positive de 97,8 % et une valeur prédictive négative de 99,8 %^[7]. Elle est aussi sensible et spécifique que le test standard⁸ pour la détection des anticorps^[7]. Le coût d'une trousse INSTI™ est d'environ 15,00 \$⁹, soit près de dix fois celui de la sérologie effectuée avec AxSYM® Ag/Ab Combo (1,55 \$)^[7].

2.2 INTERVENTION DE DÉPISTAGE INTÉGRANT LA TDR

Dans le cadre du projet, l'intervention de dépistage du VIH à l'aide de la TDR devait être faite en conformité avec le *Guide québécois de dépistage des ITSS – Supplément : Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide des trousse de dépistage rapide*^[8]. Lors d'une rencontre type, le client recevait un counseling prétest renfermant des informations sur les deux tests de dépistage du VIH disponibles, soit la TDR et le test standard. Le client était informé de la nécessité d'effectuer un test de confirmation en cas

7 Cette trousse était homologuée pour la détection des anticorps anti-VIH 1 depuis 2005. Elle est maintenant homologuée pour la détection des anticorps anti-VIH 1 et 2.

8 Il s'agit du test AxSYM® VIH-1/2 gO fabriqué par Abbott.

9 Un coffret de 24 trousse coûte environ 360 \$. Il faut également y ajouter le coût pour l'achat des contrôles et des pipettes pour les contrôles, lesquels ont été fournis gratuitement par la compagnie dans le cadre du projet.

de résultat réactif à la TDR. Au terme du counseling, le client devait choisir entre les deux tests.

Pour la TDR, l'infirmière procédait au prélèvement par ponction capillaire et elle se retirait hors de la vue du client pour en faire l'analyse. Le résultat était disponible en quelques minutes. Dans les cas de résultats non réactifs, un counseling post-test était réalisé et l'intervention de dépistage du VIH était complétée en une seule rencontre. Pour les résultats autres que non réactifs (non valides, indéterminés ou réactifs), un counseling post-test adapté était réalisé. Un prélèvement par ponction veineuse était effectué pour être envoyé au laboratoire serveur et une seconde rencontre était planifiée. Les prélèvements effectués à la suite de résultats réactifs à la TDR devaient être envoyés au LSPQ à des fins de confirmation. Rappelons qu'avec le test standard, un prélèvement par ponction veineuse était effectué d'emblée et que l'intervention de dépistage était complétée en deux rencontres.

Dans la majorité des milieux, la totalité de l'intervention de dépistage était réalisée par l'infirmière des SIDEP. Au MIELS-Québec cependant, l'organisme a proposé et implanté un modèle différent. Dans ce milieu, l'intervention a été réalisée par une dyade composée d'une infirmière et d'un intervenant psychosocial. Selon ce modèle, l'intervenant rencontrait d'abord la personne pour notamment évaluer ses facteurs de risque, amorcer le counseling et présenter les services offerts par l'organisme. L'infirmière rencontrait ensuite le client pour compléter le counseling et effectuer le dépistage. Enfin, l'intervenant et l'infirmière revoyaient ensemble la personne pour réaliser le counseling post-test et conclure la rencontre. Notons que l'infirmière utilisait un code (par le recours à un appel téléphonique) pour aviser l'intervenant du résultat de la TDR afin qu'il puisse anticiper la dernière partie de la rencontre.

Par ailleurs, le dépistage du VIH s'intégrait dans une offre globale de dépistage des ITSS. Ainsi, même si dans la majorité des cas l'intervention de dépistage du VIH pouvait être complétée en une seule rencontre, l'infirmière devait prévoir une seconde rencontre pour compléter l'intervention relative aux autres ITSS qui avaient pu faire l'objet d'un dépistage.

2.3 MODALITÉS DE L'OFFRE DE DÉPISTAGE DU VIH

La TDR a été offerte selon l'une des deux modalités suivantes :

- lors de **cliniques spécifiques d'offre concomitante** des deux tests (standard et TDR) en *intra-muros* et en *extra-muros* où le choix entre la TDR et le test standard a été proposé systématiquement à tout client appartenant à un groupe vulnérable et pour lequel un dépistage du VIH était indiqué, à moins d'une contre-indication¹⁰;
- lors de visites en *extra-muros* et lors de cliniques en *intra-muros* (en dehors des cliniques spécifiques d'offre concomitante) où l'infirmière pouvait offrir de façon **ciblée**

10 Les contre-indications retenues étaient les suivantes : 1) antécédent de résultat positif à un test de dépistage du VIH, 2) inaptitude à consentir au test, par exemple dans un contexte de consommation de substances, et 3) incapacité à recevoir un résultat dans l'immédiat.

la TDR, en plus du test standard, à certains clients après considération des aspects de faisabilité.

2.4 CLIENTÈLES ET MILIEUX CIBLÉS PAR LE PROJET PILOTE DE LA VIEILLE-CAPITALE

L'implantation de la TDR du VIH a été réalisée dans le cadre des services dispensés en *intra-muros* et en *extra-muros*¹¹ par l'équipe des SIDEP du CSSS de la Vieille-Capitale auprès des clientèles vulnérables aux ITSS. Les groupes vulnérables visés dans le cadre du projet étaient les HARSAH, les personnes utilisatrices de drogues dures et celles utilisatrices de drogues par injection, les travailleurs(euses) du sexe, les jeunes en difficulté, les personnes itinérantes et/ou désaffiliées socialement, les personnes incarcérées et les autochtones.

Dans le contexte du début d'implantation du projet, il n'apparaissait pas pertinent ou faisable d'offrir la TDR dans certains milieux desservis par l'équipe des SIDEP, tels que les sites de loisirs et de services sexuels, les écoles, les centres de réadaptation, les milieux de détention ainsi que dans les maisons de thérapie. Dans les sites où l'offre n'a pas été jugée pertinente ou faisable, une alternative à l'offre de la TDR dans ces lieux était possible. Celle-ci consistait à référer les clients à une clinique spécifique d'offre concomitante ou dans un autre site où les conditions de faisabilité étaient favorables.

2.5 ACTIVITÉS RÉALISÉES DANS LE CADRE DU PROJET PILOTE

Un ensemble d'activités liées au projet pilote a été réalisé par l'équipe des SIDEP du CSSS de la Vieille-Capitale (annexe 1, tableau 13) :

- activités en préimplantation;
- activités de formation;
- activités de suivi à l'implantation;
- activités reliées au programme d'assurance de la qualité (PAQ) dont la conception d'outils (annexe 3);
- activités reliées à l'évaluation de l'implantation.

Des activités portant sur ces mêmes volets ont également été menées par la DRSP (annexe 1, tableau 14).

Aux fins d'implantation, le CSSS de la Vieille-Capitale, de concert avec la DRSP, a choisi de ne pas publiciser largement l'offre de dépistage au moyen de la TDR. Cette décision a été prise considérant les ressources infirmières disponibles et la possibilité de créer une demande qui serait difficile à gérer. Par ailleurs, l'organisme MIELS-Québec a publicisé la TDR auprès de la clientèle qu'il dessert.

¹¹ Les activités de dépistage *intra-muros* se déroulent au CSSS sur rendez-vous. Les activités de dépistage *extra-muros* se déroulent dans les milieux visités par les infirmières des SIDEP. Ce sont, dans la majorité des cas, des organismes communautaires qui ont un lien de services avec le CSSS pour le dépistage des ITSS.

3 DÉMARCHE D'ÉVALUATION¹²

Le but de cette évaluation était de soutenir la décision du MSSS quant à l'intégration de l'utilisation de la TDR dans l'offre de service de dépistage du VIH en proposant des conditions favorables pour l'implantation. Les objectifs généraux du projet étaient les suivants : 1) évaluer la faisabilité de l'intégration de l'utilisation des TDR du VIH dans l'offre des SIDEPS du CSSS de la Vieille-Capitale, et 2) évaluer la recevabilité pour les clientèles visées. Les questions de recherche inhérentes à l'évaluation étaient les suivantes: Quels sont les ressources et les services mobilisés dans le projet mis en œuvre? Dans quelle mesure la clientèle visée est-elle rejointe? Dans quelle mesure la clientèle rejointe est-elle satisfaite? Quelle est l'appréciation des intervenants, des partenaires et des gestionnaires impliqués dans la mise en œuvre? Quels sont les facteurs facilitants et les barrières à l'implantation du projet?

Rappelons que deux projets pilotes ont été déployés au Québec, soit celui de la région de Montréal ^[9] et celui de la région de la Capitale-Nationale. Deux démarches distinctes d'évaluation ont été retenues; cependant, des travaux autour d'un tronc commun¹³ d'indicateurs avaient été réalisés au préalable. Par la suite, les outils de collecte des données quantitatives ont fait l'objet d'échanges avec le « Groupe de suivi de l'implantation et de l'évaluation des projets pilotes portant sur l'utilisation de la trousse de dépistage rapide du VIH en points de service » piloté par la Direction générale de santé publique du MSSS.

3.1 LE DEVIS POUR L'ÉVALUATION D'IMPLANTATION

Le devis proposé, soit une étude descriptive de type monitoring évaluatif, visait à documenter et à suivre le degré de mise en œuvre du projet et des acteurs impliqués en décrivant les ressources, les activités réalisées, les services offerts en fonction du programme planifié et de vérifier jusqu'à quel point la population visée était rejointe ^[10].

Ce type d'évaluation permet, entre autres, de cerner les facteurs qui affectent le déroulement d'une activité spécifique et d'analyser en profondeur la façon dont elle peut mener aux résultats escomptés ^[11]. L'évaluation d'implantation s'avère particulièrement utile pour un tel projet pilote qui se définit comme une réponse aux besoins du milieu. Les résultats générés peuvent servir à préciser les améliorations possibles, à modifier le déroulement des opérations et à examiner l'opportunité de généraliser le projet.

12 Les aspects méthodologiques sont traités plus en détail dans le document suivant : Thériault, N. et Noël, L. (2011) *Projet d'implantation de la trousse de dépistage rapide du VIH au Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale*, Québec, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, Institut national de santé publique du Québec, 120 p.

13 Les travaux initiaux autour d'un tronc commun d'évaluation ont été réalisés sous la direction du docteur Gilles Lambert, médecin-conseil à l'INSPQ.

3.2 POPULATIONS À L'ÉTUDE

La population 1 est constituée de la clientèle des SIDEP du CSSS de la Vieille-Capitale chez qui un dépistage du VIH était indiqué pendant la durée du projet. Dans les milieux où la TDR a été offerte à l'intérieur de cliniques spécifiques d'offre concomitante des deux tests, tous les clients qui satisfaisaient aux critères d'inclusion devaient être sélectionnés. Il s'agit donc d'un échantillon exhaustif pour les clients des SIDEP vus dans les cliniques spécifiques, bien qu'il soit possible que quelques clients aient été référés dans des cliniques jeunesse. Dans les milieux où la TDR a été offerte de manière ciblée, les clients ont été recrutés en fonction du jugement clinique de l'intervenante et des conditions de faisabilité (temps disponible, nombre de personnes à rencontrer, nombre de TDR disponibles au site, etc.). Pour cette raison, il s'agit d'un échantillon de convenance.

La population 2 est constituée de l'ensemble des infirmières des SIDEP ayant participé à la formation spécifique portant sur l'utilisation de la TDR, des partenaires qui ont été sollicités afin que la TDR puisse être utilisée dans leurs milieux ainsi que des principaux gestionnaires impliqués dans la démarche. Ces répondants sont des personnes directement concernées par l'implantation de la TDR auprès de qui ont été recueillies des données qualitatives sur les différents volets de l'implantation.

3.3 COLLECTE DE DONNÉES

Dans le cadre de l'évaluation d'implantation du projet pilote du CSSS de la Vieille-Capitale, des méthodes quantitatives et qualitatives ont été utilisées. Pour le volet quantitatif, deux grilles de collecte des données et un questionnaire de satisfaction ont été développés, tandis que le volet qualitatif reposait sur trois méthodes spécifiques de collecte de données, soit le journal de bord, l'entrevue semi-dirigée et le groupe de discussion focalisée. Finalement, la triangulation des méthodes et des sources de données a été favorisée afin d'obtenir une compréhension globale de l'implantation du projet.

3.3.1 Les données quantitatives

Les données relatives aux caractéristiques de l'intervention réalisée, au profil sociodémographique, aux facteurs de risque ainsi qu'à la satisfaction des clients ont été recueillies avec trois outils (deux grilles de collecte de données et un questionnaire de satisfaction) (annexe 2). Les infirmières qui ont participé au développement des outils de collecte des données utilisaient déjà une grille clinique. Elles ont posé comme condition de participation de ne pas être obligées d'utiliser un questionnaire standardisé, mais plutôt de compléter une grille, soit en présence du client ou à la fin de la consultation, ce que les chercheurs ont finalement accepté.

La *Grille de collecte de données pour le client* a été élaborée en tenant compte des données cliniques déjà colligées par les infirmières des SIDEP. Elle comportait des items qui visaient à identifier le profil de la clientèle et à préciser l'intervention réalisée. Cette grille qui a fait l'objet d'un prétest auprès des infirmières était complétée au moment de la rencontre et une copie dénominalisée était acheminée à l'équipe de recherche. Quant à la

Grille sur le volet spécifique à l'évaluation/recherche, elle permettait de recueillir l'appréciation de l'intervenant ainsi que les raisons du client pour avoir choisi la TDR ou le test standard. Des informations permettant de générer un code unique pour chaque client y étaient inscrites, ceci afin de repérer notamment les multiples visites d'un même individu. Ces deux outils ont fait l'objet d'une collecte systématique auprès de chaque client. Afin d'uniformiser la collecte de ces données, un manuel de l'intervenant a été élaboré pour clarifier la compréhension des items et indiquer des libellés de questions uniformes¹⁴.

Le *Questionnaire de satisfaction du client* visait à recueillir l'appréciation globale de ce dernier sur le processus de dépistage du VIH de même que les motifs du choix du test et son intention d'être testé à nouveau. À la fin de la consultation, le client était encouragé à remplir le questionnaire, mais pouvait refuser. Le questionnaire a fait l'objet d'un prétest auprès de cinq clients.

Ces trois outils de collecte portaient des numéros séquentiels. Pour une même consultation, les trois outils utilisés portaient tous le même numéro afin de pouvoir relier toute l'information obtenue de l'infirmière et du client à l'occasion d'une même consultation.

Bien que non spécifiquement développés dans l'optique de l'évaluation du projet, l'information colligée dans les outils relatifs au programme d'assurance de la qualité (annexe 3) ont aussi fait partie de l'évaluation. Ces outils ont été légèrement adaptés par rapport aux modèles présentés dans le *Guide québécois de dépistage des ITSS – Supplément : Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide des trousse de dépistage rapide*^[8].

3.3.2 Les données qualitatives

Dans le cadre du volet qualitatif de l'étude, trois méthodes de collecte de données ont été utilisées, soit le journal de bord, l'entrevue semi-dirigée et le groupe de discussion focalisée. Le journal de bord visait à recueillir les principales observations et réflexions de l'infirmière-pivot et des autres infirmières de l'équipe des SIDEPS. Les grilles d'entrevues pour l'ensemble des entretiens individuels et de groupe ont été élaborées dans le but 1) de mieux comprendre les problématiques rencontrées sur le terrain à la suite de l'introduction de la TDR, 2) de cerner l'appréciation et la portée de l'introduction de la TDR et 3) d'identifier des conditions nécessaires à la réussite de l'implantation de la TDR dans les différents volets des SIDEPS.

3.3.2.1 Le journal de bord

Le journal de bord, complété par l'infirmière-pivot du projet d'implantation de la TDR, a permis de rassembler un ensemble d'observations et de réflexions sur la pratique dans le cadre du projet. Au nombre de celles-ci, nous comptons des informations sur le processus de gestion du projet au CSSS de la Vieille-Capitale, les démarches de collaboration

14 Ce manuel est disponible sur demande auprès des auteurs du présent rapport.

auprès des partenaires des sites *extra-muros*, le recrutement des clients, les modifications au counseling prétest et post-test ainsi que le déroulement de l'intervention, les aspects techniques liés à la manipulation et au transport de la TDR, quelques cas cliniques jugés pertinents, certaines barrières identifiées par les infirmières qui n'utilisaient pas la TDR ainsi que les suivis ayant eu lieu entre l'infirmière-pivot, la coordonnatrice de l'équipe des SIDEP et la porteuse du dossier à la DRSP.

3.3.2.2 *Les entrevues semi-dirigées*

La méthode de l'entrevue semi-dirigée s'avère fort pertinente pour documenter des situations particulières qui se déroulent avec la participation d'un nombre restreint d'acteurs. Des entrevues semi-dirigées, au nombre de quatre et d'une durée maximale de 60 minutes, se sont déroulées en face à face avec les gestionnaires et partenaires identifiés comme informateurs clés dans le cadre de l'implantation de la TDR. Après l'obtention d'un consentement par écrit, les entretiens ont été enregistrés afin de permettre une analyse de contenu.

3.3.2.3 *Les groupes de discussion focalisée*

Le recueil de données par la méthode du groupe focalisé (*focus group*) s'inscrit également dans une démarche qualitative. Le groupe de discussion, animé par un modérateur, est de type semi-structuré et sert à produire de la connaissance sur un nombre limité de thèmes déterminés à l'avance^[12]. Cette démarche ne vise pas à obtenir un consensus entre les individus présents autour de la table, mais bien à recueillir l'information nécessaire à une analyse sociologique du phénomène, des forces et des faiblesses de l'intervention et des solutions envisagées pour améliorer les faiblesses.

Les infirmières de l'équipe des SIDEP ont été sollicitées à participer à deux groupes de discussion focalisée à la mi-implantation (décembre 2010) et à la fin de l'implantation du projet (juin 2011). Ces échanges ont duré en moyenne deux heures. À l'instar des informateurs clés ayant participé aux entrevues individuelles, les infirmières ont été informées des modalités de participation et ont signé un consentement à l'enregistrement. De plus, elles ont été invitées à compléter un court questionnaire sur des questions sociodémographiques et une fiche synthèse contenant les thèmes de la discussion. Cette fiche synthèse était utilisée comme aide-mémoire au fil de la discussion et elle a été récupérée à la fin de l'activité pour l'analyse. Six infirmières ont participé à chaque groupe de discussion focalisée.

Il convient également de souligner la réalisation d'entrevues avant l'implantation du projet pilote auprès de trois infirmières des SIDEP du CSSS de la Vieille-Capitale. Ces entrevues ont été réalisées sous la direction du D^r Gilles Lambert, médecin-conseil à l'INSPQ. Les informations recueillies lors de ces entrevues ont servi à ajuster le projet avant son implantation dans les différents milieux ciblés. Ces données ne seront pas présentées en détail ici, mais elles ont été utilisées pour rendre compte des écarts observés entre les perceptions relevées avant l'introduction de la TDR et celles notées en cours de projet.

3.4 ANALYSE DES DONNÉES

Les données quantitatives ont été traitées à l'aide du logiciel SAS. Des analyses descriptives ont été effectuées. Des tests de comparaison de proportions (test du χ^2 et test de Fisher) ont été utilisés afin de comparer les caractéristiques des consultations (ou clients) des milieux *intra-muros* et *extra-muros*. Les données manquantes ont été exclues des analyses. Le seuil alpha a été fixé à 0,05.

Pour leur part, les données recueillies lors des entrevues individuelles et des groupes de discussion ont fait l'objet d'une analyse de contenu afin de dégager des thèmes généraux récurrents. L'ensemble des bandes sonores a été réécouté et les notes prises ont été révisées afin d'extraire des énoncés permettant l'analyse de contenu et la définition des catégories d'analyse par les chercheurs. Les thèmes de l'évaluation ayant été préalablement définis en fonction d'objectifs et de questions de recherche précis, l'analyse des entrevues et des groupes de discussion a d'abord reposé sur une logique déductive. Puis, selon un processus itératif, les nouveaux thèmes émergeant du discours des acteurs interrogés ont été ajoutés. Ces catégories d'analyse ont servi à codifier le matériel extrait en vue de l'analyse. L'ensemble des données a été agrégé et l'analyse a reposé sur des thèmes et non sur des opinions personnelles. Deux chercheurs ont contribué à l'analyse, et ce, dans le but de favoriser la validation croisée des résultats dégagés en première analyse. L'information qualitative (p. ex. : commentaires, explications) apparaissant sur les fiches synthèses ou sur les grilles de collecte des données a également été utilisée. L'analyse a d'abord été effectuée de manière verticale, c'est-à-dire pour chacune des entrevues ou groupes de discussion de manière isolée. Puis, une approche horizontale a permis d'identifier des points de convergence ou de divergence entre les différents acteurs approchés.

3.5 ASPECTS ÉTHIQUES

Le projet a été soumis au Comité d'éthique de la recherche des Centres de santé et des services sociaux de la Vieille-Capitale, de Québec Nord, du Grand-Littoral et de Portneuf qui a émis un avis éthique favorable à la tenue du projet. Les données recueillies à l'aide des outils de collecte ont été traitées de manière confidentielle. Les informations de type nominal (p. ex. initiales) servant à générer les codes des clients ont été détruites dès que les codes étaient générés. Les membres de l'équipe de recherche qui ont eu accès aux informations recueillies lors des entrevues ou des groupes de discussion ont signé un serment de confidentialité. Les enregistrements numériques des entretiens individuels et de groupe ont été détruits une fois l'analyse complétée. Le matériel écrit et les bandes sonores seront conservés sous clé pour une période de 5 ans avant d'être détruits.

Les clients vus dans le cadre du projet pilote d'implantation de la TDR devaient consentir à fournir des données servant à l'évaluation. Ils avaient le choix, à moins d'une contre-indication, entre les deux tests disponibles, soit le test standard ou la TDR. Chaque client était encouragé à remplir le questionnaire de satisfaction à la fin de la rencontre, sans y être obligé. Un client qui ne consentait pas à participer à l'étude se voyait offrir le test standard reconnu pour le dépistage du VIH et n'encourait aucun préjudice eu égard à la qualité des services reçus.

Les professionnels de la santé, gestionnaires et partenaires qui ont participé à l'évaluation ont aussi rempli un formulaire de consentement à toutes les étapes de la collecte des données. L'équipe de recherche leur a aussi offert la possibilité de faire partie de la liste des experts consultés dans le cadre de l'évaluation du projet. Ceux qui souhaitaient se prévaloir de cette opportunité devaient signer le formulaire les désignant comme expert-conseil. Par ailleurs, tous ont été assurés que les contenus recueillis lors des entrevues et des groupes de discussions seraient traités de manière agrégée sans identifier les individus ayant tenu des propos spécifiques

4 LES SERVICES OFFERTS DANS LE CADRE DU PROJET PILOTE

Au terme du projet d'implantation, 351 consultations ont été réalisées. La TDR a été proposée à 298 clients différents : 33 personnes se sont fait offrir la TDR à deux reprises, sept personnes à trois reprises et deux personnes à quatre reprises. Au total, 249 questionnaires de satisfaction ont été remplis, pour un taux de réponse de 81,4 % des consultations réalisées à partir du mois d'août 2010 (moment où le questionnaire a commencé à être distribué aux clients). Sur les 351 consultations réalisées entre le 1^{er} juin 2010 et le 30 juin 2011, 221 (63,0 %) se sont passées en *intra-muros* et 130 (37,0 %) en *extra-muros* (figure 1).

Le nombre de consultations mensuelles s'échelonne entre 17 en janvier 2011 (minimum) et 39 en avril 2011 (maximum). De juin à décembre 2010, les rencontres en *extra-muros* représentaient 27,5 % des 178 consultations effectuées alors qu'entre janvier et juin 2011, c'est 46,8 % des consultations qui ont été réalisées (n = 173) dans les milieux communautaires.

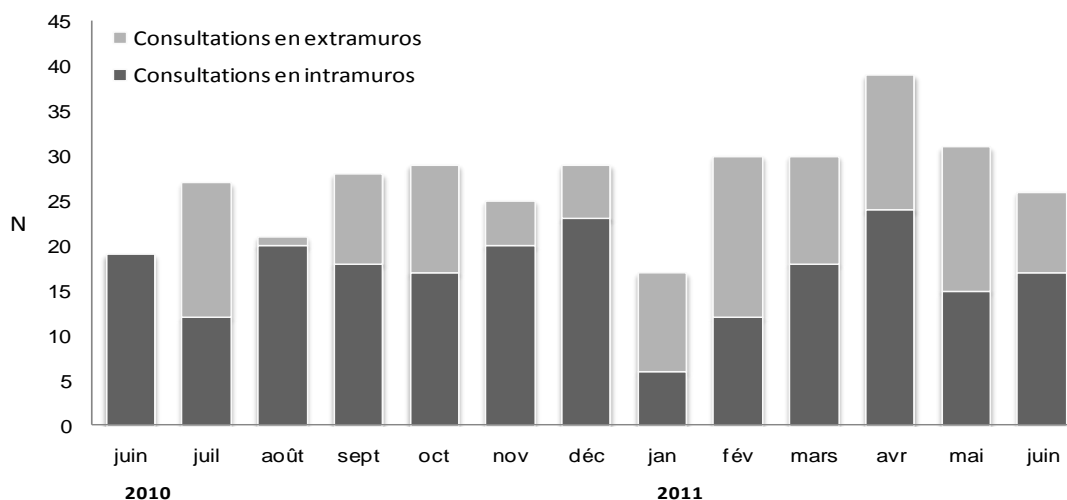


Figure 1 Distribution du nombre de consultations selon le mois et le type de site *intra-muros* ou *extra-muros*, juin 2010 à juin 2011

4.1 ÉCART ENTRE L'OFFRE DE SERVICE PRÉVUE ET L'OFFRE DE SERVICE RÉALISÉE

En cours d'implantation, l'offre de service reliée à la TDR a été modifiée par rapport à ce qui avait été prévu initialement (annexe 4, tableau 15). L'offre concomitante des deux tests à l'intérieur de cliniques spécifiques prévue au point de service Haute-Ville a été revue à la hausse et l'offre ciblée de TDR au point de service Basse-Ville, devant initialement être implantée en début de projet, n'a débuté qu'en février 2011. Dans les sites *extra-muros*, notons que la TDR n'a pu être offerte à l'intérieur des murs de l'organisme Point de Repères, dont la clientèle se compose majoritairement de personnes UDI, et que l'offre au MIELS-Québec a été revue à la hausse tandis que celle au PIPQ a

été revue à la baisse. Quant à l'implantation dans les autres sites identifiés au préalable, l'offre ne s'est pas maintenue au cours de la première année d'implantation en raison d'un roulement de personnel et de certaines résistances de la part des organismes et des infirmières qui les desservaient.

4.2 LES MODALITÉS DE L'OFFRE DE SERVICE RÉALISÉE

La majorité des consultations (63,0 %) ont été réalisées au CSSS, dont 95,5 % au point de service Haute-Ville des SIDEP (annexe 4, tableau 16). Pour les sites *extra-muros* (37,0 % des consultations), 84,6 % de ces dernières ont été réalisées au MIELS-Québec. Seulement 8,6 % de l'ensemble des consultations a été réalisé dans d'autres milieux que ces deux sites principaux.

Dans le cadre de l'implantation de la TDR, deux infirmières sur sept ont réalisé 313 consultations, soit 89,1 % de toutes les consultations, tandis que les cinq autres ont effectué entre une et dix consultations (annexe 4, tableau 17). L'infirmière-pivot a réalisé à elle seule 57,5 % des consultations.

En termes de modalité d'offre de la TDR, celle-ci a été proposée dans le cadre d'une clinique spécifique d'offre concomitante des deux tests (TDR et standard) dans 83,0 % des consultations (tableau 1). Une analyse nominative¹⁵ a été effectuée dans 60,5 % des cas. Dans les sites *intra-muros*, une analyse nominative a été effectuée dans plus de 90 % des consultations. À l'inverse, dans les sites *extra-muros*, une analyse anonyme¹⁶ a été effectuée dans 91,3 % des cas. Au MIELS-Québec, les analyses faites à des fins de dépistage des ITSS ont majoritairement été effectuées selon cette dernière modalité. Cette pratique avait lieu avant l'implantation du projet.

Dans 99,1 % des consultations pour lesquelles l'information a été colligée, les clients ont été jugés aptes à recevoir un résultat de test dans l'immédiat et se sont vus offrir la TDR (données non présentées). Dans le cas contraire, le test standard a été offert.

Le dépistage du VIH a été fait à l'aide de la TDR dans 339 consultations (96,6 %) (tableau 2). Dans quatre (1,1 %) de ces consultations, le client a également exigé un dépistage avec le test standard malgré l'obtention d'un résultat négatif à la TDR. Si l'on exclut ces quatre consultations, c'est donc dans 95,5 % des consultations que la TDR a été choisie. Le dépistage du VIH a été fait à l'aide du test standard uniquement dans 12 consultations (3,4 %), par choix du client (n = 10) ou selon le jugement clinique de l'infirmière qui a considéré le client non apte à recevoir un résultat dans l'immédiat (n = 2).

15 L'analyse nominative est celle qui est demandée par un professionnel de la santé et pour laquelle apparaissent des données nominatives sur le formulaire de demande (Carrière, S., Delorme, L., Labbé, A.-C., et collab. (2006) *Guide québécois de dépistage - Infections transmissibles sexuellement et par le sang*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 149 p)

16 L'analyse anonyme est celle pour laquelle aucune mention n'est inscrite au dossier médical (Carrière, S., Delorme, L., Labbé, A.-C., et collab. (2006) *Guide québécois de dépistage - Infections transmissibles sexuellement et par le sang*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 149 p).

Tableau 1 Distribution des consultations selon le type de site, le type d'offre de la TDR et la modalité d'identification de l'analyse

Variable	Ensemble		Sites INTRA		Sites EXTRA		Valeur p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Type d'offre (n = 348)							
Systématique ^a	289	(83,0)	183	(83,9)	106	(81,5)	0,5628
Ciblée	59	(17,0)	35	(16,1)	24	(18,5)	
Identification (n = 349)							
Anonyme	138	(39,5)	19	(8,7)	119	(91,5)	<0,0001
Nominative	211	(60,5)	200	(91,3)	11	(8,5)	

a Dans le cadre des cliniques spécifiques d'offre concomitante des deux tests (standard et TDR).

Tableau 2 Distribution des consultations selon le type de site et le type de test de dépistage du VIH réalisé

Type de test	Sites INTRA n=221		Sites EXTRA n=130		Total n=351	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<i>TDR uniquement</i>	210	(95,0)	125	(96,2)	335	(95,5)
<i>Test standard uniquement</i>	10	(4,5)	2	(1,5)	12	(3,4)
<i>TDR^a et test standard</i>	1	(0,5)	3	(2,3)	4	(1,1)
Total	221	(100,0)	130	(100,0)	351	(100,0)

a Résultat non réactif obtenu à la TDR

5 LES CLIENTS REJOINTS LORS DE L'IMPLANTATION

Tel que mentionné précédemment, les 351 consultations faites dans le cadre du projet pilote concernaient 298 clients différents. Les analyses portant sur les caractéristiques sociodémographiques ainsi que sur les facteurs de risque des clients ont été réalisées sur la dernière visite de chaque individu.

5.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Plus du tiers des clients (36,7 %) étaient âgés entre 25 et 34 ans et 28,0 % avaient 45 ans et plus au moment de leur dernière consultation (tableau 3). La proportion des personnes de 25 à 34 ans était plus élevée dans les sites *intra-muros* comparée aux sites *extra-muros* (39,8 % vs 31,9 %). À l'inverse les personnes de 35 à 44 ans étaient proportionnellement plus nombreuses à consulter dans les sites *extra-muros* (27,6 % vs 14,3 %). Les clients rejoints par l'offre de la TDR étaient majoritairement de sexe masculin (91,6 %).

Tableau 3 Distribution des clients selon le type de site et leurs caractéristiques sociodémographiques lors de leur dernière visite

Variable	Ensemble		Sites INTRA		Sites EXTRA		Valeur p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Âge (n = 297)							
< 25	47	(15,8)	30	(16,6)	17	(14,6)	0,0463
25-34	109	(36,7)	72	(39,8)	37	(31,9)	
35-44	58	(19,5)	26	(14,3)	32	(27,6)	
≥ 45	83	(28,0)	53	(29,3)	30	(25,9)	
Sexe (n = 297)							
Masculin	272	(91,6)	172	(95,0)	100	(86,2)	0,0076
Féminin	25	(8,4)	9	(5,0)	16	(13,8)	
Ville (n = 286)							
Québec	272	(95,1)	165	(95,4)	107	(94,7)	0,7928
Autre	14	(4,9)	8	(4,6)	6	(5,3)	
Pays de naissance (n = 296)							
Canada	272	(91,9)	170	(94,4)	102	(87,9)	0,0451
Autre	24	(8,1)	10	(5,6)	14	(12,1)	
Domicile fixe (n = 291)							
Non	1	(0,3)	0	(0,0)	1	(0,9)	0,3849
Oui	290	(99,7)	179	(100,0)	111	(99,1)	

Dans les sites *extra-muros*, la TDR a été administrée à des femmes dans une proportion significativement plus grande que dans les sites *intra-muros* (13,8 % vs 5,0 %; $p = 0,0076$). La grande majorité des clients ont mentionné être nés au Canada (91,9 %) et résider dans la ville de Québec (95,1 %). Les sites *extra-muros* ont accueilli des clients nés à l'extérieur du pays dans une proportion significativement plus grande (12,1 % vs 5,6 %; $p = 0,0451$). La quasi-totalité des clients (99,7 %) ont rapporté avoir un domicile fixe.

- En résumé, les personnes rencontrées étaient majoritairement des hommes habitant la ville de Québec et ayant un domicile fixe. Une proportion plus grande de personnes originaires d'un pays autre que le Canada et de personnes âgées entre 35 et 44 ans ont été vues en *extra-muros*.

5.2 LES FACTEURS DE RISQUE

Trois catégories de comportements ont été étudiées, soit les antécédents de tatouages, perçages et scarification, les comportements de consommation de drogues ainsi que les comportements sexuels (tableau 4). En raison du très grand nombre de données manquantes, les variables portant sur la méthode de réalisation du tatouage et du perçage (réalisation par un professionnel ou contexte artisanal), le partage du matériel lors de la consommation de drogues, ainsi que le port du condom lors des relations sexuelles ont été exclues des analyses. Les comportements à risque sont donc analysés globalement sans le raffinement permettant de spécifier si la personne s'est protégée lors du comportement. Cependant, comme les personnes demandaient un test de dépistage, il est raisonnable de croire qu'il y a eu prise de risque en lien avec les comportements rapportés.

Près du tiers des clients (32,0 %) rapportaient avoir déjà eu au moins un tatouage, perçage ou scarification (tableau 4). La proportion de clients en rapportant est significativement plus élevée dans les sites *extra-muros* (42,1 %) que dans les sites *intra-muros* (25,5 %). Seulement 17,6 % des clients ont rapporté avoir déjà inhalé des drogues. Pour plus de la moitié des personnes ayant déjà consommé des drogues inhalées (57,7 %), le dernier comportement était il y a moins de six mois. Les clients rencontrés en *extra-muros* ont rapporté avoir inhalé des drogues dans une proportion plus élevée (29,3 % vs 10,0 %). La proportion de clients qui ont rapporté s'être déjà injecté des drogues est faible (4,2 %). La dernière injection était il y a plus de 6 mois pour la majorité de ces personnes. Ces clients ont davantage consulté dans les sites *extra-muros*.

Parmi les comportements sexuels colligés, le travail du sexe est rapporté par seulement 4,1 % des personnes (tableau 4). Aucune différence significative n'est observée entre les clients vus en *intra-muros* et ceux vus en *extra-muros*. Il convient de noter que même si seulement 4,0 % des consultations se sont déroulées au site même du PIPQ (annexe 4, tableau 16), un organisme œuvrant spécifiquement auprès de cette clientèle, cette proportion apparaît faible si l'on considère que l'ensemble de la clientèle rejointe par le projet était celle des SIDEP.

Dans le cadre du projet pilote, 78,5 % des clients ont rapporté être des HARSAH, soit 86,0 % de tous les hommes qui ont consulté (tableau 4). Plus de la moitié des clients (53,7 %) ont rapporté avoir un partenaire sexuel régulier. Les clients des sites *extra-muros* ont rapporté ce type de partenaire dans une plus grande proportion que les clients des sites *intra-muros* (62,9 % vs 47,8 %; $p = 0,0107$). Environ les trois quarts des clients (76,6 %) ont rapporté avoir eu au moins un partenaire occasionnel (partenaire non régulier) dans les 6 derniers mois, et ce, dans des proportions comparables pour les clients vus en *extra-muros* (72,4 %) et en *intra-muros* (79,3 %).

Tableau 4 Distribution des clients selon le type de site et les facteurs de risque rapportés lors de leur dernière visite

Variable	Ensemble		Sites INTRA		Sites EXTRA		Valeur p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Tatouages, perçages, scarification (n = 294)							
Non	200	(68,0)	134	(74,5)	66	(57,9)	0,0028
Oui, dernier > 6 mois	85	(28,9)	44	(24,4)	41	(36,0)	
Oui, dernier < 6 mois	9	(3,1)	2	(1,1)	7	(6,1)	
Droque par inhalation (n = 295)							
Non	243	(82,4)	161	(90,0)	82	(70,7)	<0,0001
Oui, dernière > 6 mois	22	(7,5)	11	(6,1)	11	(9,5)	
Oui, dernière < 6 mois	30	(10,1)	7	(3,9)	23	(19,8)	
Droque par injection (n = 290)							
Non	278	(95,8)	175	(97,8)	103	(92,8)	0,0253
Oui, dernière > 6 mois	8	(2,8)	4	(2,2)	4	(3,6)	
Oui, dernière < 6 mois	4	(1,4)	0	(0,0)	4	(3,6)	
Travailleurs(euses) du sexe (n= 290)							
Non	278	(95,9)	168	(96,0)	110	(95,6)	1,0000
Oui	12	(4,1)	7	(4,0)	5	(4,4)	
HARSAH (n = 298)							
Non	64	(21,5)	25	(13,7)	39	(33,6)	<0,0001
Oui	234	(78,5)	157	(86,3)	77	(66,4)	
A un partenaire sexuel régulier (n = 298)							
Non	138	(46,3)	95	(52,2)	43	(37,1)	0,0107
Oui	160	(53,7)	87	(47,8)	73	(62,9)	
A eu un ou des partenaires occasionnels (non réguliers) < 6 mois (n = 243)							
Aucun	57	(23,5)	30	(20,7)	27	(27,6)	0,2649
Oui, un seul	39	(16,1)	27	(18,6)	12	(12,2)	
Oui, plus d'un	147	(60,5)	88	(60,7)	59	(60,2)	

Parmi les clients qui ont rapporté avoir un partenaire sexuel régulier (n = 160), environ quatre personnes sur dix (43,1 %) rapportaient n'avoir eu aucun autre partenaire sexuel dans les 6 derniers mois. Cependant, près de six personnes sur dix (56,9 %) avaient eu au moins un autre partenaire sexuel dans les 6 derniers mois (données non présentées en tableau).

Par ailleurs, 12,5 % des clients ont rapporté avoir eu un partenaire régulier ou occasionnel séropositif pour le VIH, 2,3 % un partenaire UDI et 3,1 % un(e) partenaire travailleur(euse) du sexe (données non présentées en tableau).

- En résumé, les clients qui ont participé au projet pilote étaient principalement des HARSAH. Plus de la moitié des clients avaient un partenaire sexuel régulier et environ les trois quarts rapportaient un ou des partenaire(s) occasionnel(s). Les personnes U et les travailleurs(euses) du sexe ont été rejointes de manière très marginale dans le cadre de ce projet pilote.

5.3 LE DÉPISTAGE DES ITSS

5.3.1 Dépistages antérieurs du VIH

Des données concernant l'historique de fréquentation des SIDEPS ainsi que les habitudes de dépistage du VIH ont été colligées (tableau 5). L'ensemble de ces données a été analysé en tenant compte de la première consultation de chaque client. Des données ne sont pas disponibles pour les 298 personnes qui ont pris part au projet pilote, mais celles qui le sont permettent néanmoins d'apprécier l'expérience antérieure de consultation des clients.

Tableau 5 Distribution des clients selon le type de site et l'expérience antérieure de dépistage du VIH au moment de leur première consultation

Variable	Ensemble		Sites INTRA		Sites EXTRA		Valeur p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Première rencontre au SIDEPS (n = 249)							
Non	87	(34,9)	38	(25,3)	49	(49,5)	<0,0001
Oui	162	(65,1)	112	(74,7)	50	(50,5)	
A déjà passé un test de dépistage du VIH (n = 296)							
Jamais	47	(15,8)	30	(16,7)	17	(14,7)	0,1225
Oui, > 2 ans	62	(21,0)	44	(24,4)	18	(15,5)	
Oui, < 2 ans	187	(63,2)	106	(58,9)	81	(69,8)	
Type du dernier test de dépistage du VIH (n = 246)							
Standard	233	(94,7)	138	(93,2)	95	(96,9)	0,2047
TDR	13	(5,3)	10	(6,8)	3	(3,1)	
Client a reçu le résultat de ce dernier test (n = 230)							
Non	18	(7,8)	17	(11,9)	1	(1,1)	0,0033
Oui	212	(92,2)	126	(88,1)	86	(98,9)	

Dans le cadre du projet pilote, les deux tiers des clients (65,1 %) en étaient à leur première rencontre avec une infirmière des SIDEPS. Cette proportion était plus grande pour les clients vus en *intra-muros* qu'en *extra-muros* (74,7 % vs 50,5 %; $p < 0,0001$) (tableau 5). Par ailleurs, plus de 80 % de l'ensemble des clients avaient déjà eu un dépistage du VIH. Plus de 90 % des personnes avec une histoire de dépistage du VIH avaient reçu le résultat de leur dernier test. Pour les trois quarts des personnes dépistées (75,1 %), le dernier test avait été effectué dans les deux dernières années. Notons par ailleurs qu'au moment de leur première consultation dans le cadre du projet pilote, 13 clients avaient déjà bénéficié de la TDR antérieurement (5,3 %).

5.3.2 Dépistages antérieurs du VIH et des autres ITSS dans le cadre du projet pilote

Dans le cadre du projet pilote, 339 tests de dépistage ont été réalisés à l'aide de la TDR ainsi que 16 tests standards au total (tableau 6). Parmi l'ensemble des dépistages réalisés à l'aide de la TDR, trois tests se sont avérés réactifs et ont été confirmés par le LSPQ (0,9 %). Aucun résultat non valide ou indéterminé n'a été observé. Tel que prévu,

tous les clients dépistés à l'aide de la TDR ont reçu les résultats de ce test au cours de la même visite. Rappelons que ce résultat était final lorsque non réactif, mais qu'un test de confirmation était nécessaire en cas de résultat réactif à la TDR. Les trois personnes avec un résultat réactif à la TDR se sont présentées au rendez-vous de suivi pour recevoir le résultat du test de confirmation et elles ont toutes été prises en charge par un médecin.

Dans douze consultations, les clients ont préféré ou ont reçu, selon le jugement de l'infirmière, un test standard uniquement: un de ces tests s'est révélé réactif et a été confirmé par le LSPQ. Ce client a reçu le résultat du test et a été pris en charge par un médecin pour le suivi. Par ailleurs, un client ayant bénéficié du test standard ne s'est pas présenté au rendez-vous de suivi prévu afin de recevoir le résultat de son test qui était négatif. De plus, tel que mentionné précédemment, quatre clients ont eu un test standard en plus d'un dépistage à l'aide de la TDR dont le résultat s'était révélé négatif. Pour l'ensemble du projet, aucun résultat discordant n'a été obtenu entre les TDR et les tests standards.

Tableau 6 Distribution des résultats des tests de dépistage du VIH réalisés dans le cadre du projet pilote

	TDR uniquement		Test standard uniquement		TDR ^a et test standard		Total	
	n=335	(%)	n=12	(%)	n=4	(%)	n=351	(%)
Résultat non réactif	332	(99,1)	11	(91,7)	4	(100,0)	347	(98,9)
A reçu le résultat du test	332	(100,0)	10	(90,9)	4	(100,0)	346	(99,7)
Résultat réactif	3	(0,9)	1	(8,3)	0	(0,0)	4	(1,1)
A reçu le résultat du test	3	(100,0)	1	(100,0)	0	(0,0)	4	(100,0)
Total (ont reçu leur résultat final)	335	(100,0)	11	(91,7)	4	(100,0)	350	(99,7)

a Résultat non réactif obtenu à la TDR

Parmi les 351 consultations, un dépistage du VIH exclusivement a été réalisé dans 28 consultations (8,0 %). Pour les consultations où un dépistage d'autres ITSS a été réalisé et pour lesquelles l'information colligée sur la transmission des résultats est disponible (n = 321)¹⁷, l'entente était à l'effet de revoir l'infirmière pour recevoir les résultats dans 76,3 % des consultations, alors qu'un suivi téléphonique était prévu dans 21,8 % des cas (annexe 4, tableau 18). La majorité (81,4 %) des 70 consultations pour lesquelles un suivi téléphonique a été convenu ont eu lieu en *extra-muros*. Pour trois consultations, les clients ont été référés à un médecin pour le suivi alors que pour trois autres consultations, les clients avaient pris entente avec l'infirmière à l'effet de ne pas être contactés si les résultats des tests étaient négatifs, ce qui fut le cas.

Pour les 315 consultations pour lesquelles il avait été convenu que l'infirmière communique au client les résultats des tests quels qu'ils soient, les résultats ont été transmis dans 92,4 % des consultations, soit à l'occasion d'un rendez-vous de suivi avec

17 L'information n'était pas disponible pour deux consultations.

l'infirmière (77,8 %) ou par communication téléphonique (22,2 %). La formule sur rendez-vous a permis de rejoindre les clients dans 91,0 % des consultations pour lesquelles telle était l'entente (figure 2). Par contre, pour les consultations pour lesquelles les clients n'ont pas été revus malgré cette entente et pour lesquelles l'information est disponible (n = 19)¹⁸, un client présentait un résultat positif pour une ITSS (5,3 %). Cette situation a fait l'objet d'une validation auprès de l'infirmière qui avait vu le client.

Cependant, dans les cas où l'infirmière et le client ont convenu d'une communication téléphonique pour la transmission des résultats, les résultats ont été transmis dans 97,1 % des consultations. Pour les consultations pour lesquelles les clients n'ont pu être joints par téléphone (2,9 %), aucun résultat de test de dépistage n'était positif.

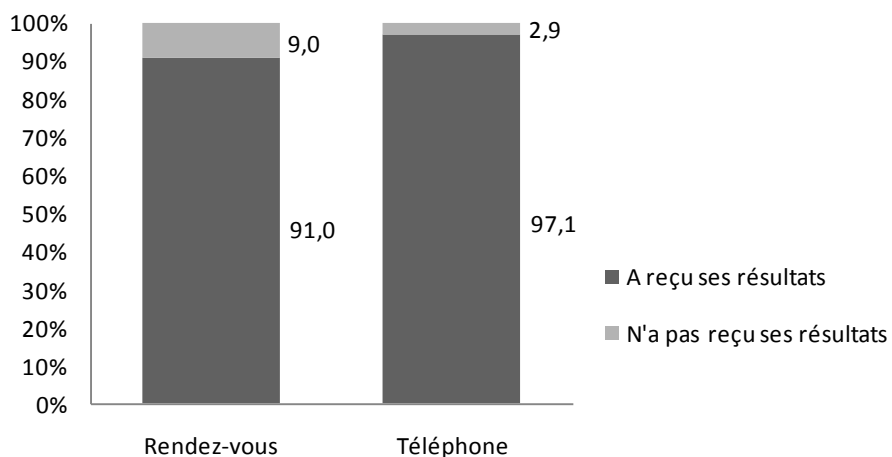


Figure 2 Distribution des consultations selon le mode de transmission des résultats des tests de dépistage des ITSS autres que le VIH

5.4 ACCEPTABILITÉ DE LA TDR POUR LA CLIENTÈLE

Deux outils fournissent des informations sur l'expérience des clients dans le cadre du projet pilote. Dans la *Grille sur le volet spécifique à l'évaluation/recherche*, les informations étaient recueillies par les infirmières, alors que le *Questionnaire de satisfaction du client* était autoadministré. Ces informations portent sur les raisons ayant motivé le choix de recourir à l'un des deux types de tests proposés, le degré de satisfaction liée à différents aspects de la consultation ainsi que sur l'intention future de réaliser un dépistage du VIH au moyen de la TDR. L'ensemble de ces données permet d'apprécier l'acceptabilité de l'offre de la TDR auprès de la clientèle.

¹⁸ Trois grilles de collecte ne mentionnaient pas le résultat des analyses d'ITSS effectuées.

5.4.1 Raisons du choix de la TDR telles que recueillies par les infirmières

Dans cette section, seules les données sur les clients ayant opté pour la TDR sont présentées. Les quatre clients ayant bénéficié à la fois de la TDR et du test standard lors d'une même consultation ont été inclus dans le groupe des clients ayant reçu la TDR.

Les infirmières ont demandé, par une question ouverte, qu'elles étaient les raisons ayant motivé le choix de recourir à la TDR. Le fait d'obtenir un résultat immédiatement a motivé ce choix dans 80,8 % des cas (tableau 7). Cette raison est plus fréquemment mentionnée par les clients des sites *extra-muros*. Les autres différences observées entre les sites *intra-muros* et *extra-muros* quant aux raisons ayant motivé le choix de la TDR concernent la possibilité de limiter l'intervention de dépistage à une seule visite (3,3 % vs 43,8 %; $p < 0,0001$) et l'expérience de stress diminué (32,7 % vs 50,8 %; $p = 0,0010$) plus fréquemment invoqués lors des consultations en *extra-muros*. Il convient cependant de préciser que dans le milieu communautaire où ont été utilisées la majorité des TDR en *extra-muros*, l'infirmière prenait régulièrement entente avec les clients pour leur transmettre les résultats des analyses d'ITSS autres que le VIH par téléphone alors que dans les sites *intra-muros*, les clients étaient revus sur une base systématique.

Parmi les autres raisons rapportées pour avoir choisi la TDR, notons le sentiment de pouvoir contribuer davantage au projet de recherche (20,3 %) et une expérience passée favorable avec ce test (8,9 %). Le fait d'éviter un prélèvement veineux standard et que le test ait été recommandé par l'infirmière ont été rapportés peu fréquemment, dans 2,7 % et 7,4 % des consultations où la TDR a été choisie, respectivement. Mentionnons toutefois que cette dernière raison a été notée pour l'ensemble des consultations au cours desquelles le test standard exclusivement a été choisi ($n = 12$) (données non présentées en tableau).

Tableau 7 Distribution des consultations des clients ayant choisi la TDR selon le type de site et les raisons ayant motivé leur choix telles que recueillies par les infirmières

Raisons pour avoir choisi la TDR	Ensemble n	(%)	Sites INTRA n	(%)	Sites EXTRA n	(%)	Valeur p
<i>Résultat obtenu immédiatement</i>	274	80,8	163	77,3	111	86,7	0,0318
<i>Moins de stress avec ce test</i>	134	39,5	69	32,7	65	50,8	0,0010
<i>Une seule visite à faire</i>	63	18,6	7	3,3	56	43,8	<0,0001
<i>Pas besoin de prise de sang</i>	9	2,7	1	0,5	8	6,3	0,0022
<i>Test recommandé par l'infirmière</i>	25	7,4	14	6,6	11	8,6	0,5035
<i>Autre raison</i>	79	23,3	64	30,3	15	11,7	<0,0001

5.4.2 Satisfaction des clients

Pour les 351 consultations réalisées dans le cadre de l'implantation, rappelons que 249 questionnaires de satisfaction ont été remplis. De ceux-ci, 241 ont été remplis par des clients ayant bénéficié de la TDR, sept par ceux ayant eu le test standard et un par un

client ayant eu les deux types de tests. Ce client a été inclus dans le groupe ayant reçu la TDR dans les analyses. Le questionnaire de satisfaction abordait également les raisons ayant motivé le choix du test de dépistage du VIH. De plus, le questionnaire permettait de documenter les raisons du choix de l'organisme où a été effectué le dépistage, la satisfaction accordée à certains aspects de l'intervention de dépistage ainsi que l'intention de se faire dépister à nouveau. Pour les clients ayant choisi la TDR, une question portait également sur le niveau de stress lié à la réception immédiate du résultat du test de dépistage du VIH.

Parmi les 242 consultations de clients qui se sont prévalus de la TDR (incluant le client ayant eu les deux types de tests), le fait d'obtenir un résultat immédiatement a été un incitatif important dans le choix du test, lequel a été mentionné dans 96,6 % des cas (tableau 8). La possibilité de réalisation de l'intervention de dépistage en une seule rencontre a également été mentionnée fréquemment, et ce, de façon plus marquée dans les sites *extra-muros* (94,2 % vs 81,8 %; $p = 0,0076$). Ceci pourrait refléter une certaine différence des pratiques infirmières en *extra-muros*. Par contre, pour les consultations ayant eu lieu en *intra-muros*, cette raison est évoquée fréquemment par les clients (81,8 %), alors qu'elle avait rarement été mentionnée par les infirmières (3,3 %) (tableau 7). Il est donc probable que les clients aient mal interprété cet énoncé. Les raisons liées à un stress diminué (83,2 % vs 69,9 %; $p = 0,0227$) et à l'absence de prise de sang (51,7 % vs 31,5 %; $p = 0,0022$) ont été plus fréquemment rapportées par les clients vus en *extra-muros* qu'en *intra-muros*. Rappelons que les infirmières ont mentionné dans seulement 39,5 % des consultations de clients ayant choisi la TDR qu'un stress moindre avait motivé ce choix (tableau 7). Il est cependant possible que les clients les plus stressés n'aient pas rempli le questionnaire de satisfaction. Par exemple, deux des trois clients ayant obtenu un résultat réactif à la TDR ne l'ont pas complété.

Tableau 8 Distribution des consultations de clients ayant choisi la TDR selon le type de site et les raisons ayant motivé le choix du test telles que mentionnées dans le questionnaire auto-administré

Q : Quelle est l'importance de chacune des raisons suivantes dans votre choix?	Clients qui ont répondu assez ou très important						Valeur p
	Ensemble n	(%)	Sites INTRA n	(%)	Sites EXTRA n	(%)	
<i>Résultat obtenu immédiatement</i>	229	96,6	144	96,6	85	96,6	1.0000
<i>Une seule visite à faire</i>	202	86,3	121	81,8	81	94,2	0,0076
<i>Moins de stress avec ce test</i>	176	74,9	102	69,9	74	83,2	0,0227
<i>Test recommandé par l'infirmière</i>	156	66,7	98	67,1	58	65,9	0,8486
<i>Pas besoin de prise de sang</i>	92	39,0	47	31,5	45	51,7	0,0022

En ce qui a trait au niveau de stress lié à la réception immédiate du résultat de l'analyse effectuée à l'aide de la TDR, les clients se sont dits assez ou très stressés dans 50,2 % des consultations, soit 45,6 % et 58,0 % pour les consultations en *intra-muros* et en *extra-muros* respectivement (données non présentées en tableau).

Les clients ont également exprimé les raisons ayant motivé le choix de se présenter dans un organisme précis pour le dépistage (tableau 9). Les raisons suivantes ont été plus fréquemment mentionnées lors des consultations en *extra-muros* qu'en *intra-muros* : la possibilité d'avoir des services sans carte d'assurance-maladie (51,1 % vs 22,5 %; $p < 0,0001$) ainsi que le fait que la rencontre ait lieu dans un organisme communautaire (71,4 % vs 49,7 %; $p = 0,0009$). Il est probable que ce dernier énoncé ait été mal interprété par les clients des sites *intra-muros*. Par ailleurs, la possibilité d'avoir une rencontre rapidement et d'avoir accès à une TDR ont été rapportées fréquemment lors des consultations (95,5 % et 96,3 % respectivement).

Tableau 9 Distribution des consultations de l'ensemble des clients^a selon le type de site et les raisons ayant motivé le choix de se présenter dans un organisme précis telles que mentionnées dans le questionnaire auto-administré

Q : Quelle est l'importance de chacune des raisons suivantes dans le fait d'être venu(e) ici faire un test de dépistage du VIH?	Clients qui ont répondu assez ou très important						
	Ensemble		Sites INTRA		Sites EXTRA		Valeur p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
<i>Possibilité d'avoir des services sans carte d'assurance-maladie</i>	79	33,3	33	22,5	46	51,1	<0,0001
<i>Possibilité d'avoir le test de façon anonyme</i>	177	72,2	105	68,6	72	78,3	0,1030
<i>Possibilité d'avoir une rencontre rapidement</i>	235	95,5	145	94,1	90	97,8	0,2178
<i>Possibilité d'avoir une rencontre dans un organisme communautaire</i>	140	57,9	75	49,7	65	71,4	0,0009
<i>Possibilité d'avoir un test à résultat rapide</i>	237	96,3	147	94,8	90	98,9	0,1600

a Clients ayant choisi la TDR ou le test standard

Le degré de satisfaction vis-à-vis différents aspects de l'intervention de dépistage du VIH ainsi que sur la rencontre plus globalement a également été recueilli (tableau 10). Dans la majorité des consultations (96,3 %), la clientèle ayant bénéficié de la TDR s'est dite très satisfaite de la rencontre en général et, dans la totalité des consultations (100,0 %), la clientèle s'est dite assez ou très satisfaite. Dans plus de 90 % des cas, les clients se sont dits très satisfaits des informations reçues sur les deux tests ainsi que concernant la possibilité de poser toutes leurs questions. La totalité des clients s'est dite assez ou très satisfaite de ces éléments. Enfin, dans 88,0 % des consultations, les clients se sont dits très satisfaits des informations reçues sur le VIH et sa prévention. Dans la quasi-totalité des cas (99,6 %), les clients se sont dits assez ou très satisfaits. Globalement, les clients se sont dits très satisfaits de l'intervention de dépistage du VIH au moyen de la TDR. Les clients ayant bénéficié du test standard ont également rapporté un niveau élevé de satisfaction.

Tableau 10 Distribution des consultations des clients selon le type de test choisi et la satisfaction vis-à-vis différents éléments de la rencontre tels que mentionnés dans le questionnaire auto-administré

Q : Indiquez dans quelle mesure vous êtes satisfait(e) des éléments suivants	% de clients qui ont répondu assez ou très satisfait					
	Ensemble		TDR		Test standard	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<i>Durée de la rencontre</i>	250	99,6	242	96,6	8	100,0
<i>Possibilité de poser toutes les questions que vous souhaitez</i>	250	100,0	242	100,0	8	100,0
<i>Informations claires sur les différences entre le test standard du VIH et le test à résultat rapide</i>	250	100,0	242	100,0	8	100,0
<i>Informations claires sur le VIH et sa prévention</i>	249	99,6	241	99,6	8	100,0
<i>Rencontre en général</i>	249	100,0	241	100,0	8	100,0

Dans 78,7 % des consultations, les clients, qu'ils aient opté pour la TDR ou le test standard, ont mentionné qu'ils auraient probablement consulté pour un dépistage du VIH même si la TDR n'avait pas été offerte. Dans près de 40 % des cas, les clients vus en *extra-muros* ont jugé qu'ils ne se seraient probablement pas présentés en l'absence d'offre de TDR; cette proportion étant significativement plus grande qu'en *intra-muros* (10,8 %) (données non présentées en tableau).

En dernier lieu, le questionnaire de satisfaction permettait de documenter l'intention future vis-à-vis le dépistage du VIH (tableaux 11 et 12). Dans la majorité des consultations de clients ayant choisi la TDR, ceux-ci ont l'intention de demander le même type de test lors du prochain dépistage (97,9 %) ainsi que l'intention de faire à nouveau un test de dépistage du VIH dans les six prochains mois (63,8 %). Cette intention future était relativement similaire chez les clients ayant opté pour le test standard.

Notons enfin que, dans plus de 60 % des consultations, les clients ayant choisi la TDR ont répondu que l'offre de celle-ci influençait positivement leur intention d'être testé dans les 6 prochains mois. Cette intention était plus marquée en *extra-muros* (73,8 %) qu'en *intra-muros* (53,0 %) (données non présentées en tableau).

Tableau 11 Distribution des consultations selon le type de test choisi et l'intention de se faire dépister à nouveau telle que mentionnée dans le questionnaire auto-administré

	% de clients qui ont répondu assez ou très probable					
	Ensemble		TDR		Test standard	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<i>La prochaine fois que vous aurez un dépistage du VIH, allez-vous demander le même test qu'aujourd'hui?</i>	244	97,6	237	97,9	7	87,5
<i>Avez-vous l'intention de refaire un test de dépistage du VIH au cours des 6 prochains mois?</i>	159	64,1	153	63,8	6	75,0

Tableau 12 Distribution des consultations selon le type de test choisi et l'impact de l'offre de la TDR sur l'intention de se faire dépister à nouveau tel que mentionné dans le questionnaire auto-administré

Q : Est-ce que le fait qu'un test de dépistage à résultat rapide soit offert influence votre intention d'être testé(e) au cours des 6 prochains mois	Ensemble		TDR		Test standard	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<i>Oui, a davantage l'intention d'être testé(e)</i>	146	60,8	144	61,5	2	33,3
<i>Oui, a moins l'intention d'être testé(e)</i>	5	2,1	5	2,1	0	0,0
<i>Non / Ne sait pas</i>	89	37,1	85	36,3	4	66,7

- En résumé, les clients ayant bénéficié de la TDR ont une perception très favorable de ce test et des autres aspects de la consultation évalués. L'obtention d'un résultat immédiat semble être un incitatif important au choix de la TDR pour la clientèle aussi bien en *intra-muros* qu'en *extra-muros*. Certaines raisons ayant motivé le choix de la TDR sont plus fréquemment mentionnées en *extra-muros*, ce qui semble indiquer que l'offre de la TDR dans ces milieux permet de répondre aux besoins différents de cette clientèle.

6 EXPÉRIENCE DES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS L'IMPLANTATION DE LA TDR

Dans cette section seront présentés les points de vue des personnes impliquées dans l'implantation de la TDR. L'information colligée notamment lors des groupes de discussion et des entrevues individuelles est ici présentée selon trois thèmes : les implications pour la clientèle, celles pour la pratique infirmière et celles pour les gestionnaires.

6.1 IMPLICATIONS POUR LA CLIENTÈLE TELLES QUE PERÇUES PAR LES INFIRMIÈRES ET LES INFORMATEURS CLÉS

Lors des groupes de discussion et des entrevues individuelles, les infirmières et les informateurs clés ont souvent anticipé l'intervention de dépistage au moyen de la TDR sous l'angle des besoins et des contraintes pour les clientèles vulnérables. Il semble qu'en général, les professionnels de la santé qui interviennent auprès de ces personnes aient développé une bonne connaissance de leurs besoins et des conditions susceptibles de favoriser une offre de service adaptée à leur situation.

Un avantage important de la TDR consiste en l'obtention d'un résultat rapidement. Par exemple, les intervenants estiment que, dans le cas des personnes UDI, le recours à la TDR permet d'éviter les délais qui peuvent être une source d'anxiété et contribuer à l'augmentation de la consommation ou des comportements destructeurs. Notons par ailleurs que certains clients souhaitent bénéficier d'une période d'attente comme dans le cas du test standard, afin de réfléchir à l'impact d'un résultat positif. De plus, dans le cas des personnes UDI, le dépistage du VIH ne semble pas être la principale raison de consultation. Dans la pratique, il est plus fréquent que ce soit l'infirmière qui propose un dépistage du VIH à un client venu consulter pour une autre raison. Avant de prendre la décision d'offrir la TDR à une personne UDI, l'infirmière anticipera l'éventualité d'un résultat réactif incluant les suites à donner à cette première consultation. Lorsqu'il existe un corridor de services bien établi qui permet d'assurer une prise en charge médicale et psychosociale rapide, l'infirmière aura beaucoup moins d'hésitation à offrir la TDR. Le peu d'accès aux services de santé pour les personnes UDI^[13] a pour effet de limiter le recours à la TDR. Le dépistage du VIH à l'aide du test standard laisse à l'infirmière le temps nécessaire pour établir des contacts pour la prise en charge d'un client séropositif.

L'introduction de la TDR dans les contextes où les clients consultent sur un mode de sans rendez-vous peut poser des problèmes en raison de la longueur de la consultation. L'une des principales répercussions relevées par les infirmières est liée au temps accru requis pour l'utilisation de la TDR par comparaison avec le test standard. Par expérience, les infirmières qui pratiquent dans les sites *extra-muros* savent qu'une consultation sans rendez-vous doit être réalisée dans un délai raisonnable afin d'éviter l'accumulation d'un trop grand nombre de personnes dans des locaux non aménagés pour servir de salle d'attente.

Les infirmières et les informateurs clés sont d'avis que l'offre de la TDR dans les sites *extra-muros* permet de rejoindre les clientèles les plus vulnérables à l'infection par le VIH, mais que les interventions doivent généralement être adaptées au contexte particulier de

consultation. Par exemple, le counseling doit souvent être plus court et nécessite parfois d'être adapté par rapport aux indications du *Guide québécois de dépistage des ITSS* [1]. Le contexte particulier entourant l'évaluation de l'implantation de la TDR à l'aide de différents outils de collecte de données constituait une situation type avec un temps de consultation allongé. Des infirmières ont signalé qu'il était plus difficile de conserver l'attention du client pour compléter les grilles d'évaluation. Les règles de bonne pratique impliquent aussi de s'assurer que la personne est en mesure de donner un consentement éclairé et qu'elle n'est pas sous l'influence de drogues. Finalement, l'aménagement du lieu de consultation doit permettre d'assurer la confidentialité pour réaliser un counseling préventif adéquat tel que prévu dans l'offre de la TDR.

L'anticipation d'une crise ou d'un risque de fragilisation d'une personne qui présente déjà une vulnérabilité et qui pourrait réagir sous le coup de l'impulsivité à l'annonce d'un résultat réactif est un élément mentionné fréquemment par les infirmières et les informateurs clés. Dans certains milieux (notamment auprès des personnes UDI), certains mécanismes dans l'offre actuelle de dépistage du VIH sont déjà établis pour faire face à cette éventualité. La période d'attente permet aux clients de se préparer psychologiquement à l'annonce du résultat. Dans certains cas, les organismes qui accueillent des sites *extra-muros* mobilisent un intervenant psychosocial pour assurer le volet éducatif et de gestion de crise potentielle en collaboration avec l'infirmière.

6.2 IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE INFIRMIÈRE

Les infirmières reconnaissent que l'intégration de la TDR implique de modifier leur pratique de dépistage habituelle, et ce, au regard de plusieurs composantes.

Formation et mise à jour des compétences : Les infirmières reconnaissent qu'en plus de la capacité de l'organisation d'adapter ses protocoles de dépistage, la formation des infirmières appelées à utiliser la TDR est essentielle. Les infirmières des SIDEP ont d'ailleurs reçu une formation adaptée avant d'utiliser la TDR. Un informateur clé souligne d'ailleurs que l'infirmière qui fait du dépistage dans les sites *extra-muros* doit être bien formée afin d'être en mesure d'évaluer correctement la capacité du client à se soumettre à une TDR, ce qui sous-entend une bonne connaissance de la clientèle, entre autres dans les organismes communautaires.

Technique et manipulation des trousse : Selon l'expérience des infirmières, la technique de réalisation du test ne poserait pas de problème. Les rapports d'incidents font état de seulement trois trousse jetées à la suite des erreurs de manipulations. L'expérience a démontré que les habiletés se développent à mesure que les infirmières utilisent la TDR et se familiarisent avec la procédure.

Programme d'assurance de la qualité : Les éléments en lien avec l'application du PAQ n'ont pas été beaucoup abordés lors des groupes de discussion. Ils proviennent des informations recueillies dans le journal de bord de l'infirmière-pivot et les outils d'assurance-qualité. Notons que, lorsque les infirmières se déplaçaient avec des TDR dans des organismes communautaires, elles devaient prendre certaines précautions afin d'assurer que les trousse soient maintenues entre 15 et 30 degrés. Neuf trousse ont

ainsi dû être jetées à cause du non-respect de la température. Par ailleurs, la majorité des tâches prévues dans le cadre du PAQ étaient réalisées par l'infirmière-pivot et ont eu relativement peu d'impact sur la pratique des autres infirmières.

Stress et gestion de crise: Comme en témoignent les données recueillies lors des groupes de discussion, l'intervention de dépistage du VIH au moyen de la TDR est une source de stress pour la clientèle, mais les infirmières estiment qu'une grande partie de ce stress est dirigé vers elles puisqu'elles n'ont pas le temps de se préparer si le test s'avère réactif. L'obtention d'un résultat réactif exige que l'infirmière soit en mesure de gérer immédiatement les réactions. Dans le cadre du projet pilote, une infirmière ayant obtenu deux résultats réactifs au moyen de la TDR a constaté qu'elle ne pouvait préparer la trajectoire de services comme elle le fait habituellement avec un résultat positif à un test standard. Dans l'autre cas où un résultat réactif a été obtenu au moyen de la TDR, la réalisation du test s'est faite à la demande d'un médecin et ce contexte a facilité la prise en charge.

Les infirmières impliquées dans le projet pilote suggèrent qu'en période d'implantation la TDR soit offerte par une infirmière expérimentée dans le dépistage des ITSS. Elles proposent aussi de considérer la présence de deux infirmières lorsque le soutien du personnel psychosocial n'est pas disponible rapidement. Lorsqu'un résultat s'avère réactif, l'infirmière peut difficilement prendre en charge le client en plus d'assurer le suivi des rendez-vous déjà planifiés.

Relation avec le client : En raison de l'obtention rapide du résultat et de l'expérience de stress vécue par le client, les infirmières sont d'avis qu'un lien doit être rapidement créé afin de rassurer le client. Pour certaines infirmières, l'utilisation de la TDR facilite la création d'un lien auprès des clients les plus anxieux. La création de ce lien dépend de plusieurs facteurs qui relèvent du client, de l'intervenant et du contexte. Il arrive que certaines situations cliniques limitent la création d'une relation, telles les demandes venant du service de triage ou du médecin, ou encore en présence de barrières linguistiques.

Par ailleurs, le modèle d'offre de la TDR en dyade avec un intervenant psychosocial pourrait faciliter certains aspects relationnels de l'intervention selon les propos recueillis : complémentarité de l'intervenant psychosocial de sexe masculin et de l'infirmière auprès de la clientèle HARSAH, création d'un lien de confiance plus rapidement avec le client et obtention d'informations plus détaillées sur les facteurs de risque, entre autres.

Jugement clinique et offre de la TDR: L'expérience confirme que l'utilisation de la TDR n'est pas nécessairement souhaitable pour tous les clients qui se présentent pour un dépistage du VIH. Il se peut que la TDR soit proposée lors de la prise du rendez-vous, mais qu'une fois en présence du client l'infirmière évalue que la TDR ne soit pas appropriée en raison du niveau élevé d'anxiété. L'utilisation de la TDR implique que l'infirmière évalue la capacité du client à recevoir un résultat dans l'immédiat, selon les propos du client, mais aussi selon son propre jugement. Selon les infirmières, il demeure toujours une certaine incertitude quant à la réaction des clients, notamment parce que

tous ne divulguent pas l'ensemble des risques qu'ils ont pris au moment du counseling prétest.

Une préoccupation a été soulevée dans le cas où un client se présenterait et exigerait la TDR. L'existence d'un tel contexte est perçue par certaines infirmières comme étant une situation où la demande d'un client pourrait entrer en conflit avec le jugement professionnel et amener une négociation. Par exemple, dans le cadre d'une clinique spécifique d'offre concomitante des deux tests, il est arrivé qu'un client extrêmement anxieux se présente et que l'infirmière ne lui propose pas la TDR en raison d'une forte suspicion de contraction de l'infection. En début d'implantation, quelques infirmières anticipaient de devoir refuser la TDR à certaines personnes ne répondant pas aux critères du projet. Cependant aucune situation problématique de ce genre n'a par la suite été rapportée.

Avec la TDR, l'offre de dépistage du VIH devient également disponible dans certains contextes particuliers ou situations d'urgence, par exemple auprès de personnes peu susceptibles de revenir chercher leur résultat, ou encore, auprès de personnes ayant eu un contact avec une personne séropositive. Les informateurs clés sont d'avis qu'un tel service est nécessaire et utile auprès des clientèles qu'ils rencontrent, mais qu'il nécessite davantage l'exercice d'un jugement clinique de la part de l'infirmière.

Gestion du temps avec la TDR : Le temps requis pour réaliser les manipulations techniques reliées à la TDR varie de quelques minutes à une dizaine de minutes. Les infirmières les plus expérimentées avec la TDR estiment que le temps requis pour faire passer ce test est relativement comparable avec celui du test standard. Dans le cas d'un test non réactif, les infirmières s'entendent sur le fait qu'un rendez-vous de 60 minutes permet de compléter le counseling et de documenter les soins. Peu de résultats se sont avérés réactifs lors du projet pilote, mais les infirmières jugent qu'il convient de prévoir plus de 60 minutes dans ces cas, ce qui peut occasionner un problème si d'autres clients attendent pour un dépistage.

Dans la situation où l'offre de TDR a été planifiée en dyade avec un intervenant psychosocial, une période fixe de 75 minutes était prévue pour les rendez-vous. L'intervenant disposait de 20 à 30 minutes pour débiter le counseling, alors que l'infirmière pouvait prendre jusqu'à 55 minutes pour compléter l'intervention de dépistage.

Afin d'atténuer d'éventuels problèmes de gestion du temps, il a été suggéré de prévoir une plus longue période pour les rendez-vous, ou encore, de prévoir des plages spécifiques pour la réalisation de la TDR. Par ailleurs, le recours à un intervenant psychosocial lorsqu'il permet de soutenir l'annonce d'un résultat réactif par l'infirmière pourrait être une piste de solution. Par contre, les infirmières qui visitent les milieux communautaires et qui offrent principalement leurs services de dépistage sur un mode de consultation sans rendez-vous perçoivent plus de limites à l'utilisation de la TDR.

Adaptation du counseling : Le counseling nécessite d'être adapté afin de présenter les avantages et les limites des tests offerts et de s'assurer que le client soit en mesure de faire un choix éclairé entre les deux types de test. Toutefois, certaines situations cliniques

peuvent rendre difficile la réalisation d'un counseling prétest détaillé (demande expresse d'un médecin, barrières langagières, etc.). Finalement, le fait d'offrir le counseling post-test au moment de la même intervention nécessite également une adaptation rapide de l'information à transmettre en fonction du résultat obtenu.

Soutien à la pratique clinique : En cours d'implantation, l'équipe des SIDEP a ressenti la nécessité d'organiser un lieu d'échange et de soutien où les infirmières pourraient exprimer la façon dont elles vivent l'introduction de la TDR et discuter des moyens pour se préparer à l'annonce d'un résultat réactif. Certaines rencontres d'équipe des SIDEP ont permis ce lieu d'échange.

L'infirmière qui a expérimenté l'offre de la TDR en dyade avec un intervenant psychosocial estime qu'elle ne se sentirait pas à l'aise d'offrir la TDR si elle devait faire cette démarche seule. Dans le cadre du projet pilote, cette infirmière n'a pas expérimenté de résultat réactif. L'annonce d'un résultat réactif et la gestion d'une crise conjointe n'ont donc pas été vérifiées. Par ailleurs, l'annonce d'un résultat réactif doit être gérée, et la présence d'une intervention psychosociale s'avère nécessaire. Le modèle d'intervention en dyade offre l'avantage d'un partage de tâches entre l'infirmière et l'intervenant psychosocial pour le counseling prétest et post-test. Par contre, cette formule peut s'avérer contraignante dans les situations où le volume de consultation est faible. Dans toutes les conditions, les infirmières suggèrent qu'il y ait toujours un intervenant psychosocial identifié et disponible sur appel pour des besoins ponctuels.

Un autre élément important de soutien à la pratique rapporté par les infirmières consiste au recours à une infirmière-pivot expérimentée, porteuse du mandat d'accompagner l'équipe, qui soutient notamment les infirmières qui utilisent les TDR peu fréquemment. L'expérience acquise par cette infirmière est perçue comme un élément facilitant l'utilisation de la TDR.

Suivi des autres ITSS : Dans le cadre du projet pilote, le dépistage du VIH s'insérait dans une offre globale de dépistage des ITSS. Par contre, les demandes de test de la part des clients étaient davantage orientées vers le VIH. Les infirmières ont observé que l'annonce d'un résultat, même s'il est non réactif, s'accompagne d'une grande anxiété de la part des clients et que peu d'entre eux manifestent une préoccupation pour les autres ITSS à ce moment. De plus, les personnes visées par le projet pilote comptent parmi celles qui ne se présentent pas toujours à un rendez-vous de suivi pour recevoir le résultat des analyses pour les ITSS. En considérant le coût plus élevé de la TDR et la difficulté à revoir certains clients, certaines infirmières croient qu'il est préférable de concentrer l'ensemble de leurs interventions ITSS dans le cadre d'une seule rencontre.

6.3 IMPLICATION POUR LES GESTIONNAIRES ET LES PARTENAIRES

L'introduction d'une nouvelle trousse de dépistage à l'intérieur d'un établissement nécessite un certain nombre de démarches (annexe 1). Cependant, l'implantation dans les sites *extra-muros* s'avère plus complexe. Des discussions ont donc eu lieu entre la coordonnatrice de l'équipe des SIDEP et les milieux impliqués afin de préciser les conditions d'implantation.

De façon générale, l'implantation d'un nouvel outil de dépistage, si elle peut modifier la pratique des cliniciens, n'a parfois qu'un impact marginal sur le milieu dans lequel elle s'effectue. Or, avec l'implantation de la TDR, ce n'est pas le cas puisque l'utilisation de ce test a un impact direct non seulement sur la pratique infirmière, mais sur le client qui reçoit son résultat lors de la même consultation. L'infirmière doit donc pouvoir compter sur des intervenants pour offrir un soutien psychosocial lors de l'annonce d'un résultat réactif à la TDR et lors de situation de crise.

L'expérience du CSSS de la Vieille-Capitale permet ici de démontrer toute la complexité de la mise en œuvre de l'utilisation de la TDR et sert d'étude de cas en vue de comprendre les difficultés d'implantation et les mécanismes mis en œuvre pour y pallier. Les leçons tirées de cette expérience seront de la plus grande utilité pour le déploiement éventuel de la TDR.

6.3.1 Des partenaires impliqués dès la conception du projet

Rappelons qu'au cours des dernières décennies, le rôle des CSSS et des organismes communautaires en prévention des ITSS a évolué de manière importante. Le déploiement des SIDEP a amené une nouvelle forme de partenariat entre les établissements du réseau de la santé et les organismes communautaires. *A priori*, les organismes communautaires ne se sont pas implantés dans le sillon des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Ces organismes ont des mandats, une philosophie ainsi qu'une approche client qui leur sont propres. D'une part, cette nouvelle relation entre les CSSS et les organismes communautaires permet aux CSSS de s'acquitter de la responsabilité populationnelle qui leur incombe tout en maintenant un continuum de services pour les populations les plus vulnérables. D'autre part, les organismes communautaires qui accueillent les services des CSSS dans leurs locaux en tirent un bénéfice pour leurs clients. Par contre, comme dans toutes nouvelles relations, des ajustements s'avèrent nécessaires pour maintenir l'équilibre de ce partenariat.

Dans le cadre du projet d'implantation de la TDR, des démarches ont été faites pour rejoindre les partenaires communautaires identifiés pour le projet pilote. Cependant, celles-ci n'ont pas été faites de manière uniforme, ce qui a constitué un irritant pour certains partenaires. On note ainsi une certaine variabilité dans les démarches entreprises auprès des partenaires et conséquemment dans la façon dont ils ont perçu le projet.

Comme le souligne un informateur clé, le manque de communication a nui à l'implantation du projet dans l'un des organismes ciblés comme partenaire. Une participation plus active dès le début aurait permis de mieux comprendre le projet et d'adapter l'offre de service à la clientèle. L'expérience a été vécue différemment dans un autre organisme qui a pu s'impliquer dans les décisions entourant les modalités de prestation de l'offre de la TDR. Dans ce milieu, le développement d'une offre personnalisée de services a permis de proposer un accompagnement des personnes nouvellement diagnostiquées séropositives pour le VIH. Ce modèle d'intervention a entre autres permis à l'infirmière de bénéficier de l'expertise des intervenants communautaires et a favorisé la collaboration entre ces intervenants.

Il convient de noter que les organismes communautaires revendiquent de plus en plus une participation plus active dans la conception des projets qui touchent leurs clients. Lorsqu'ils sont présents à toutes les étapes (de la préparation du devis à l'élaboration des outils de collecte des données), ils sont mieux outillés pour apprécier l'impact d'un projet sur le personnel et sur les clients. Dans le cas de l'implantation de la TDR, il est apparu que les effets anticipés chez les clientèles sur le travail des différents intervenants étaient suffisamment importants pour justifier une mobilisation précoce des partenaires.

La participation aux étapes de définition de l'offre de service est un point important à considérer pour l'intéressement des partenaires communautaires. Ces derniers souhaitent avoir leur mot à dire sur les aspects qui touchent plus directement à leur champ d'expertise, soit l'intervention communautaire qui peut accompagner la prise en charge clinique. Les responsables d'organismes communautaires soulèvent un manque d'implication à la prise de décision sur l'offre de service qui se déroule dans leurs locaux et la perçoivent comme une non-reconnaissance de leurs services et expertise, d'où le sentiment souvent exprimé lors des entrevues d'être considérés comme des prêteurs de locaux pour le réseau de la santé. Dans le cas présent, même s'il s'agissait d'un outil de travail du personnel infirmier, son impact sur la clientèle justifiait la présence de personnel qualifié et formé pour intervenir en situation de crise.

6.3.2 Des ententes écrites pour une meilleure gestion des ressources

Les enseignements indiquent qu'un partenariat réaliste devrait être fondé sur un modèle opérationnel négocié qui donne prise aux acteurs impliqués sur les modalités d'intervention. Dans la région, le déploiement des SIDEPS semble reposer davantage sur des ententes entre personnes souvent négociées à la pièce et rarement formalisées par écrit. Cette situation comporte des avantages (autonomie de la pratique, flexibilité...) comme des inconvénients (difficultés potentielles en termes de gestion des ressources, de planification des services,...). Plusieurs informateurs clés ont manifesté le désir de mieux formaliser les ententes dans le futur.

Retenons de cette expérience qu'il est souhaitable de travailler en amont avec les partenaires visés par l'intervention afin de s'assurer que tous ont la même compréhension des objectifs et enjeux du projet. Il convient aussi de se questionner sur la pertinence de formaliser les collaborations dans des ententes souples qui définissent entre autres les ressources, les moyens, les modalités de prise de décision, les modes d'évaluation et de résolution de problèmes afin d'accroître les chances de succès du projet.

7 DISCUSSION

Cette discussion permettra de synthétiser les résultats quantitatifs et d'aborder l'introduction de la TDR dans les SIDEP du CSSS de la Vieille-Capitale sous l'angle de la diffusion d'une innovation. Les impacts non prévus du projet et limites de l'évaluation seront ensuite présentés.

7.1 RETOUR SUR LES PRINCIPAUX RÉSULTATS

Les principaux résultats quantitatifs portent sur les caractéristiques de la clientèle rejointe, la proportion de tests confirmés positifs, la satisfaction de la clientèle et l'adhésion des infirmières et des milieux vis-à-vis la TDR.

La clientèle rejointe dans le cadre du projet était majoritairement composée d'HARSAH. De plus, près des deux tiers des clients ont été rencontrés dans les points de service du CSSS. Enfin, une majorité de clients rapportait avoir déjà été dépistée pour le VIH, la presque totalité ayant reçu le résultat de leur dernier test de dépistage du VIH. Ainsi, nous retenons que la majorité de la clientèle rejointe dans le cadre du projet était déjà en lien avec le réseau institutionnel et faisait l'objet d'un suivi relativement régulier. Ainsi, bien que les personnes rejointes présentaient des facteurs de risque reconnus pour les ITSS, les groupes de personnes les plus vulnérables et désaffiliées (notamment des travailleurs(euses) du sexe et des personnes UDI) ont été rejoints de façon très marginale par le projet. Le projet démontre cependant une tendance à ce que les personnes vues dans les milieux *extra-muros* présentent un profil de vulnérabilité plus grande.

Des 339 consultations où la TDR a été utilisée pour le dépistage du VIH, un résultat réactif a été confirmé à trois reprises (0,9 %). Rappelons que dans 12 consultations, un dépistage a été fait à l'aide du test standard uniquement et qu'un seul résultat positif a été confirmé. Globalement, si l'on considère l'ensemble des consultations réalisées dans le cadre du projet, un résultat positif a été confirmé dans 1,1 % d'entre elles. Notons qu'au Québec, pour les années 2010 et 2011, la proportion de tous les tests de dépistage du VIH confirmés positifs est de 0,5 % et 0,6 %, respectivement ^[4]. Ces tests, effectués auprès de l'ensemble de la population québécoise, sont réalisés parmi des groupes ayant des profils de risque très hétérogènes (des femmes enceintes aux groupes les plus vulnérables). En conséquence, considérant que ce projet visait à rejoindre les groupes les plus vulnérables aux ITSS, le taux de résultats positifs obtenu est peu élevé. Cet élément concorde avec le constat précédent à l'effet que certains groupes particulièrement vulnérables aux ITSS ont été rejoints de façon marginale dans le cadre du projet.

Par ailleurs, dans plus de 95 % des consultations, les clients qui se sont fait offrir les deux tests disponibles pour le dépistage du VIH ont opté pour la TDR. Au terme du counseling adapté, ils percevaient donc globalement plus d'avantages que d'inconvénients à la TDR. Ainsi, avec ce type de projet, on peut s'attendre à ce que la majorité des personnes qui se feront offrir la TDR vont la choisir. Ces résultats concordent avec ceux obtenus dans d'autres projets similaires ^[14-16]. Les principales raisons invoquées pour avoir choisi la TDR étaient d'obtenir un résultat immédiatement, d'avoir une seule visite à faire pour l'intervention de dépistage, de ressentir moins de stress avec ce test et de suivre la

recommandation de l'infirmière. Par ailleurs, les clients qui ont opté pour la TDR se sont dits globalement très satisfaits de différents éléments de la rencontre pris individuellement et de la rencontre en général. Dans près des deux tiers des consultations, les clients ayant choisi la TDR ont répondu que l'offre de celle-ci influençait positivement leur intention d'être testé dans les six prochains mois. De plus, la quasi-totalité des clients dépistés à l'aide de la TDR ont l'intention de la redemander lors du prochain dépistage. Par contre, le niveau de satisfaction est également élevé parmi les clients ayant opté pour le test standard et la majorité de ceux-ci a l'intention de redemander ce test lors du prochain dépistage.

La grande majorité des tests ont été réalisés par deux infirmières œuvrant dans deux milieux principaux (point de service Haute-Ville du CSSS et MIELS-Québec). À partir de ces résultats, on peut déjà déduire que la TDR a fait l'objet d'une adhésion limitée, autant du côté des infirmières que de celui des milieux visés. Une certaine dichotomie est ainsi observée entre les infirmières et les milieux qui se sont familiarisés avec la TDR et les autres. Cette dichotomie se reflète également dans les propos recueillis auprès des différents acteurs.

7.2 LA THÉORIE DE LA DIFFUSION DE L'INNOVATION

Le volet qualitatif de l'évaluation d'implantation a été abordé sous l'angle de la diffusion d'une innovation. À cet égard, la théorie de la diffusion de l'innovation d'Everett Rogers ^[17] offre un cadre conceptuel intéressant concernant l'acceptabilité en expliquant l'évolution du stade de l'invention à celui de l'utilisation élargie d'une innovation technologique. De ce cadre, cinq éléments¹⁹ détermineraient l'adoption ou la diffusion d'une nouvelle technologie:

- l'**avantage relatif** réfère au degré auquel une innovation est perçue comme étant meilleure que celles qui existent déjà ;
- la **compatibilité** consiste en la mesure du degré auquel une innovation est perçue comme étant cohérente avec les valeurs existantes, les expériences passées, les pratiques sociales et les normes des personnes appelées à l'utiliser ;
- la **complexité** est le degré auquel une innovation est perçue comme étant difficile à comprendre et à utiliser ;
- la **testabilité** consiste en la possibilité de tester une innovation et de la modifier avant de s'engager à l'utiliser ;
- l'**observabilité** est une mesure du degré auquel les résultats et bénéfices d'une innovation sont clairs.

Pris séparément, ces éléments ne sont pas suffisants pour prédire l'adoption d'une innovation, c'est plutôt une combinaison de ceux-ci qui permet de déterminer les chances d'adoption. Voyons comment, dans le cas de l'implantation de la TDR dans les SIDEP du CSSS de la Vieille-Capitale, la théorie de la diffusion de l'innovation peut aider à

¹⁹Ces éléments expliqueraient entre 49 et 87 % de la variation de l'adoption (Rogers, E.M., Diffusion of innovations - Fifth Edition. 2003, The Free Press: New York. 551 p.).

documenter certaines résistances ainsi que les mécanismes mis en place pour faciliter la diffusion d'une nouvelle trousse de dépistage.

7.2.1 Résistance au changement et diffusion de l'innovation parmi les infirmières

L'évaluation de l'implantation de la TDR devait entre autres permettre de mesurer l'acceptabilité des conditions entourant son implantation. Partant du principe que l'introduction d'une nouvelle pratique, surtout lorsqu'elle entraîne des changements dans l'organisation du travail et dans le rapport entre le clinicien et le client, s'accompagne souvent d'une résistance, les auteurs ont documenté l'impact de cette innovation sur la pratique infirmière.

En termes d'**avantage relatif**, les croyances personnelles quant à la valeur ajoutée de la TDR comparativement au test standard ont influencé l'adoption de la TDR par les infirmières. En raison du court délai d'attente pour l'obtention d'un résultat de test standard (habituellement moins de 48 heures en cas de résultat non réactif) et de la liste d'attente relativement courte pour les clients vulnérables qui souhaitent un dépistage du VIH, certaines infirmières ne voyaient pas de réel avantage à utiliser la TDR. Pour elles, les contraintes possibles sur la pratique infirmière supplantaient les bénéfices tirés par la clientèle. Par contre, auprès des infirmières ayant rapidement adopté la TDR dans leurs activités de dépistage, l'objectif de réduction des risques de transmission du VIH grâce à la TDR comptait parmi les éléments de motivation.

Dans certains cas, l'adoption d'une innovation qui se veut **compatible** avec la pratique nécessitera l'adoption au préalable d'un nouveau système de valeurs, ce qui peut prendre un temps considérable. Les infirmières des SIDEP doivent s'acquitter de nombreuses tâches en plus d'adapter leur travail à la pratique *extra-muros*; le dépistage du VIH au moyen de la TDR s'ajoutait à leurs tâches. Par exemple, le transport de trousse devant être maintenues à des températures stables à l'extérieur d'un établissement de santé pose des défis particuliers, notamment en période de canicule ou de grand froid. Ces infirmières voyagent déjà avec beaucoup de matériel. C'est avec une certaine appréhension qu'elles envisagent l'ajout de matériel additionnel. De plus, rappelons que la réalisation de la TDR dans certains milieux de pratique apparaissait difficilement réalisable en début de projet pour différentes raisons : le temps supplémentaire requis pour utiliser la TDR, le mode de consultation sans rendez-vous jugé moins propice à la gestion en urgence d'un résultat réactif, le nombre souvent élevé de clients qui consultent simultanément, le débit rapide nécessaire pour répondre aux besoins du plus grand nombre de personnes présentes et la multiplicité des autres problèmes de santé à gérer chez la clientèle.

Quant à la **complexité**, les conséquences anticipées face à la gestion d'un résultat réactif sont les principaux freins à l'application de la TDR par les infirmières. Par ailleurs, l'implantation de la TDR a été difficile en raison de la lourdeur perçue dans le processus de collecte de données, et du fait qu'il paraissait difficile d'effectuer une collecte de données exhaustive auprès de certaines clientèles. Les infirmières qui œuvrent auprès de clientèles plus désorganisées ont indiqué qu'il était déjà difficile de réaliser la collecte de données dans le cadre d'un dépistage standard, et qu'une collecte systématique dans le

cadre d'un projet d'évaluation apparaissait difficilement réalisable. Les infirmières sont néanmoins d'avis que l'intervention de dépistage au moyen de la TDR serait facilitée une fois les contraintes de l'évaluation levées.

L'opportunité de **tester** la TDR permet aux professionnels appelés à l'utiliser de développer des habiletés et de se sentir davantage confiants pour offrir le test. Les infirmières rapportent avoir apprécié la formation initiale leur ayant permis de se familiariser avec la TDR. Les infirmières ayant acquis plus d'expérience avec la TDR se sentent plus à l'aise de l'utiliser et semblent plus à même de l'intégrer dans leur pratique.

Afin de rendre **visibles** les résultats de l'implantation, quelques rencontres ont eu lieu avec les infirmières afin de les informer de bilans préliminaires. La présentation du rapport d'étape à la mi-projet par la responsable de l'implantation et de l'évaluation a aussi été un facteur positif pour les infirmières impliquées dans le projet. Les groupes de discussion organisés à la mi-projet et en fin de projet ont également permis aux infirmières d'échanger, entre autres sur les avantages perçus de l'utilisation de la TDR.

Une méta-analyse ^[18] a démontré que trois de ces cinq caractéristiques influençaient davantage l'adoption d'une innovation : la compatibilité et les avantages relatifs seraient positivement liés à l'adoption tandis que la complexité y serait négativement liée. Dans la diffusion de l'utilisation de la TDR parmi les infirmières, c'est aussi ce qui a été observé. Les infirmières ayant perçu des avantages à la TDR et ayant développé des stratégies pour l'intégrer à leur pratique étaient beaucoup plus favorables à son utilisation. Celles qui voyaient la TDR comme un outil susceptible de complexifier considérablement leur pratique se sont montrées moins favorables à son utilisation.

Un processus d'accompagnement a rapidement été initié impliquant des rencontres d'équipe et individuelles afin de travailler sur les croyances et sur les façons d'intégrer la TDR dans la pratique sans trop alourdir l'intervention de dépistage. L'opportunité de tester la TDR avec le soutien de l'infirmière-pivot a également été réitérée. En ce sens, un travail a été réalisé pour que les infirmières puissent trouver des avantages à l'utilisation de la TDR et pour que ce sentiment soit partagé au sein de l'équipe.

7.2.2 Diffusion de l'innovation auprès des partenaires

Dans le cas où des refus de participation puissent être perçus comme de la résistance des milieux à introduire la TDR, il est à propos de tenir compte des mêmes éléments pouvant limiter ou non la diffusion de la TDR. En ce sens, l'évaluation de l'implantation de la TDR est intéressante puisque l'adoption variable de celle-ci dans les milieux ciblés témoigne des mécanismes qui ont été mis en place ou non pour favoriser l'introduction de la TDR dans les sites *extra-muros*.

L'ensemble des informateurs clés endossent l'objectif de santé publique qui sous-tend l'utilisation de la TDR et s'accordent sur la pertinence d'un tel service surtout dans les situations où les clients ne se présentent pas à leur rendez-vous pour la remise de résultats. En termes de compatibilité, la prestation du test doit respecter la philosophie du milieu et s'adapter au mode de consultation des clients, en plus d'être délivrée par du

personnel habitué d'œuvrer auprès de la clientèle. Dans un organisme où la TDR n'a finalement pas été implantée, il avait été proposé d'y associer une nouvelle infirmière, ce qui a été perçu comme une source potentielle de difficultés en raison des caractéristiques de la clientèle et du lien à établir avec celle-ci. Certains sites ont été impliqués très tôt dans le processus de mise en œuvre, ce qui a favorisé une meilleure adhésion au projet. Enfin, certains sites ont eu la possibilité de tester l'utilisation de la TDR et d'ajuster la prestation du service alors que d'autres n'ont pas été impliqués précocement dans la définition de la prestation de services.

Encore ici, l'analyse des informations fournies par les partenaires concorde avec la théorie de la diffusion de l'innovation de Rogers. Le site où les cinq éléments issus de la théorie de la diffusion étaient présents est celui où l'offre de la TDR a été optimale. Dans les sites où ces éléments n'étaient pas réunis, l'implantation n'a pas connu le même succès.

En conclusion, l'expérience d'implantation de la TDR apparaît plutôt positive dans les deux principaux sites desservis, soit au point de service Haute-Ville du CSSS ainsi qu'au MIELS-Québec. L'implantation dans les autres sites ne s'est pas actualisée comme prévu.

7.3 IMPACT NON PRÉVU DU PROJET

Alors que cela n'avait pas été anticipé avant l'implantation de la TDR, le projet a eu pour conséquence d'amener un questionnement de la part de quelques infirmières sur la place de la transmission téléphonique des résultats de dépistage des ITSS autres que le VIH. Dans le cas où le résultat non réactif du dépistage du VIH est communiqué à la suite de l'utilisation de la TDR, certaines infirmières sont d'avis que la gestion par téléphone des autres résultats s'avère adaptée au rythme de vie pour un certain type de clientèle. De plus, certaines infirmières indiquent que dans certaines occasions, elles anticipent que le client ne se représentera pas pour recevoir ses résultats. Dans ces cas, elles estiment qu'il peut être souhaitable de prendre entente afin de transmettre les résultats par téléphone. Cette pratique leur permet de garder le contact avec la personne et d'assurer un suivi qui aurait été perdu autrement.

Les données ont par ailleurs démontré qu'un suivi téléphonique des résultats autres que le VIH a permis de rejoindre une proportion plus élevée de personnes que les rendez-vous en personne en particulier dans les milieux *extra-muros*. Les données sur la satisfaction des clients (86 % des répondants indiquent avoir choisi le dépistage à l'aide de la TDR parce qu'il pouvait se faire en une seule visite) viennent renforcer l'idée que les clients apprécient d'avoir une seule visite. Même s'il est recommandé dans les guides de pratique de fixer un second rendez-vous pour assurer le suivi des autres ITSS, dans la pratique les infirmières observent une quantité significative de rendez-vous manqués.

Au cours des échanges qui ont eu lieu sur le sujet, la position de la DRSP a toujours été claire et correspond à celle énoncée dans le *Guide québécois de dépistage des ITSS* (p.130):

Tout résultat de dépistage devrait être communiqué à l'occasion d'une visite de suivi, même si le résultat est négatif. [...] De façon exceptionnelle, certains résultats négatifs pourraient être transmis par téléphone. Toutefois, il est recommandé de ne jamais transmettre par téléphone des résultats (positifs ou négatifs) de dépistage de l'hépatite C ou de l'infection par le VIH.

Dans l'éventualité où le professionnel craindrait que la personne ne se présente pas à sa visite de suivi, il pourrait s'entendre avec elle pour qu'un travailleur de rue puisse la contacter pour lui rappeler qu'elle doit se présenter pour une visite de suivi.

Ce point a notamment été discuté lors d'une rencontre d'équipe des SIDEPS où le médecin-conseil de la DRSP a présenté cette position.

Par la suite, des discussions ont eu lieu entre l'équipe des SIDEPS et la Direction des soins infirmiers (DSI) du CSSS. La DSI a réitéré que la seconde visite pour le suivi des résultats des dépistages des autres ITSS était la pratique encouragée de manière générale. La position de la DSI était qu'il pourrait être acceptable dans des circonstances particulières de transmettre par téléphone les résultats des autres tests de dépistages des ITSS (que le VIH) dans la mesure où cette modalité a été discutée et convenue au préalable avec le client lors de l'entrevue initiale, et que l'argumentaire a été consigné au dossier.

Par ailleurs, on ignore si une transmission téléphonique de certains résultats avait déjà lieu avant l'implantation de la TDR, puisque cet aspect n'a pas été mesuré spécifiquement.

7.4 LIMITES DE L'ÉVALUATION

Cette évaluation comporte certaines limites qui doivent être mentionnées. Une première limite vient du fait que la situation qui prévalait avant l'introduction de la TDR n'a pas été documentée de manière systématique autrement qu'avec les modalités usuelles de monitoring (p. ex. I-CLSC²⁰). Par exemple, le taux de résultats positifs aux tests de dépistage du VIH n'a pu être documenté de manière précise selon les modalités usuelles de monitoring qui prévalaient en préimplantation. Cette situation limite les possibilités de comparaison avant et après l'introduction de la TDR.

Une autre limite concerne la difficulté de rejoindre certaines clientèles vulnérables (p. ex. : personnes UDI, travailleurs(euses) du sexe) ciblées au début du projet. Cette situation limite notre compréhension de l'utilisation de la TDR auprès de ces clientèles spécifiques. Ainsi, il est important de rappeler que nos résultats portaient sur une clientèle majoritairement composée d'HARSAH et il apparaît difficile de les généraliser à d'autres clientèles.

20 Le Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC) est une base de données administrative du MSSS. Elle recueille diverses informations relatives aux demandes pour des services dispensés par les CLSC, ainsi que des données sur les interventions menées.

La sélection de l'échantillon, dans le contexte de l'offre ciblée, était basée sur le jugement clinique de l'infirmière et sur les conditions de faisabilité, ce qui a pu introduire un certain biais de sélection quant aux clientèles rejointes par le projet pilote. En effet, les clients ciblés pour l'offre de la TDR pourraient avoir des caractéristiques différentes de l'ensemble de la clientèle des SIDEP. Rappelons cependant que seulement 17,0 % des clients ont été recrutés selon cette modalité, la majorité ayant été recrutée de manière systématique à l'intérieur de plages horaires prédéfinies. Il apparaît ainsi moins probable que cette modalité de sélection ait un impact majeur sur les résultats.

Il est probable qu'un certain biais d'information ait pu affecter les résultats. Malgré le fait qu'un manuel à l'intention de l'intervenant ait été préparé et diffusé afin de standardiser la collecte d'information, il est apparu que certaines questions n'avaient pas été interprétées ni remplies de manière uniforme par les infirmières désignées. Bien que la fidélité inter-juges n'ait pas été mesurée, la qualité des informations collectées s'est probablement trouvée affectée par ce biais.

Enfin, notons qu'un petit nombre de personnes ont choisi le test standard par comparaison avec celles ayant choisi la TDR. Cette situation a limité les possibilités de faire des comparaisons entre les groupes.

8 CONDITIONS À RESPECTER DANS L'OFFRE DE LA TDR DU VIH

Les groupes de discussion ainsi que les entrevues individuelles réalisées ont permis d'alimenter la réflexion autour de certaines conditions à respecter lors de la mise en œuvre d'un projet d'implantation de la TDR. Trois conditions apparaissent incontournables afin que l'offre de dépistage à l'aide de la TDR soit optimale. Ces conditions touchent à l'établissement de trajectoire de services, à l'organisation physique des lieux et des activités de dépistage, et à la mobilisation et au soutien des organisations dans une telle offre. De plus, en raison du caractère novateur de la TDR et de ses implications sur la pratique et sur les clientèles qu'elle rejoint, il apparaît à propos de planifier rigoureusement sa diffusion afin de limiter la résistance au changement.

8.1 LA TRAJECTOIRE DE SERVICES POUR LES PERSONNES DÉPISTÉES

Avant même d'offrir le service, il convient de préparer une trajectoire de services adéquate qui tienne compte des possibilités d'accueil d'une clientèle qui recevra un résultat réactif à un test de dépistage à l'aide de la TDR. Les corridors de services doivent être adaptés au mode de vie des personnes visées et répondre à la complexité de leurs besoins. Le manque de continuité entre le dépistage et la prise en charge pour le traitement peut ainsi constituer un frein à l'utilisation de la TDR. Cette limite sera d'autant plus importante dans le contexte où la prise en charge immédiate des personnes avec un résultat réactif peut s'avérer plus difficile à supporter au plan organisationnel en raison des multiples problèmes auxquels font souvent face les clientèles dépistées. Dans certains milieux, l'utilisation du test standard impliquant une période d'attente de deux ou trois semaines offre à l'infirmière la possibilité de mettre en place son plan de services et d'explorer des moyens pour gérer une éventuelle crise. Il convient de considérer qu'une demande de soutien psychosocial en situation d'urgence pourrait se heurter à la non-disponibilité des intervenants si des dispositifs n'ont pas été préalablement établis pour répondre à ces situations spécifiques.

La *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement* souligne d'ailleurs l'importance d'assurer la continuité et la globalité des soins en fonction des besoins des personnes infectées ^[19]. Ainsi, l'organisation des services devrait permettre d'assurer que les personnes qui auront un résultat réactif pourront avoir facilement accès, et ce, dans un délai adéquat, à un suivi médical et psychosocial adapté à leurs besoins. Dans un contexte donné, si l'organisation des services dans le cadre d'un test de dépistage du VIH standard pose déjà des difficultés, l'utilisation de la TDR apparaît peu envisageable.

8.2 L'ORGANISATION PHYSIQUE DES LIEUX ASSURANT UNE INTERVENTION CLINIQUE ADÉQUATE

L'organisation physique, tout comme les activités qui se déroulent dans les lieux ciblés pour le dépistage du VIH au moyen de la TDR, doivent permettre la réalisation d'un counseling adapté, l'obtention d'un consentement libre et éclairé ainsi que le respect de la confidentialité. De plus, l'utilisation de la TDR implique que le personnel infirmier puisse

garantir la qualité de l'analyse en toutes circonstances. Certains milieux visités par les infirmières ne satisfont pas ces critères et présentent peu de possibilités d'ajustements afin d'y répondre. Les principales raisons invoquées limitant l'utilisation de la TDR concernent le manque de temps (p. ex. : mode de consultation sans rendez-vous), d'espace et d'intimité (p. ex. : absence de bureau en retrait). En raison de l'obligation déontologique des infirmières de s'assurer de la confidentialité de chaque consultation et de l'obtention d'un consentement libre et éclairé, l'introduction de la TDR, en raison notamment de l'annonce immédiate du résultat, semble poser certains problèmes dans certains sites.

8.3 LA MOBILISATION ET LE SOUTIEN DES ORGANISATIONS IMPLIQUÉES PAR L'OFFRE

Les informations recueillies mettent en évidence la pertinence de l'introduction de la TDR auprès des clientèles vulnérables, mais l'expérience souligne également la nécessité d'adapter l'offre aux contextes et aux besoins des populations visées. Les objectifs de réduction de la transmission du VIH et de la prise en charge précoce des personnes nouvellement infectées sont bien acceptés des intervenants et gestionnaires, mais la difficulté à rejoindre certaines populations particulièrement vulnérables visées initialement (p. ex.: personnes UDI, travailleurs(euses) du sexe) soulève l'importance d'élaborer des stratégies pour mieux les rejoindre. À ce sujet, la *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement* reconnaît l'importance des différents acteurs en plus de considérer comme essentielle la mise sur pied des dynamiques et des mécaniques en vue de favoriser la pérennité des interventions mises en place^[19].

Une façon d'y arriver consiste en l'établissement de liens entre les professionnels des différents organismes interpellés par les ITSS. Les organismes communautaires accueillent un type de clientèle qui ne se présentera généralement pas dans les sites *intra-muros*. En raison de l'expertise développée et du démarchage réalisé au fil des années auprès de ces clientèles, les organismes communautaires sont souvent les mieux placés afin de proposer des stratégies pour mieux les rejoindre. Dans le but d'optimiser les pratiques de dépistage, il convient de les inviter *a priori* à discuter des enjeux que peut soulever l'introduction de la TDR et de les laisser s'exprimer sur les solutions à considérer en favorisant, entre autres les échanges entre les savoirs et les pratiques. L'évaluation précise également que le soutien des directions de santé publique mérite d'être mis à profit dans l'implantation de la TDR en raison du fait qu'elles ont à soutenir les projets cliniques des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et en considérant leur expertise quant aux contenus scientifiques et aux méthodes d'intervention et d'évaluation.

9 CONCLUSION

L'évaluation de l'implantation de la TDR dans le réseau des SIDEPS du CSSS de la Vieille-Capitale a permis de documenter la faisabilité de son intégration dans l'offre de service ainsi que la recevabilité pour les clientèles visées. En termes de recevabilité, l'évaluation démontre que l'offre de la TDR a été très appréciée auprès des clients qui en ont bénéficié, majoritairement des HARSAH. Lorsqu'ils se font offrir la TDR et le test standard, la grande majorité des clients optent pour la TDR. Ceux-ci relèvent comme éléments positifs notamment l'obtention immédiate du résultat et la période de stress raccourcie dans l'attente du résultat. Rappelons que certaines clientèles particulièrement vulnérables (travailleurs(euses) du sexe et personnes UDI), initialement ciblées par le projet, ont cependant été rejointes de façon marginale.

L'organisation de l'offre de la TDR dans le réseau des SIDEPS du CSSS de la Vieille-Capitale présuppose un ensemble de démarches organisationnelles, en plus d'une mise à jour des compétences auprès de l'équipe clinique appelée à l'utiliser. L'expérience démontre que l'adoption de la TDR dans la pratique peut se heurter à certaines résistances. En effet, si la technique en elle-même ne semble pas poser de problèmes, l'intégration de la TDR dans toutes ses facettes comporte des défis. La charge de travail accrue, la souplesse requise dans la gestion de l'horaire de travail en raison de l'imprévisibilité des résultats ainsi que l'anticipation d'une possible gestion de crise figurent au nombre des barrières à son utilisation. Si, par ailleurs, certaines infirmières ont su adapter dans leur pratique un modèle de prestation de la TDR, d'autres trouvent incompatible son utilisation dans les sites et auprès des clientèles qu'elles desservent.

En effet, l'offre de la TDR dans le réseau communautaire a soulevé plus de difficultés que dans le réseau institutionnel. Si l'expérience d'implantation au CSSS apparaît plutôt positive, elle a été plus variable dans les milieux. L'intervention hors CSSS mérite ainsi d'être davantage planifiée, organisée et reconnue. Chaque lieu impose ses règles et l'offre de service varie afin de répondre aux besoins de la clientèle et aux possibilités du milieu. En raison des devoirs partagés qui accompagnent l'actualisation de la responsabilité populationnelle, l'implantation de la TDR peut amener à revoir les modalités qui régissent les ententes de services. Elle invite également à considérer la mise en place d'un processus consultatif préalablement à la mise en place d'un tel service ayant des implications directes sur la clientèle fréquentant ces milieux. L'étroite collaboration entre le CSSS et les organismes communautaires semble être un facteur favorisant l'introduction de la TDR et la participation des organismes à une telle offre de service devrait faire l'objet d'une entente claire entre les organisations. Ceux-ci ont d'ailleurs rappelé l'importance de réaliser des consultations dans des délais qui tiennent compte de leur réalité, de développer une vision de complémentarité de l'offre de service en fonction des approches de l'organisme, de reconnaître leur expertise de travail auprès de certaines clientèles et de communiquer précocement des informations claires et suffisantes relatives à l'offre d'un tel service. Pour eux, la bonne circulation de l'information semble être le gage de la transparence, de l'ouverture, de la confiance et du respect souvent recherchés dans les collaborations.

Dans une perspective de consolider l'utilisation de ce test, il convient de favoriser une approche plus pragmatique que normative de l'implantation dans les milieux où la TDR est offerte, surtout en *extra-muros*. Cette approche devra notamment être portée par des processus qui réunissent les acteurs concernés en vue de partager une compréhension commune du service offert, de développer des mécanismes d'action adéquats et de favoriser les conditions liées à l'utilisation du test. L'évaluation de la TDR dans le réseau des SIDEP du CSSS de la Vieille-Capitale témoigne du fait que la collaboration avec le réseau de la santé est parfois signe de tension pour les organismes communautaires où d'un côté, ils souhaitent collaborer avec le réseau pour améliorer les services qui sont dispensés à leurs clientèles, mais en même temps ils ont le souci de vouloir conserver leur autonomie et leur spécificité ^[20].

10 RÉFÉRENCES

1. Carrière, S., Delorme, L., Labbé, A.-C., et collab. (2006) *Guide québécois de dépistage - Infections transmissibles sexuellement et par le sang*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 149 p.
2. Venne, S., Lambert, G., Gravel, G., et collab. (2013) *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec, Année 2011 (et projections 2012)*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 112 p.
3. Agence de la santé publique du Canada (2010) *Le VIH et le sida au Canada - Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2009*, Santé Canada, Agence de la santé publique du Canada, 95 p.
4. Bitera, R., Fauvel, M., Alary, M., et collab. (2012) *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec - Cas cumulatifs 2002-2011*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 143 p.
5. Anctil, H. (2010) *L'épidémie silencieuse - Les infections transmissibles sexuellement et par le sang - Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux 73 p.
6. Institut national de santé publique du Québec (2012) *Données régionales issues du Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 4 p.
7. Thiboutot, C., Fleury, E. et Steben, M. (2009) *Le dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de trousse de dépistage rapide*, Institut national de santé publique du Québec, 50 p.
8. Fleury, E., Laberge, C., Béliveau, C., et collab. (2010) *Supplément - Guide québécois de dépistage des ITSS - Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de trousse de dépistage rapide*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec et Ministère de la Santé et des Services sociaux, 99 p.
9. Lambert, G., Fall, A. et Chalifoux, S. (2013) *Évaluation de l'implantation d'un test de détection du VIH à résultat rapide dans les centres de détention de compétence provinciale situés sur l'île de Montréal*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, 186 p.
10. Rossi, P. et Freeman, H. (1989) *Evaluation: A Systematic Approach*. Beverly Hills, Sage Publications. 496 p.
11. Desrosiers, H., Kishchuk, N., Ouellet, F., et collab. (1998) *Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes - applications en promotion de la santé et en toxicomanie*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 130 p.
12. van Campenhoudt, L., Chaumont, J.-M. et Franssen, A. (2005) *La méthode d'analyse en groupe - Applications aux phénomènes sociaux*. Paris, Dunod. 215 p.
13. Noël, L., Laforest, J. et Allard, P.-R. (2007) *L'accès au suivi et au traitement pour les personnes atteintes de l'hépatite C au Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 110 p.
14. Guenter, D., Greer, J., Barbara, A., et collab. (2008) Rapid point-of-care HIV testing in community-based anonymous testing program: a valuable alternative to conventional testing. *AIDS Patient Care STDS*, 22(3), 195-204.
15. San Antonio-Gaddy, M., Richardson-Moore, A., Burstein, G.R., et collab. (2006) Rapid HIV antibody testing in the New York State Anonymous HIV Counseling and Testing Program: experience from the field. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 43(4), 446-50.

16. Holt, M. (2009) *Rapid HIV testing: A literature review*, Newtown, Australian Federation of AIDS Organizations Inc., 17 p.
17. Rogers, E.M., ed. *Diffusion of innovations - Fifth Edition*. 2003, The Free Press: New York. 551 p.
18. Tornatzky, L.G. et Klein, K.J. (1982) Innovation characteristics and innovation adoption-implementation: A meta-analysis of findings. *IEEE Transactions on engineering management*, EM-29(1), 28-43.
19. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004) *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement. Orientations 2003-2009*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 56 p.
20. Bilodeau, A., Beauchemin, J., Bourque, D., et collab. (2011) *L'intervention en prévention des ITSS à Montréal: potentialités, limites et défis de la collaboration dans le contexte de la création des CSSS - Démarche évaluative en soutien à la mise en oeuvre de la Stratégie québécoise de lutte contre le VIH, le VHC et les ITS*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 110 p.

ANNEXE 1
ACTIVITÉS RÉALISÉES PAR LE CSSS
ET LA DRSP DANS LE CADRE DU PROJET

Tableau 13 Résumé des activités réalisées au CSSS de la Vieille-Capitale en lien avec l'implantation de la TDR et l'évaluation du projet

<i>Type</i>	<i>Descriptif</i>	<i>Sous la responsabilité</i>
Activités en pré-implantation	✓ Collaborer à la rédaction du devis d'implantation avec la DRSP;	Infirmière-pivot (DRSP en soutien)
	✓ Adapter les outils issus du PAQ;	
	✓ Adapter la procédure opératoire normalisée en fonction de la monographie et des particularités locales.	
	✓ Prendre contact avec les organismes communautaires pour leur présenter le projet;	Coordonnatrice de l'équipe (DRSP en soutien)
	✓ Faire approuver les nouveaux outils cliniques par les archives;	
	✓ Réaliser des démarches pour l'achat de tests;	
	✓ Prévoir un corridor de services psychosociaux;	
✓ Prévoir un corridor de services médicaux.		
Activités de formation	✓ Avoir participé à une formation de base sur l'intervention de dépistage des ITSS et sur l'IPPAP;	Infirmières SIDEP
	✓ Participer à une formation complémentaire portant spécifiquement sur l'utilisation de la TDR et le PAQ comprenant une épreuve de compétence.	
	✓ Organiser la formation portant sur l'intervention de crise.	Coordonnatrice de l'équipe
	✓ Participer à une formation conjointe portant sur l'intervention de crise.	Infirmières SIDEP et intervenants psychosociaux du CSSS
Activités de suivi à l'implantation	✓ S'assurer que les professionnelles reçoivent et maintiennent une formation adéquate;	Infirmière-pivot
	✓ Veiller à ce que l'implantation du projet pilote se déroule selon le cadre prévu;	
	✓ Agir à titre de personne ressource de 1 ^{ère} ligne auprès des professionnels de son équipe;	
	✓ Rédiger les rapports d'étape.	
Activités en lien avec le programme d'assurance de la qualité	✓ Réaliser les activités prévues lors d'un arrivage de nouvelles trousse;	Infirmières SIDEP
	✓ Participer aux contrôles internes et externes de la qualité;	
	✓ Compléter quotidiennement le tableau des températures.	
Activités en lien avec l'évaluation	✓ S'assurer que les professionnelles reçoivent une formation adéquate vis-à-vis le PAQ;	Infirmière-pivot
	✓ Consulter et conserver les documents relatifs à la formation des professionnelles et au contrôle de la qualité.	
	✓ Prendre contact avec le comité d'éthique du CSSS et transmettre les coordonnées de la personne-ressource à la DRSP.	Coordonnatrice de l'équipe
	✓ Compléter les outils reliés à l'évaluation;	Infirmières SIDEP
✓ Participer aux groupes de discussion en cours d'implantation;		
✓ Faire remplir un questionnaire de satisfaction par les clients participant au projet.	Infirmière-pivot	
✓ Tenir le journal de bord.		

Tableau 14 Résumé des activités réalisées par la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale en lien avec l'implantation de la TDR et, en collaboration avec l'INSPQ, l'évaluation du projet

<i>Type</i>	<i>Descriptif</i>	<i>Sous la responsabilité</i>
Activités en pré-implantation	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Présenter le projet à l'équipe SIDEP; ✓ Collaborer à la rédaction du devis d'implantation avec l'infirmière-pivot; ✓ Soutenir l'infirmière-pivot dans l'adaptation des outils issus du PAQ; ✓ Soutenir l'infirmière-pivot dans l'adaptation de la procédure opératoire normalisée et réviser celle-ci; ✓ Concevoir un aide-mémoire à l'intention des infirmières SIDEP; ✓ Valider les éléments scientifiques d'un feuillet d'information sur le dépistage du VIH rédigé par l'infirmière-pivot; ✓ Participer à une réunion d'équipe SIDEP afin de recueillir des commentaires sur les outils de collecte de données en élaboration; ✓ Soutenir la coordonnatrice de l'équipe SIDEP dans ses démarches auprès des organismes communautaires pour leur présenter le projet (contacts téléphoniques, rencontres...); ✓ Réaliser des démarches pour l'achat de tests (initialement, avant le transfert au CSSS); ✓ Contacter le laboratoire serveur, préciser les modalités d'analyse ainsi que les modalités d'envoi des prélèvements au LSPQ; ✓ Valider auprès de la coordonnatrice de l'équipe SIDEP la mise en place de corridors de services psychosociaux et médicaux. 	Responsable du dossier à la DRSP
Activités de formation	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Participer à une formation complémentaire portant spécifiquement sur l'utilisation de la TDR et le PAQ comprenant une épreuve de compétence; ✓ Présenter les outils de collecte de données élaborés aux infirmières lors de la formation. 	Responsable du dossier à la DRSP
Activités de suivi à l'implantation	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Soutenir l'infirmière-pivot dans ses activités de suivi à l'implantation; ✓ Participer à certaines rencontres d'équipe SIDEP, selon les besoins, et pour présenter les résultats du rapport d'étape; ✓ Soutenir la coordonnatrice de l'équipe SIDEP dans le suivi ou la relance des organismes communautaires (ex. présentation des faits saillants du projet, discussion sur les barrières rencontrées, etc.). 	Responsable du dossier à la DRSP
Activités en lien avec le programme d'assurance de la qualité	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Soutenir l'infirmière-pivot dans ses activités en lien avec le PAQ. 	Responsable du dossier à la DRSP
Activités en lien avec l'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contacter le comité d'éthique du CSSS (envoi de documents sur le projet...) pour discuter du processus d'approbation par le comité; ✓ Rédiger le devis d'évaluation; ✓ Concevoir les outils de collecte de données; ✓ Colliger les données; ✓ Analyser les données; ✓ Rédiger le rapport d'évaluation. 	Responsable du dossier à la DRSP en collaboration avec l'INSPQ

ANNEXE 2
OUTILS DE COLLECTE ÉLABORÉS
DANS LE CADRE DE L'ÉVALUATION

Centre de santé et de services sociaux
de la Vieille-Capitale

Centre affilié universitaire

COLLECTE DE DONNÉES – PROJET TDR VIH

Client _____
Nom Prénom

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

Mère _____
Nom de jeune fille Prénom

Père _____
Nom Prénom

Numéro RAMQ : _____

Téléphone : _____

Cell. : _____

1a. Identification : Nominative Anonyme

Numéro séquentiel

1 b. Première rencontre au SIDEPS : Non Oui

2. Lieu de l'intervention : SIDEPS intramuros : _____ SIDEPS extramuros : _____

3. Date de consultation : ____/____/____
(aaaa) / (mm) / (jj)

4. Type d'offre de TDR :

- Double systématique
 Ciblée

5. Sexe : Homme Femme Transgenre **6. Âge :** _____ **7. Ville :** _____

8. Raison(s) de consultation :

9a. Symptôme(s) d'ITSS : _____

9 b. Compatibles avec primo-infection VIH selon l'intervenant(e) Non Oui

Antécédents d'ITSS

10. Diagnostic d'une ITSS par un médecin ou une infirmière :

- a) Chlamydia Non Oui dx ____/____
b) Gonorrhée Non Oui dx ____/____
c) Syphilis Non Oui dx ____/____ RPR _____
d) Hépatite C Non Oui dx ____/____ ARN _____
e) Hépatite B Non Oui dx ____/____ Anti-HBs _____
f) VIH Non Oui dx ____/____
g) Autre Non Oui dx ____/____
(aaaa) / (mm)

11a. Date du dernier dépistage ITSS : ____/____/____
(aaaa) / (mm) / (jj)

11 b. Date du dernier dépistage VIH : ____/____/____
(aaaa) / (mm) / (jj)

12. Dernier comportement à risque	Période Fenêtre couverte	
	Non	Oui
a) ITS ____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Hépatites virales ____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) VIH ____/____/____ (aaaa) / (mm) / (jj)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13a. Déjà passé un test de dépistage du VIH dans sa vie :

- Non *Si non, passez à Facteurs de risques*
 Oui *Si oui* →

13 b. Nombre de tests au cours
des deux dernières années: _____ tests

14a. Type du dernier test de dépistage du VIH :

- Standard TDR
 Ne sait pas

14 b. Le client a-t-il reçu les résultats de ce dernier test?

- Non
 Oui

Facteurs de risque

15a. Pays de naissance : Canada Autre (pays) _____ 15 b. Au Canada depuis : _____ / _____
(aaaa) / (mm)

16a. Tatouages, perçages ou scarifications :
 Non Oui (-) 6 mois Oui (+) 6 mois *Si oui* →

16 b. Professionnel
 Artisanal/amis
 Carcéral

17a. Drogue par inhalation :
 Non Oui (-) 6 mois Oui (+) 6 mois *Si oui* →

17 b. Partage de matériel :
 Chaque fois
 Occasionnellement
 Jamais

Numéro séquentiel

18a. Drogue par injection :
 Non Oui (-) 6 mois Oui (+) 6 mois *Si oui* →

18 b. Partage de matériel :
 Chaque fois
 Occasionnellement
 Jamais

19a. Le client est travailleur/travailleuse du sexe :
 Non
 Oui →

19 b. Condom avec les clients
Pénétration : 19c. Vaginale 19d. Anale
Chaque fois
Occasionnellement
Jamais

20f. Partenaire sexuel régulier est : Non Oui NSP

HARSAH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecté par VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travailleur du sexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Client de travailleur du sexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ce partenaire a d'autres partenaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Origine autre que canadienne : _____			
Commentaires : _____			

20a. Client en couple actuellement (partenaire régulier actuel)?
 Non
 Oui →

20 b. Depuis : _____ / _____
(aaaa) / (mm)

20c. Condom avec le partenaire régulier actuel
Pénétration : 20d. Vaginale 20e. Anale
Chaque fois
Occasionnellement
Jamais

21a. Partenaires sexuels différents (autres que régulier actuel) dans les 6 derniers mois :

21b. Hommes _____ nombre
21c. Femmes _____ nombre
Si différent de 0 →

21d. Types de partenaires : Non Oui NSP

HARSAH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecté par VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travailleur du sexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Client de travailleur du sexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Origine autre que canadienne : _____			
Commentaires : _____			

22a. Utilisation du condom dans les 6 derniers mois avec les partenaires autres que régulier actuel

Pénétration : 22 b. Vaginale 22c. Anale
Chaque fois
Occasionnellement
Jamais

23. Autres facteurs de risque : _____

Vaccination

24. Hépatite B _____ Hépatite A _____ Vérifié : _____
25. Anti-HBs _____ Dernière vaccination « Tétanos » : _____ VPH _____

Habitudes de vie

26. Allergie(s) : _____ 27. Méthode(s) contraceptive(s) : _____
28a. Médication(s) régulière(s) prescrites et non prescrites, injectées ou non : _____
28 b. Alcool/drogue : _____

29. Autres problèmes de santé (incluant santé mentale) :

Aspect psychosocial

30a. Capacité à accepter les résultats : Non Oui maintenant Oui mais plus tard

30 b.

Commentaire(s) : _____

31a. Domicile fixe Non Oui

31 b. Vit seul Non Oui

31c. Cohabitation

avec : _____

31d. Évaluation du réseau social : personnes significatives, situation de vie, idées suicidaires

Counseling

Numéro séquentiel

32a. Sensibilisation à la vaccination contre les hépatites virales et le VPH si indiqué : _____

32b. Sensibilisation au dépistage du cancer du col : _____

32c. Contraception urgence : Information Remise de COU Prescription

32d. Remise de matériel : _____

32e. Autres

interventions : _____

Tests effectués et résultats

33. Analyses ITSS	34. Résultats		35. Analyses VIH	36. Résultats					
	Fait	Pos		Nég	Fait	R*	NR	Ind	N-V
33a. AgHBs	<input type="checkbox"/>	34a. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35a. Anti-VIH standard (prélèvement veineux)	<input type="checkbox"/>	36a. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33 b. Anti-HBc	<input type="checkbox"/>	34 b. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
33c. Anti-HBs	<input type="checkbox"/>	34c. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
33d. Anti-VHC	<input type="checkbox"/>	34d. <input type="checkbox"/>	35 b. 1 ^{er} Anti-VIH TDR	<input type="checkbox"/>	36 b. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33e. Syphilis ELISA	<input type="checkbox"/>	34e. <input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>
33f. Syphilis RPR	<input type="checkbox"/>	34f. <input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>
33 g. Chlamydia <input type="checkbox"/> col <input type="checkbox"/> urine <input type="checkbox"/> anal	<input type="checkbox"/>	34 g. <input type="checkbox"/>	35c. 2 ^{ième} Anti-VIH TDR (si 1 ^{er} non-valide)	<input type="checkbox"/>	36c. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33 h. Gonorrhée <input type="checkbox"/> col <input type="checkbox"/> urine <input type="checkbox"/> anal <input type="checkbox"/> gorge	<input type="checkbox"/>	34 h. <input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>
33i. Autre : _____	<input type="checkbox"/>	34i. <input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>

*R: Réactif NR: non réactif Ind: indéterminé N-V: non valide

37a. Anti-VIH TDR : T_{min} ____°C T_{max} ____°C 37 b. # lot TDR 1 : _____ 37c. # lot TDR 2 : _____

38. Référence psychosociale suite au TDR : Non Oui

39a. Premier suivi accepté? Oui Non

39 b. Si refusé, pourquoi? _____

40a. Date et lieu prévus du premier suivi : _____ / _____ / _____

40b. Lieu : _____

(aaaa) / (mm) / (jj)

41a. Date : _____ / _____ / _____
(aaaa) / (mm) / (jj)

41 b. Signature : _____

Premier suivi (remise des résultats et counseling)

42. Ne s'est pas présenté à son premier suivi

N/A (car TDR non réactif)

43a. Résultat dépistage du VIH sur prélèvement veineux remis au client : Non Oui

43 b. Date : _____ / _____ / _____ 43c Résultats remis (autres ITSS) _____
(aaaa) / (mm) / (jj)

44. Revérification des périodes fenêtres : _____

45. IPPAP : _____

46. Vaccination À débuter À poursuivre À terminer Complète

47. Suivi 1 : Type d'intervention - Counseling – Tests refaits

48a. Date et lieu prévus du deuxième suivi : _____ / _____ / _____ 48b. Lieu : _____
(aaaa) / (mm) / (jj)

49a. Date : _____ / _____ / _____
(aaaa) / (mm) / (jj)

49 b. Signature : _____

Deuxième suivi

50. Ne s'est pas présenté à son deuxième suivi

51. Suivi 2 : Type d'intervention - Counseling – Tests refaits

52a. Date : _____ / _____ / _____
(aaaa) / (mm) / (jj)

52 b. Signature : _____

VOLET SPÉCIFIQUE À L'ÉVALUATION/RECHERCHE – PROJET TDR VIH

Numéro séquentiel

Texte d'introduction au projet d'évaluation :

Le test de dépistage rapide du VIH est offert dans le cadre d'un projet pilote. Toutes les informations recueillies dans le cadre de ce projet seront traitées de manière confidentielle et aucun nom n'apparaîtra dans les dossiers de recherche. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce projet. Si vous refusez, vous aurez accès au test standard de dépistage du VIH. Cela n'affectera en rien la qualité des services et des soins qui vous seront offerts.

1. Le client participe au projet d'évaluation TDR VIH (CONSENTEMENT OBTENU)

Oui _____ (Initiales de l'intervenant)

2. Le client est vu sur rendez-vous : Non Oui

Votre intervention pour le dépistage du VIH

<p>3a. Type de test offert par l'intervenant</p> <p><input type="checkbox"/> Standard et TDR</p> <p><input type="checkbox"/> Standard seul _____</p>	<p>3 b. Si vous avez offert le test standard seulement, expliquer pourquoi :</p>
<p>4a. Type de test recommandé par l'intervenant</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun en particulier</p> <p><input type="checkbox"/> TDR</p> <p><input type="checkbox"/> Test standard } _____</p>	<p>4 b. Si vous avez recommandé un test plutôt qu'un autre, expliquer pourquoi :</p>
<p>5a. Test choisi par le client :</p> <p><input type="checkbox"/> TDR</p> <p><input type="checkbox"/> Test standard</p>	<p>5 b. Le client a-t-il demandé un TDR avant que vous ne le lui offriez?</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p>

6a. Le client a choisi le TDR

Les raisons de son choix
(cochez toutes les cases qui s'appliquent)

- Résultat obtenu immédiatement
- Une seule visite à faire
- Pas besoin de prise de sang
- Moins de stress avec ce test
- Test recommandé par l'infirmière
-

Autre _____

OU

6 b. Le client a choisi le test standard

Les raisons de son choix
(cochez toutes les cases qui s'appliquent)

- Test reconnu fiable depuis longtemps
- Moins de stress avec ce test
- Capacité du test à détecter une infection très récente
- Test recommandé par l'infirmière
- Autre _____

Dans le cas d'un test positif pour le VIH confirmé au LSPQ

Numéro séquentiel

7a. Référence pour soutien psychosocial offerte : Non Oui
7 b. Le client a accepté : Non Oui

8a. Référence pour prise en charge médicale acceptée : Non Oui
8 b. Si refusée ou impossible, raison :

8c. Si acceptée, date et lieu de rencontre prévus : ____/____/____ **8d.** Lieu :

8e. Date d'effet de la rencontre : ____/____/____ (aaaa) / (mm) / (jj) Ne s'est pas présenté Non vérifié/inconnu
(aaaa) / (mm) / (jj)

Commentaires de l'intervenant

9. Durée de la rencontre avec le client : _____ minutes

10. Si vous avez offert le TDR de façon ciblée pour ce client, expliquer pourquoi :

11. Selon vous, le test de dépistage du VIH choisi par le client était-il le plus approprié?

12. Points positifs en lien avec l'utilisation du TDR :

13. Points négatifs en lien avec l'utilisation du TDR :

14. Autres commentaires :

PROJET TDR VIH

Fiche parallèle pour l'encryptage des codes

Demandez à la personne de vous fournir les renseignements suivants si elle accepte de participer au projet de recherche :

Jour de naissance ____/____/____ Inscrire 0 avant si date entre 1 et 9
Mois de naissance ____/____/____ Inscrire 0 avant si né entre janvier et septembre
Année de naissance ____/____/____ (si né en 1977, inscrire 77)
Sexe _____ 1 = femme 2 = homme 3 = transgenre
Initiales ____/____/____/____/____ Inscrire les initiales (Prénom et nom) et mettre des 0 dans les cases restantes à droite

CODE ENCRYPTÉ : _____
(Inscrire en majuscules en différenciant les I des 1 et les 0 des O)

Numéro séquentiel

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION-PROJET TDR VIH

1. Quelle est l'importance de chacune des raisons suivantes dans le fait d'être venu(e) **ici** faire un test de dépistage du VIH ?

- a) Possibilité d'avoir des services sans carte d'assurance-maladie
- b) Possibilité d'avoir le test de façon anonyme
- c) Possibilité d'avoir une rencontre rapidement
- d) Possibilité d'avoir une rencontre dans un organisme communautaire
- e) Possibilité d'avoir un test à résultat rapide

Très important	Assez important	Peu important	Pas important
++	+	-	::
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Indiquez dans quelle mesure vous êtes satisfait(e) des aspects suivants :

- a) Durée de la rencontre
- b) Possibilité de poser toutes les questions que vous souhaitiez
- c) Informations claires sur les différences entre le test standard du VIH et le test à résultat rapide
- d) Informations claires sur le VIH et sa prévention
- e) Rencontre en général

Très satisfait(e)	Assez satisfait(e)	Peu satisfait(e)	Pas satisfait(e)
++	+	-	::
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Seriez-vous venu(e) faire un dépistage du VIH aujourd'hui si le test de dépistage à résultat rapide n'était pas offert ?

Très probable	Assez probable	Peu probable	Pas probable
++	+	-	::
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. La prochaine fois que vous aurez un dépistage du VIH, allez-vous demander le même test qu'aujourd'hui ?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

5. Avez-vous l'intention de refaire un test de dépistage du VIH **au cours des 6 prochains mois?**

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Est-ce que le fait qu'un test de dépistage à résultat rapide soit offert influence votre intention d'être testé(e) **au cours des 6 prochains mois** ?

- Oui, vous avez **davantage** l'intention d'être testé(e)
- Oui, vous avez **moins** l'intention d'être testé(e)
- Non
- Ne sais pas

6. Quel type de test de dépistage du VIH avez-vous fait aujourd'hui ?

Test à résultat rapide

	Très stressé(e) ++	Assez stressé(e) +	Peu Stressé(e) -	Pas Stressé(e) --
7. Vous sentiez-vous stressé(e) de recevoir le résultat de votre test de VIH en quelques minutes ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Quelle est l'importance de chacune des raisons suivantes dans votre choix?	Très important ++	Assez Important +	Peu important -	Pas important --
a) Résultat du test obtenu tout de suite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Une seule visite à faire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Pas besoin de prise de sang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Moins de stress avec ce test	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Test recommandé par votre infirmier(ère)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Test standard

	Très important ++	Assez Important +	Peu important -	Pas important --
9. Quelle est l'importance de chacune des raisons suivantes dans votre choix?				
a) Test reconnu fiable depuis longtemps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Capacité du test à détecter une infection très récente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Moins de stress avec ce test	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Test recommandé par votre infirmier(ère)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANNEXE 3
OUTILS RELATIFS AU PROGRAMME
D'ASSURANCE DE LA QUALITÉ

ASSURANCE DE LA QUALITE –1 : SUIVI DES RÉSULTATS DES TDR ET DES TESTS DE CONFIRMATION

Identification du point de service (PDS) : _____

Nom de la trousse : INSTI™ HIV-1 Rapid Antibody _____

Tout TDR

Si résultat du TDR autre que négatif ¹

Test de dépistage rapide au PDS					Échantillons envoyés aux laboratoires (s'il y a lieu)								
Date du prélèvement	Identification de la personne (Numéro de dossier)	Numéro du lot TDR	Initiales de l'infirmière qui a fait le test au PDS	Résultat du test au PDS	Date d'envoi	Numéro de référence du laboratoire du CHUL	Résultat ² du test de VIH du CHUL	Résultat ² du test de confirmation du LSPQ (interprétation finale)		Date de réception du rapport	Initiales De l'infirmière qui inscrit les résultats du test en laboratoire	Date de transmission des résultats à la personne	Commentaires
								Ac anti-VIH	Ag p24				

1. Ou TDR négatif mais prélèvement veineux effectué car suspicion de primo-infection au VIH

2. N = négatif P = positif IND = indéterminé NV = non valide

* Vérifier si la discordance doit être signalée au fabricant et à l'Inspectorat de la Direction générale des produits de santé et des aliments, à Santé Canada, au 1 800 267-9675

ASSURANCE DE LA QUALITÉ – 2 : VÉRIFICATION DE LA CONFORMITÉ DES TDR

Identification du point de service (PDS) : CLSC Haute-Ville _____ Mois : _____ Année : _____
Nom de la trousse : INSTI™ HIV-1 Rapid Antibody _____

Date	Raison du contrôle (nouveau coffret ou hebdomadaire)	Nb de tests réalisés depuis le dernier contrôle de la qualité	Résultat contrôle positif	Résultat contrôle négatif	Numéro du lot de la trousse	Numéro du lot des contrôles	Identification de l'infirmière	Résultats conformes aux résultats attendus	Validation par le responsable (initiales et date)	Suivi (si nécessaire)

NB : Chaque ligne est une activité de contrôle de la qualité comprenant un contrôle positif et un contrôle négatif
N = négatif P = positif IND = indéterminé NV = non valide

ASSURANCE DE LA QUALITÉ – 3 : RAPPORT D'INCIDENTS

Identification du point de service (PDS) : _____ Mois :

_____ Année : _____

Nom de la trousse : INSTI™ HIV-1 Rapid Antibody _____

Date	Type d'incident *	Description**	Mesure prise***	Date de résolution du problème	Identification de l'infirmière

* Exemple d'incident : Résultat non valide

** Exemple de description : Pas de tache, peut-être pas assez de sang prélevé

*** Exemple de mesure prise : Test répété, résultat valide

ASSURANCE DE LA QUALITÉ – 4 : MONITORAGE DE LA TEMPÉRATURE

Identification du point de service (PDS) : CLSC Haute-Ville _____ Mois : _____
Année : _____

Nom de la trousse : INSTI™ HIV-1 Rapid Antibody

Date	Températures enregistrées			Initiales
	Heure	Min (°C)	Max (°C)	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

ANNEXE 4
TABLEAUX DE RÉSULTATS ADDITIONNELS

Tableau 15 Offre de dépistage à l'aide de la TDR telle que prévue en avril 2010 et offre réalisée dans le réseau des SIDEPS du CSSS de la Vieille-Capitale

Sites	Clientèle principale	Type d'offre de la TDR		Heures de présence	
		Prévu	Offert	Prévues	Offertes
Sites intra-muros					
SIDEP Haute-Ville	HARSAH	S ^a C ^b	S C	6h; 2 j/sem ^c Variable	21h; 3,5j/sem Variable
SIDEP Basse-Ville	HARSAH	C	C	5j/sem	4j/sem à partir du 28-02-11
Sites extra-muros					
Point de Repères	Personnes utilisatrices de drogues dures et personnes UDI	S	-	4h/sem	-
		C	-	10h/sem	-
MIELS-Québec	HARSAH	S	S	4h/sem	6h; 1j/sem
		C	C	4j/sem	4j/sem
PIPQ	Travailleurs(euses) du sexe Personnes utilisatrices de drogues dures et personnes UDI	C	C	6h/sem	5h/sem
Maison Lauberivière, Café Rencontre, Rendez-vous Centre-Ville	Personnes itinérantes et/ou désaffiliées socialement et Personnes utilisatrices de drogues dures et personnes UDI	C	C	4h/sem	4h/sem ^d
		C	C	4h/mois	4h/mois ^d

a S : Offre systématique de la TDR dans le cadre des cliniques spécifiques d'offre concomitante des deux tests (standard et TDR), sauf en présence de contre-indication à la TDR.

b C : Offre ciblée de la TDR en dehors des cliniques spécifiques, selon le jugement clinique de l'infirmière, après considération des aspects de faisabilité.

c Heures totales sur une base hebdomadaire; nombre de journées sur lesquelles les heures de présence sont réparties sur une base hebdomadaire

d En début de projet, quelques tests ont été réalisés au Rendez-vous Centre-Ville et au Relais L'Espérance. En raison d'un roulement de personnel, l'offre ne s'est pas maintenue dans le temps.

Tableau 16 Distribution des consultations effectuées dans le cadre du projet pilote selon le site

Sites	Consultations réalisées	
	n	%
Sites intra-muros		
<i>SIDEP Haute-Ville</i>	211	(60,1)
<i>SIDEP Basse-Ville</i>	10	(2,9)
Sites extra-muros		
<i>MIELS-Québec</i>	110	(31,3)
<i>PIPQ</i>	14	(4,0)
<i>Autres*</i>	6	(1,7)
Total	351	(100,0)

* La catégorie *Autres* inclut les sites où l'offre n'a pas perduré durant la période d'implantation.

Tableau 17 Distribution des consultations effectuées dans le cadre du projet pilote selon l'infirmière

Infirmières	Consultations réalisées	
	n	%
<i>Infirmière 1</i>	1	(0,3)
<i>Infirmière 2</i>	21	(6,0)
<i>Infirmière 3</i>	202	(57,5)
<i>Infirmière 4</i>	2	(0,6)
<i>Infirmière 5</i>	111	(31,6)
<i>Infirmière 6</i>	4	(1,1)
<i>Infirmière 7</i>	10	(2,8)
Total	351	(100,0)

Tableau 18 Distribution des consultations selon l'entente prise avec l'infirmière pour la transmission des résultats des tests de dépistage des ITSS autres que le VIH

Entente avec le client	Consultations réalisées	
	n	%
<i>Recevoir ses résultats lors d'un rendez-vous de suivi avec l'infirmière</i>	245	(76,3)
<i>Recevoir ses résultats par téléphone</i>	70	(21,8)
<i>Être référé à un médecin pour le suivi</i>	3	(0,9)
<i>Ne pas recevoir ses résultats si négatifs</i>	3	(0,9)
Total	321	(100,0)

Direction régionale de santé publique
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9
Téléphone : 418 666-7000
Télécopteur : 418 666-2776
www.dspq.qc.ca

*Agence de la santé
et des services
sociaux de la Capitale-
Nationale*

Québec 