



***Le dépistage
anonyme
du VIH :***



***VERS DES SERVICES
INTÉGRÉS DE DÉPISTAGE
DU VIH, DES MTS ET
DES HÉPATITES VIRALES***

ORIENTATIONS

*Le dépistage
anonyme
du VIH :*

*VERS DES SERVICES
INTÉGRÉS DE DÉPISTAGE
DU VIH, DES MTS ET
DES HÉPATITES VIRALES*

ORIENTATIONS

Québec 

Ministère de
la Santé et des Services sociaux

Centre de coordination
sur le sida

Membres du groupe de travail sur le fonctionnement et l'avenir des services de dépistage anonyme

Andrée Bouchard	Direction de la santé publique Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
Andrée Carrière	Service de première ligne Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
Diane Carbonneau	CLSC-CHSLD Haute-Ville des Rivières Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
Danièle Donaldson	Direction de la santé publique Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Lyne Fontaine	CLSC SOC Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Gilles Lambert	Direction de la santé publique Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
Johanne Lebeau	Direction de la santé publique Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Martine Morin	Centre québécois de coordination sur le sida Ministère de la Santé et des Services sociaux
Raymonde Pépin	CLSC Basse-Ville-Limoilou Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
Jacques Ringuet	Direction de la santé publique Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
Louise Rivard	Direction des programmes Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Terry-Nan Tannenbaum	Direction de la santé publique Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
Hugues Tétreault	Groupe Vigie Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Rédaction

Martine Morin Responsable du groupe de travail

Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Pour obtenir un exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande par télécopieur : (418) 644-4574

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1**

Le présent document est disponible à la section **documentation** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

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

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2001
Bibliothèque nationale du Canada, 2001
ISBN 2-550-37355-3

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec



AVANT-PROPOS

Le présent document trace le bilan de l'utilisation des services de dépistage anonyme du VIH au Québec du 1^{er} avril 1994 au 31 mars 1998 et précise les défis liés à ce type de services, tout en soulignant le rôle joué par les maladies transmissibles sexuellement dans l'infection par le VIH.

Il propose un réaménagement des services de dépistage anonyme du VIH favorisant l'intégration du dépistage du VIH et des autres maladies transmissibles sexuellement et l'adaptation des services offerts pour mieux répondre aux besoins des populations vulnérables, tel qu'il est prévu dans la *Stratégie québécoise de lutte contre le sida – Phase 4 : Orientations 1997-2002* et dans la *Stratégie québécoise de lutte contre les MTS, maladies transmissibles sexuellement : Orientations 2000-2002*.

Ce document s'adresse donc principalement aux régies régionales qui, en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, doivent procéder à l'organisation des services sur leurs territoires, mais aussi aux responsables régionaux des services de dépistage anonyme du VIH, aux équipes spécialisées et équipes œuvrant au sein des centres de services de dépistage anonyme ainsi qu'aux équipes des cliniques jeunesse et des cliniques MTS des centres locaux de services communautaires (CLSC).



TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	5
DÉFINITIONS	5
INTRODUCTION	6
1 PORTRAIT DES SERVICES DE DÉPISTAGE ANONYME AU QUÉBEC	8
1.1 Historique	8
1.2 Fonctionnement actuel	9
2 BILAN DE L'UTILISATION DES SERVICES DE DÉPISTAGE ANONYME	10
2.1 Profil des utilisateurs des services de dépistage anonyme	10
2.2 Taux d'utilisation des services de dépistage anonyme	10
2.3 Résultats des tests de dépistage anonyme	11
2.4 Suivi et orientation des personnes séropositives	11
2.5 Utilisation des services de dépistage anonyme et des services offrant le test de dépistage de façon nominale et non nominale	11
3 CONSTATS SUR LE DÉPISTAGE ANONYME	12
3.1 Importance du dépistage du VIH	12
3.2 Importance de l'anonymat	12
3.3 <i>Counselling</i> prétest et post-test : la valeur ajoutée des services de dépistage anonyme	13
3.4 Populations vulnérables	13
4 MALADIES TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT	14
4.1 Constat et défis liés aux maladies transmissibles sexuellement	14
4.2 Axes d'orientation de la Stratégie québécoise de lutte contre les MTS	14
4.3 Intégration du dépistage des MTS dans les activités des services de dépistage anonyme du VIH ..	15
5 ORIENTATIONS	16
CONCLUSION	20
TABLEAUX	
1. Utilisateurs des services de dépistage anonyme de 1994-1995 à 1997-1998	21
2. Portrait des équipes de dépistage anonyme au 31 décembre 1998	22
3. Données comparatives des services de dépistage anonyme de 1994-1995 à 1997-1998	24
4. Utilisation des centres de services de dépistage anonyme et positivité des utilisateurs de ces services par rapport à l'estimation du taux de prévalence de l'infection par le VIH chez les adultes (15 ans ou plus) pour l'année 1997-1998	25
BIBLIOGRAPHIE	26



LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

CH	Centre hospitalier	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires	MTS	Maladie transmissible sexuellement
CQCS	Centre québécois de coordination sur le sida	OMS	Organisation mondiale de la santé
HARSAH	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes	UDI	Utilisateur de drogues par injection
		VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Définitions

Bilan – Phase 3

Rapport de la consultation réalisée pour le bilan de la phase 3 et l'élaboration de la phase 4 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida.

Dépistage anonyme

Dépistage anonyme du VIH-sida.

Dossier

On entend par dossier le nombre de consultations faites par une personne en vue d'un test de dépistage anonyme. La consultation comporte plusieurs visites, dont la visite pour recevoir le résultat. Les individus peuvent revenir plus d'une fois dans la même année.

Ministère

Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Plan d'action

Stratégie québécoise de lutte contre le sida – Phase 4 : Plan d'action du CQCS, 1998-2000.

Régie régionale

Régie régionale de la santé et des services sociaux.

Site

Lieu physique où sont situés les services de dépistage anonyme.

Services de dépistage anonyme

On entend par services de dépistage anonyme, les équipes spécialisées et les équipes travaillant au sein des centres de services de dépistage anonyme qui offrent des services aux individus venant les consulter.

Stratégie – Phase 4

Stratégie québécoise de lutte contre le sida – Phase 4 : Orientations 1997-2002.

Stratégie québécoise de lutte contre les MTS

Stratégie québécoise de lutte contre les MTS, maladies transmissibles sexuellement : Orientations 2000-2002.

Test anonyme

Test anonyme du VIH. La personne est identifiée au moyen d'un code connu d'elle seule. Ainsi, personne d'autre ne peut associer le code indiqué sur la feuille de résultat au nom de celui ou celle qui a passé le test. Aucune mention n'est inscrite au dossier médical car l'accès au test de dépistage anonyme ne nécessite ni inscription, ni ouverture de dossier, ni carte d'assurance maladie.

Test nominal

Test nominal du VIH. Le nom de la personne et le nom du médecin sont spécifiquement identifiés au résultat.

Test non nominal

Test non nominal du VIH. La personne est identifiée uniquement par un code connu d'elle seule et de son médecin.

INTRODUCTION

Depuis près de quinze ans, le Québec s'est résolument engagé dans la lutte contre le VIH-sida. Cet engagement a donné lieu à l'élaboration et à l'implantation d'une stratégie globale de lutte contre le sida, dont la phase 4 a été amorcée en juin 1997 et se poursuivra jusqu'en 2002¹. Coordonnée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), par l'intermédiaire du Centre québécois de coordination sur le sida (CQCS), la stratégie de lutte contre le sida s'articule autour des grands axes d'intervention que sont la prévention, les soins et services, la recherche, l'évaluation et la surveillance.

Parmi les mesures préconisées pour lutter contre le VIH-sida, le dépistage du VIH est l'un des éléments essentiels, tant sur le plan de la prévention que sur le plan de la connaissance qu'il apporte, quant à l'évolution de l'épidémie. Afin de bien utiliser cette mesure, des structures ont été mises en place et des modalités ont été adoptées pour permettre l'accès au test anti-VIH. Ainsi, il existe au Québec trois modalités d'accès au test de dépistage, soit le test nominal, le test non nominal et le test anonyme. Si ces trois modes répondent à des critères de confidentialité, le test anonyme est celui qui, par définition, garantit la non-identification de la personne qui subit le test.

À cet égard, considérant que l'anonymat inciterait les personnes susceptibles de contracter le VIH à passer un test de dépistage, le CQCS a consacré, depuis 1987, des efforts considérables afin de multiplier l'accès au test de dépistage anonyme. Non seulement il a créé de nombreux sites offrant le dépistage anonyme, mais il a également insisté pour qu'y soit offert un service personnalisé de prévention – qui soit complètement anonyme – et de *counselling* adapté aux besoins précis de la personne demandant le test. Il a aussi produit certains documents de promotion pour faire connaître l'existence de ces tests et de ces sites.

Plus de dix ans après la mise en place des premières équipes de dépistage anonyme, les populations les plus touchées par l'épidémie de VIH demeurent relativement les mêmes, soit les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), les personnes venant de pays où la maladie est endémique, les utilisateurs de drogues par injection (UDI), les femmes et les jeunes en difficulté. Cependant, la proportion de nouvelles personnes infectées annuellement (incidence) parmi ces groupes s'est modifiée avec le temps. Nous constatons également que ces populations sont de plus en plus aux prises avec de multiples problèmes, tant psychosociaux que médicaux. Les équipes de dépistage anonyme actuelles doivent donc faire face à cette nouvelle réalité. Un nouveau défi apparaît à l'horizon : les équipes doivent entrer en contact avec les groupes visés dans leur milieu et mieux répondre à leurs besoins.

Malgré l'expertise reconnue en *counselling* de ces équipes, l'ensemble des services qu'elles rendent méritent d'être revus à la lumière de l'examen de plusieurs facteurs, parmi lesquels il faut mentionner :

- le profil de l'évolution de l'épidémie de VIH-sida qui a changé de façon notable durant ces années ;
- les constats qui ont été formulés dans le cadre du bilan de la consultation provinciale concernant la phase 3 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida² ;
- l'analyse du fonctionnement et de l'utilisation des services de dépistage anonyme^{3,4,5}.

Cet examen s'inscrit dans les orientations formulées dans le cadre de la Stratégie – Phase 4, visant à inciter les services de dépistage anonyme à entrer davantage en contact avec les groupes les plus vulnérables relativement à l'infection par le VIH et à faire bénéficier ces personnes d'un *counselling* adapté à leurs besoins.

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

2. CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA, *Rapport de la consultation réalisée pour le bilan de la phase 3 et l'élaboration de la phase 4 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida*, Québec, Direction de la recherche et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996, p. 45-49.

3. CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA, *Services de dépistage anonyme du VIH : Mise à jour des données recueillies pour l'année financière 1994-1995 par les différentes régions*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996, 30 p.

4. CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA, *Services de dépistage anonyme du VIH : Mise à jour des données recueillies pour l'année financière 1995-1996 par les différentes régions*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 14 p.

5. CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA, *Services de dépistage anonyme du VIH, Mise à jour des données recueillies pour les années financières 1996-1997 et 1997-1998 par les différentes régions régionales*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 28 p.

De plus, cet examen s'appuie sur la prémisse énoncée dans le Plan d'action 1998-2000 du Centre québécois de coordination sur le sida selon laquelle :

[...] les services de dépistage anonyme, après une phase d'implantation et de déploiement, doivent reconsidérer certains aspects de leur fonctionnement, compte tenu de l'évolution du contexte, afin de mieux s'adapter aux besoins. La complémentarité avec les services offerts par les CLSC, les cliniques privées et les autres lieux de dépistage, l'accessibilité au test pour les groupes les plus vulnérables et la prise en charge des personnes ayant besoin d'un soutien plus assidu, notamment pour un changement de comportement, sont autant de questions pour lesquelles une réflexion et des actions s'imposent⁶.

Le présent document découle donc d'une analyse et d'une réflexion qui concourent à proposer, de façon plus concrète, un réaménagement et une réorientation des services de dépistage anonyme et énonce à cet effet plusieurs orientations.

6. CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA, *Stratégie québécoise de lutte contre le sida – Phase 4 : Plan d'action du Centre québécois de coordination sur le sida, 1998-2000*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, p. 18.

À Québec, les services de dépistage anonyme existent depuis 1989. Assurés par quatre équipes spécialisées au début, ils se retrouvent aujourd'hui dans plus de 65 sites où au moins une personne offre les services de *counselling* prétest et post-test, de prévention et de dépistage.

1.1 Historique

La volonté de créer un véritable réseau de services de dépistage anonyme a conduit, en 1989, à la mise sur pied d'une structure composée de quatre équipes spécialisées de dépistage anonyme, dont les lieux de pratique se trouvaient respectivement à Montréal (deux équipes), Québec (une équipe) et Sherbrooke (une équipe). Leur mandat, outre d'offrir à la population l'accès au test de dépistage anonyme, était d'acquiescer et de développer une expertise de pointe en matière de *counselling* prétest et post-test et, éventuellement, de favoriser la diffusion de cette expertise par la formation et l'encadrement de nouvelles personnes affectées au dépistage anonyme. Chacune des équipes avait la responsabilité de promouvoir l'accès au test de dépistage sur son territoire.

En 1992, la phase 3 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida et de prévention des MTS est amorcée. Cette stratégie souligne, entre autres, la nécessité d'accroître l'accès au test de dépistage anonyme et, par conséquent, d'augmenter le nombre de sites d'accès au test. Cette mesure était motivée par la crainte de la population face au VIH-sida et par l'ostracisme dont étaient frappées non seulement les personnes infectées par le VIH, mais également celles qui, en passant un test de dépistage, révélaient des comportements susceptibles de leur faire contracter le VIH. Il fallait donc, simultanément, amener ces personnes à risque à passer le test, afin d'éviter, entre autres, qu'elles transmettent à leur tour le VIH et de garantir l'anonymat des personnes qui ne voulaient pas être identifiées.

À compter de 1994, de nouveaux sites d'accès, appelés « centres de services de dépistage anonyme », sont établis graduellement dans toutes les régions du Québec. Dès lors, chacun de ces centres de services (majoritairement situés dans les CLSC) a été jumelé avec l'une ou l'autre des quatre équipes spécialisées afin de bénéficier de son expertise en la matière, de sa compétence à former des intervenants et de l'encadrement offert.

Le mandat confié à ces centres de services était d'offrir spécifiquement l'accessibilité au test anonyme, le *counselling* prétest et post-test systématiquement et, au besoin, de diriger les personnes pour qui le résultat du test révélait une séropositivité au VIH vers d'autres ressources pour des suivis médical, psychosocial, nutritionnel et autres⁷. Ce mandat est encore en vigueur aujourd'hui.

Afin de faire connaître l'existence des centres de services (dont le nombre s'élevait à 53, répartis sur tout le territoire du Québec), le MSSS amorça, en janvier 1995, une campagne de communication appuyée par la production et la diffusion d'une gamme d'outils (affiches, dépliants, cartes de rendez-vous, etc.), sous le thème *Le test de dépistage anonyme du VIH-sida, y avez-vous déjà pensé ?* Volontairement, cette campagne ne visait pas à promouvoir le recours au test de dépistage anonyme comme le « meilleur » moyen (comparativement aux tests nominatifs et non nominatifs qui étaient, et sont toujours offerts dans les autres milieux de soins privés et publics). Elle avait simplement comme objectif de préciser que le test de dépistage anonyme existait et que, si quelqu'un préférerait cette modalité, plusieurs endroits l'offraient.

À la suite d'une consultation provinciale, en 1997, le Ministère modifie la vocation des équipes spécialisées : elles ne jouent plus le rôle de soutien pour les autres régions, mais elles doivent élargir l'accès au dépistage anonyme dans leur région. De plus, elles doivent promouvoir et réaliser les activités de prévention et de formation dans leur région.

7. CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA, *Cadre de référence pour l'implantation de services anonymes de dépistage du VIH au Québec*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1993, 3 p.

1.2 Fonctionnement actuel

Tel qu'il a été mentionné précédemment, les centres de services de dépistage anonyme sont logés majoritairement dans les locaux des CLSC. Cependant, les effectifs et les activités varient d'un site à l'autre. Le tableau 2 nous renseigne sur ces points.

De façon générale, le centre de services de dépistage anonyme n'a qu'une seule ressource, soit un médecin ou une infirmière. Cette personne exerce entre autres les fonctions liées à l'information, à l'orientation vers les ressources appropriées, au soutien, au prélèvement et au suivi. Dans certains centres de services, un agent de relations humaines, un travailleur social ou une secrétaire viennent s'ajouter au personnel en place.

La disponibilité des services de dépistage anonyme varie d'une région à l'autre, allant d'un minimum d'une demi-journée par semaine à cinq jours par semaine. Seulement trois centres de services sont ouverts en soirée, à raison d'un soir par semaine.

Plusieurs centres de services de dépistage anonyme fonctionnent sur rendez-vous, car ce système assure un plus grand anonymat puisqu'il n'y a pas d'attente dans une salle où il serait possible d'être identifié. Cependant, dans le but de mieux répondre aux besoins des groupes vulnérables ou à risque, dans certains centres de services de dépistage anonyme, on accepte de recevoir les gens sans rendez-vous.

La surveillance des données relatives aux services de dépistage anonyme existe depuis 1994-1995 et fait l'objet de rapports annuels. C'est à partir de ces rapports que nous ferons un bilan qui tiendra compte du profil des utilisateurs de ces services, du taux d'utilisation des sites, des résultats des tests de dépistage anonyme, des recommandations et des suivis faits par les intervenants ainsi que de l'utilisation des services selon les deux autres modalités du test de dépistage du VIH (de façon nominale et non nominale).

2.1 Profil des utilisateurs des services de dépistage anonyme

Du 1^{er} avril 1994 au 31 mars 1998, plus de 28 500 personnes ont fait appel aux services de dépistage anonyme. Au cours de ces quatre années, le principal motif invoqué par ces personnes au moment de leur consultation est le fait d'avoir eu des comportements à risque (voir le tableau 1). Ainsi, 51,1 % de ces personnes disent avoir eu des activités sexuelles non protégées, des partenaires multiples et des partenaires sexuels à risque. L'autre motif justifiant l'utilisation du test était le désir d'établir une relation stable (17,2 % des personnes). Cette dernière motivation semble d'ailleurs connaître une augmentation puisqu'en 1994-1995, 12,9 % des personnes donnaient cette raison, comparativement à 27,6 % en 1997-1998.

Par ailleurs, l'examen des différentes données relatives aux utilisateurs des services de dépistage anonyme démontre que les personnes les plus vulnérables au VIH ne sont pas celles qui utilisent le plus les services de dépistage anonyme. En énonçant les grandes orientations de la Stratégie – Phase 4 en 1997, le MSSS reconnaissait ce fait et insistait sur la nécessité que les services de dépistage anonyme mettent en œuvre les moyens appropriés pour entrer davantage en contact avec les personnes vulnérables au VIH.

Pourtant, force est de constater qu'encore aujourd'hui, les services de dépistage anonyme ont du mal à se rapprocher de cette population cible. Ainsi, les groupes dits très vulnérables, – notamment les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les utilisateurs de drogues par injection, les toxicomanes, les femmes en difficulté et les jeunes de la rue –, utilisent encore très

peu les services de dépistage anonyme. En effet, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ne représentent plus que 3,6 % des utilisateurs alors qu'en 1994-1995, ils étaient 7,2 %. De plus, il n'y a que 2 % des usagers des services de dépistage anonyme qui invoquent l'utilisation de drogues par injection pour passer le test.

Actuellement, des efforts sont consentis afin que ces divers groupes soient mieux rejoints par les services de dépistage anonyme. Ces efforts donnent lieu à l'exploration de nouvelles avenues susceptibles de mieux répondre à la réalité des personnes et des groupes vulnérables au VIH. Ainsi, deux régies régionales permettent à leurs services de dépistage anonyme d'utiliser une unité mobile pour offrir les services à l'extérieur de leurs murs. Une autre régie régionale offre des services de vaccination contre l'hépatite B et des services de dépistage anonyme à l'extérieur des murs du CLSC, avec la collaboration d'un organisme communautaire et d'un centre de désintoxication. Finalement, une autre régie régionale réalise deux projets pilotes dont l'un consiste en « une intervention structurée auprès de la clientèle adulte toxicomane dans cinq territoires de CLSC de [sa] région » et l'autre « auprès de la clientèle des centres de réadaptation par les intervenants en toxicomanie⁸ ». Les prochaines données de surveillance permettront de mesurer, en partie, l'efficacité de ces nouvelles modalités de services.

2.2 Taux d'utilisation des services de dépistage anonyme

Pour la période s'étendant de 1987 à 1995, le taux d'utilisation des services de dépistage anonyme a été faible. Au 31 mars 1995, 3,6 % des échantillons analysés par le Programme provincial de diagnostic de laboratoire de l'infection à VIH provenaient des services de dépistage anonyme⁹.

Bien que l'on remarque, depuis 1994-1995 (voir le tableau 3), une augmentation importante du nombre de sites de services de dépistage anonyme (24 en 1994-1995, comparativement à 72 en 1997-1998) et du nombre de dossiers traités (5 608 en 1994-1995, comparativement à 7 836 en 1997-1998), il demeure que la population québécoise s'adresse peu aux services de dépistage anonyme.

8. RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, *Services de dépistage anonyme du VIH : État de la situation et recommandations*, Saint-Jérôme, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, 1999, 30 p.

9. CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA, *Rapport de la consultation réalisée pour le bilan de la phase 3 et l'élaboration de la phase 4 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida*, Québec, Direction de la recherche et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996, p. 48.

En 1997-1998, le nombre d'échantillons analysés par le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) provenant des services de dépistage anonyme (7 639) représente 3,9 % de l'ensemble des échantillons analysés par ce laboratoire (195 134)¹⁰ pour détecter le VIH, soit une augmentation de 0,3 % par rapport à l'année 1994-1995.

Ces données ne tenant pas compte de doublons pouvant se glisser dans le nombre d'échantillons analysés par le LSPQ, il se peut que l'utilisation des services de dépistage soit ainsi sous-estimée. Malgré cela, on peut conclure que cette faible augmentation du taux de fréquentation ne semble pas due à un problème d'accessibilité géographique étant donné le grand nombre de sites (voir le tableau 3), mais probablement aux méthodes utilisées jusqu'à ce jour pour entrer en contact avec la population visée et promouvoir le dépistage et, possiblement, à la méconnaissance, voire à l'ignorance de l'existence des services de dépistage anonyme, à une accessibilité réduite (temps et lieu), à la confusion entre la confidentialité et l'anonymat ainsi qu'au faible taux de séropositivité dans certaines régions.

2.3 Résultats des tests de dépistage anonyme

Lorsque l'on regarde le résultat des analyses des tests de dépistage du VIH effectués dans les services de dépistage anonyme, le taux de positivité est très faible et diminue d'année en année : de 0,9 % qu'il était en 1994-1995, il n'est plus que de 0,4 % en 1997-1998 (voir le tableau 1). Depuis 1994-1995, environ 7 % du nombre annuel moyen de nouvelles personnes diagnostiquées au Québec – soit 46 sur 638 – ont utilisé les services de dépistage anonyme¹¹. Ce pourcentage peut amener à penser que les services de dépistage anonyme ne répondent qu'à une faible proportion des personnes vulnérables à l'infection par le VIH.

2.4 Suivi et orientation des personnes séropositives

En matière de suivi et d'orientation des personnes séropositives, les données recueillies ne nous permettent pas de faire le point. En effet, le faible nombre de personnes diagnostiquées dans les services de dépistage anonyme est un facteur qui peut expliquer globalement le fait que, tant dans

les centres de services que dans les équipes spécialisées, peu de recommandations ont été faites pour un suivi psychologique, médical, nutritionnel ou autre. Il faut également souligner que, dans les cas diagnostiqués, les intervenants des services de dépistage anonyme offrent de plus en plus souvent le service de notification aux partenaires.

2.5 Utilisation des services de dépistage anonyme et des services offrant le test de dépistage de façon nominale et non nominale

L'existence parallèle des trois types de services de dépistage (nominal, non nominal et anonyme) permet *a priori* de répondre adéquatement aux besoins de l'ensemble de la collectivité et de mieux traduire les particularités des régions urbaines, semi-urbaines et rurales. Toutefois, on constate une certaine disparité dans le choix que font les personnes quant au type de services de dépistage. Cette disparité avait déjà été soulignée dans le Bilan – Phase 3.

Ainsi, dans les régions urbaines, les ressources spécialisées (notamment des cliniques privées) offrant le test de dépistage nominal ou non nominal semblent répondre aux besoins d'une grande partie de la population cible. Les centres hospitaliers, les cabinets privés et les CLSC offrant également le test de dépistage nominal ou non nominal se partagent le reste de cette population. Peu de personnes utilisent les services de dépistage anonyme. C'est la conclusion qui se dégage de l'analyse du taux d'utilisation des services de dépistage anonyme, du taux de positivité chez les utilisateurs de ces services et du taux de prévalence du VIH chez ces mêmes utilisateurs (voir le tableau 4).

Dans les régions semi-urbaines et rurales, la population semble consulter, dans une proportion comparable, l'un ou l'autre des services de dépistage offerts dans l'ensemble du réseau public de la santé. Par contre, dans certaines régions rurales ou faiblement peuplées, la population semble utiliser majoritairement les centres de services offrant le dépistage anonyme (voir le tableau 4) en raison, sans doute, du faible nombre de cliniques et de cabinets privés ayant une expertise en matière de dépistage du VIH-sida dans ces régions.

10. LABORATOIRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Programme provincial de diagnostic de laboratoire de l'infection à VIH : Statistiques hebdomadaires du 30 mars 1997 au 29 mars 1998*, Montréal, Laboratoire de santé publique du Québec, 1998, non paginé.

11. SANTÉ CANADA, *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 30 juin 1998*, Ottawa, Division de la surveillance du VIH/sida, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Laboratoire de lutte contre la maladie, Direction générale de la protection de la santé, Santé Canada, 1998, p. 14.

Actuellement, l'offre de services en matière de dépistage anonyme est bien organisée et s'appuie sur une vaste expertise de *counselling* prétest et post-test. Cependant, au terme de l'analyse, on peut s'interroger sur l'utilisation de ces services, qui n'est pas optimale en ce qui a trait au type de population jointe (voir le tableau 1) et au taux d'utilisation (voir le tableau 4). Cette réflexion doit cependant tenir compte de la décision du Ministère, en 1997¹², de maintenir ces services. Dans une perspective plus large, l'évolution de l'épidémie et l'examen des mesures mises en place, ou en voie de l'être, afin de répondre adéquatement aux nouvelles réalités influenceront également cette réflexion.

3.1 Importance du dépistage du VIH

Dans un contexte où il est reconnu qu'un diagnostic précoce de l'infection par le VIH favorise l'accès aux traitements qui, eux, retardent l'évolution de l'infection vers le sida, on ne peut nier l'importance du dépistage du VIH peu importe les modalités d'accès au test, et ce, particulièrement au cours d'une grossesse alors que le traitement peut prévenir la transmission materno-fœtale du VIH. Malgré leur importance, ces raisons ne sont pas les seules qui militent en faveur du dépistage du VIH.

En effet, le dépistage est un moyen de gérer le risque d'infection par le VIH et un élément de base pour établir une stratégie de protection incluant la modification des comportements, quel que soit le profil de la personne. Si un résultat est négatif, cette personne pourra être rassurée, entre autres, à la suite d'un comportement à risque. Un tel résultat pourra aussi, le cas échéant, faciliter la prise de décision quant à l'arrêt de l'utilisation du condom quand une femme désire avoir une relation stable ou une grossesse. Si le diagnostic est positif, la personne adoptera des comportements sécuritaires qui auront pour effet de diminuer la transmission secondaire. Une étude réalisée à l'échelle provinciale¹³, en 1998, confirme que ce sont là des motifs justifiant le dépistage du VIH.

3.2 Importance de l'anonymat

Au moment de la consultation, en 1996, qui a conduit à la réalisation du Bilan – Phase 3, l'importance de l'anonymat a été reconnue dans la grande majorité des régions, car cette modalité permet de favoriser l'accès au test de dépistage anonyme du VIH partout au Québec, et ce, sans qu'il soit nécessaire pour une personne de se présenter dans le CLSC de sa localité.

Au cours des dernières années, plusieurs études, dont certaines sont canadiennes, démontrent que l'accès au test anonyme incite les gens, parmi lesquels les personnes qui sont les plus vulnérables, à subir un test de sérodiagnostic du VIH et favorise le retour de ces gens aux centres de services pour recevoir le résultat de ce test¹⁴. En octobre 1998, le Réseau juridique canadien VIH/sida et la Société canadienne du sida reconnaissent l'importance de rendre accessible le test anonyme¹⁵ afin de préserver l'identité des gens qui ne veulent pas subir un test nominal ou non nominal. Au Québec, les centres qui offrent le test anonyme sont reconnus pour leur pratique de *counselling* prétest et post-test adapté aux besoins des utilisateurs.

Au Québec, plus de 45 % des utilisateurs des services de dépistage anonyme invoquent l'anonymat comme la raison principale de choisir ce mode de consultation. Au fil des années, l'importance de l'anonymat a pris de l'ampleur : en 1994-1995, 42 % des utilisateurs consultaient un service de dépistage anonyme pour cette raison alors qu'en 1997-1998, 47,3 % invoquent cette raison (voir le tableau 1).

Enfin, compte tenu que l'infection par le VIH pourrait devenir prochainement une maladie à déclaration obligatoire, le Comité *ad hoc* sur la surveillance épidémiologique de l'infection par le VIH au Québec et le Collège des médecins du Québec ont souligné l'importance de maintenir l'accès aux tests anonymes au Québec afin d'éviter que l'infection ne soit pas dépistée chez des personnes à risque, par crainte que la confidentialité ne soit pas assurée malgré les mesures de sécurité intégrées au système de surveillance du VIH qui sera mis en place.

12. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Stratégie québécoise de lutte contre le sida – Phase 4 : Orientations 1997-2002*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, p. 28.

13. RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE, *Les Québécois face au sida : Attitudes envers les personnes vivant avec le VIH et gestion des risques*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1998, p. 89-100.

14. RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA et SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Test de sérodiagnostic du VIH et confidentialité : rapport final*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1998, p. 74-81.

15. *Loc. cit.*

3.3 *Counselling* prétest et post-test : la valeur ajoutée des services de dépistage anonyme

Les services de dépistage anonyme sont reconnus comme une ressource spécialisée en prévention dans le domaine du VIH-sida et pour la qualité de leur *counselling*. En effet, un des traits distinctifs des services de dépistage anonyme est sans aucun doute le *counselling* prétest et post-test assuré par des professionnels dont la formation et l'expertise facilitent l'intervention auprès de la population à risque.

Au moment d'une consultation dans un service de dépistage anonyme, une démarche systématique est effectuée par le professionnel auprès de la personne qui se présente pour passer le test. Ils évaluent ensemble les comportements à risque pour cette personne relativement au VIH, déterminent les facteurs d'ordre personnel qui constituent des obstacles aux mesures de prévention et recherchent des solutions concrètes afin qu'elle adopte et maintienne des comportements sécuritaires. Le *counselling* est ainsi personnalisé et adapté aux réalités et aux besoins de l'utilisateur des services de dépistage anonyme.

La reconnaissance de la qualité et de la pertinence du *counselling* prétest et post-test est sans doute la raison pour laquelle plus de 82 % des utilisateurs viennent chercher leur résultat, ce qui nous apparaît une excellente performance. Depuis 1996-1997, même si la proportion des consultations qui conduisent à une démarche complète, c'est-à-dire du *counselling* prétest au *counselling* post-test, s'amenuise (82 % en 1997-1998 contre 88 % en 1996-1997), il ne faut pas, pour autant, sous-estimer l'importance du *counselling*. La recherche et la mise au point de nouvelles stratégies de prévention et de dépistage ne feront qu'accentuer le rôle de l'intervenant en *counselling*, que ce soit avant ou après le test, en matière de prévention de l'infection (éducation, soutien psychosocial, notification aux partenaires, par exemple), d'information (primo-infection, prophylaxie postexposition, entre autres), de suivi et de recommandations.

3.4 Populations vulnérables

L'arrivée des nouvelles thérapies antirétrovirales, si elle permet d'améliorer l'état de santé des personnes vivant avec le VIH-sida et de prolonger leur espérance de vie, pose des défis majeurs sur le plan de la prévention.

Actuellement, la situation est bien différente et la prévention, pour complexe qu'elle soit, est d'autant plus primordiale. Alors qu'il était déjà difficile d'amener les groupes vulnérables à se protéger avant l'introduction des thérapies, ces difficultés semblent maintenant se multiplier de façon importante. À cet égard, la prévention doit non seulement être intensifiée et diversifiée pour éviter de nouvelles infections, mais elle doit également intégrer des aspects liés, par exemple, à la séropositivité et à l'adhésion en matière de traitements.

Aussi, les personnes vulnérables à l'infection par le VIH, parce qu'elles vivent souvent dans des conditions précaires et qu'elles présentent des problèmes multiples, sont d'autant plus difficiles à joindre qu'elles répondent plus rarement aux interventions qui s'adressent à la population en général.

À ce chapitre, les services de dépistage anonyme sont appelés à jouer un rôle essentiel en matière de prévention du VIH auprès de la population et, plus particulièrement, auprès des personnes les plus vulnérables. En effet, ces services regroupent des spécialistes qui ont acquis une expertise unique en matière de services personnalisés de prévention ; c'est là une force sur laquelle il faut compter pour améliorer les résultats des mesures globales de prévention. En outre, ces services constituent un complément aux services offerts en clinique par les médecins, leur évitant une surcharge de travail, compte tenu du temps requis pour accorder un service individuel de prévention.

Déjà en 1997, la Stratégie – Phase 4 reconnaissait la nécessité de maintenir la possibilité de passer un test anonyme, mais aussi la nécessité d'orienter les équipes des services de dépistage anonyme vers les populations vulnérables. Compte tenu des enjeux liés au dépistage anonyme, il convient de définir plus précisément les orientations relatives au dépistage du VIH.

Plusieurs études viennent appuyer l'affirmation selon laquelle les maladies transmissibles sexuellement jouent un rôle actif dans l'infection par le VIH. Parmi ces études, il y a celles des Centers For Disease Control and Prevention (CDC)¹⁶ et celle de Boily *et al.*¹⁷. Étant donné ce rôle des MTS, les mesures de prévention relatives à ces maladies doivent faire partie intégrante de la prévention et du dépistage du VIH. Nous ferons un bref constat sur les MTS avant de présenter les axes d'orientation de la *Stratégie québécoise de lutte contre les MTS, maladies transmissibles sexuellement : Orientations 2000-2002*¹⁸ et les raisons motivant le dépistage des MTS parmi les activités effectuées dans les services de dépistage anonyme du VIH.

4.1 Constat et défis liés aux maladies transmissibles sexuellement

En plus d'augmenter les risques de transmission du VIH, les MTS constituent un problème de santé publique. Le dernier rapport du programme québécois de surveillance des MTS¹⁹ révèle que ces maladies sont toujours présentes au Québec et que les plus fréquemment déclarées, entre 1994 et 1998, sont la chlamydie (35 410 cas), l'hépatite B (8 010 cas) et la gonorrhée (2 885 cas). De plus, au cours des deux dernières années, on observe une augmentation de l'incidence de la chlamydie et de la gonorrhée. Parmi les cas déclarés, 16 392 (35,2 %) concernent des hommes dont l'âge médian est de 28 ans alors que 30 112 (64,8 %) concernent des femmes dont l'âge médian est de 21 ans.

Étant donné « une augmentation réelle de la vitesse de transmission de la chlamydie et de la gonorrhée²⁰ » et le jeune âge de la population vulnérable aux MTS, nous nous devons de continuer la lutte contre ces maladies.

4.2 Axes d'orientation de la Stratégie québécoise de lutte contre les MTS

La lutte contre les MTS vise la réduction de leur incidence, de leurs complications et des coûts socioéconomiques qui y sont inhérents. Afin d'atteindre ces objectifs, le Ministère propose des orientations qui mobilisent les intervenants autour d'un projet commun, soit consolider et optimiser les mesures qui ont déjà obtenu des résultats positifs et adapter des services aux besoins des populations les plus vulnérables aux MTS.

En ce qui a trait à la consolidation et à l'optimisation des mesures, il convient de mentionner le maintien des efforts en matière de prévention, un engagement plus visible dans la promotion de la santé ainsi qu'un accroissement de la qualité des services relatifs aux MTS et de l'accessibilité à ces services.

Pour ce qui est de l'adaptation des services aux besoins des populations les plus vulnérables aux MTS, le Ministère privilégie la diversification des modalités de services, l'assouplissement du fonctionnement de ces services, l'intégration de certains d'entre eux dans l'offre faite aux populations vulnérables, la multidisciplinarité des équipes d'intervention et la réorientation des services actuels de dépistage anonyme du VIH.

16. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, « HIV prevention through early detection and treatment of other sexually transmitted diseases, United States, Recommendations of the Advisory Committee for HIV and STD Prevention », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Atlanta (Georgia), U.S. Department of Health and Human Services, vol. 47, n° RR-12, 31 juillet 1998, 31 p.

17. M. C. BOILY *et al.*, *Modélisation mathématique de l'infection VIH-1 dans la population hétérosexuelle de Montréal-Centre*, rapport final présenté au Centre québécois de coordination sur le sida, Québec, Groupe de recherche en épidémiologie, Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, Pavillon Saint-Sacrement, 1998, 153 p.

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

19. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Analyse des cas de chlamydie, de gonorrhée, d'infection par le virus de l'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile, 1994-1998*, Québec, Centre québécois de coordination sur le sida, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, pag. variée.

20. *Ibid.*, p. 16.

4.3 Intégration du dépistage des MTS dans les activités des services de dépistage anonyme du VIH

Plusieurs raisons militent en faveur de l'intégration du dépistage des MTS dans les activités des services de dépistage anonyme du VIH. En effet, les MTS jouent un rôle actif dans la transmission du VIH et les programmes de prévention du VIH favorisent la prévention primaire des MTS. De plus, les populations les plus vulnérables aux MTS sont les mêmes que celles identifiées à haut risque d'infection par le VIH. Aussi, comme on le sait, il est difficile de joindre ces populations, d'où la nécessité de ne pas les contraindre à consulter deux services différents. Également, il existe dans le réseau de la santé et des services sociaux une structure offrant des services de dépistage anonyme du VIH qui est reconnue entre autres comme ressource spécialisée en prévention du VIH-sida et pour son expertise en *counselling* prétest et post-test. Il s'avère donc pertinent d'intégrer la prévention et le dépistage des MTS dans les services offerts par les équipes de dépistage anonyme du VIH.

Compte tenu des enjeux liés au dépistage anonyme du VIH, de l'importance de joindre les groupes les plus vulnérables au VIH et aux MTS, de la nécessité d'orienter les actions vers l'intégration de la prévention au contexte actuel de soins et de services, du besoin d'accroître les mesures relatives à l'approche préventive individualisée et, finalement, compte tenu des éléments de la Stratégie québécoise de lutte contre les MTS, le ministère de la Santé et des Services sociaux énonce des orientations qui s'inscrivent comme des mesures complémentaires aux services offerts par d'autres ressources et qui s'intègrent au continuum de services qui se développe dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Orientation 1

L'accessibilité au test de dépistage anonyme du VIH doit être maintenue dans les « Services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales ».

L'organisation des services de dépistage anonyme du VIH et les ressources qui y sont affectées seront orientées vers les « Services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales ». Actuellement, les services de dépistage anonyme du VIH n'offrent, sous ce rapport, que le test de dépistage anonyme du VIH. L'offre de ce type de test doit être maintenue en raison, entre autres, de la reconnaissance de l'importance de l'anonymat dans la majorité des régions, du caractère incitatif du test de dépistage anonyme – qui préserve l'anonymat des gens qui ne veulent pas subir un test nominal ou non nominal – et de la confirmation par le Ministère de la valeur des services de dépistage anonyme comme mesure préventive personnalisée.

Orientation 2

L'accessibilité aux « Services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales » signifie qu'il faut joindre les populations vulnérables ou à risque là où elles se trouvent.

Présentement, les services de dépistage anonyme sont offerts en grande majorité sur rendez-vous et dans des endroits déterminés. Cette organisation ne permet pas nécessairement de joindre les populations vulnérables ou à risque là où elles se trouvent. Aussi faut-il privilégier la coordination des services pour la prévention du VIH et des MTS dans une organisation qui sera plus conforme aux habitudes et mieux adaptée, tant au milieu de vie qu'aux besoins des personnes vulnérables ou à risque (lieux et horaires), afin de les joindre plus facilement et en plus grand nombre. À titre indicatif, il faudra prévoir un réaménagement des horaires de travail, une accessibilité aux services dans le milieu de vie au moyen d'unités mobiles et la possibilité d'obtenir des services sans rendez-vous. Ainsi, il y aura une plus grande utilisation de l'expertise acquise par les services actuels de dépistage anonyme puisque leurs ressources seront utilisées pour entrer en contact avec les populations marginales difficiles à joindre.



Orientation 3

Les « Services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales » doivent offrir, aux populations vulnérables ou à risque, les différents types de tests utilisés pour le dépistage du VIH, des autres MTS et des hépatites A, B et C. Lorsque cela est indiqué, le personnel des « Services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales » proposera la vaccination contre les hépatites A et B et assurera l'accessibilité aux traitements.

En offrant les trois modes de dépistage du VIH (nominal, non nominal et anonyme), le personnel des « Services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales » informera les utilisateurs sur les différents types de test de dépistage du VIH, il leur offrira un choix parmi les différentes modalités de test et contribuera à la collecte des données sur le dépistage du VIH ; la surveillance des services actuels se limite au test de dépistage anonyme.

Il est reconnu que la transmission de l'infection par le VIH est facilitée par les MTS virales et bactériennes et qu'il y a des attitudes et des comportements à privilégier pour prévenir à la fois l'infection par le VIH et les autres MTS. Aussi, en créant des services intégrés de prévention du VIH et des MTS où seront offerts tous les tests liés au VIH, aux MTS et aux hépatites A, B et C, ces services deviendront un noyau d'expertise pour la prévention, le dépistage, le *counselling* et le traitement précoce de ces infections. Grâce à cette intégration de services, une personne vulnérable ou ayant des comportements à risque aura accès à des services de qualité offerts selon une approche qui englobe la prévention et le dépistage.

Orientation 4

Les « Services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales » doivent être en mesure d'assurer un soutien aux personnes désireuses d'adopter et de maintenir des comportements sécuritaires.

Les connaissances actuelles quant à la difficulté pour les populations vulnérables ou à risque d'adopter et de maintenir des comportements sexuels sécuritaires amènent à recommander une mesure visant à maintenir, dans tous les « Services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales », une activité de *counselling* prétest et post-test adaptée à ces groupes. En offrant du soutien aux personnes désireuses d'adopter et de maintenir des comportements sécuritaires ainsi qu'une aide adaptée aux réalités et aux besoins des populations vulnérables ou à risque, on privilégie des services axés sur l'aspect psychosocial autant que sur l'aspect médical.

Orientation 5

Les « Services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales » doivent offrir un service de soutien à la notification aux partenaires.

La notification aux partenaires est reconnue par l'OMS comme une stratégie pour interrompre la transmission du VIH et des MTS et éviter la réinfection. Le patient et son médecin traitant en ont la responsabilité. Cependant, le patient peut éprouver des difficultés à informer ses partenaires ou encore son médecin peut être mal à l'aise avec cette question ou ne pas avoir les ressources pour le faire. La compétence et la qualité des services offerts par les intervenants des services actuels de dépistage anonyme justifient donc leur implication en tant que personnes-ressources dans une démarche pour avertir les partenaires des personnes infectées par le VIH ou une autre MTS. Leurs interventions en ce qui concerne l'information, le *counselling* prétest et post-test, le soutien dans l'adoption et le maintien de comportements sexuels sécuritaires et l'orientation vers d'autres services les préparent à l'exercice de cette mesure préventive additionnelle dans la transmission du VIH et des autres MTS. De plus, les partenaires d'une personne infectée par le VIH ou par une MTS font partie des groupes à risque, groupes ciblés pour les interventions.

Orientation 6

Les « Services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales » et leurs activités doivent être en relation avec les services de première ligne des CLSC, et ce, selon le plan d'organisation de services des régions régionales de la santé et des services sociaux.

Les régions régionales possèdent déjà un réseau complet de services sociosanitaires en plus de ressources offrant les services de dépistage du VIH et des MTS. La création d'un lien étroit entre les « Services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales » et le réseau actuel de santé et de services sociaux permettra à la population vulnérable ou à risque de profiter de l'expertise de tous les intervenants. Cela permettra également de faire connaître aux divers groupes ciblés les différents services offerts par les réseaux public et communautaire. De plus, on favorisera la complémentarité et la continuité des services, que ce soit au niveau public, privé ou communautaire.

Le lien entre les « Services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales » et les services de première ligne des CLSC sensibilisera le personnel des CLSC à la prévention et au dépistage du VIH et des MTS.

Orientation 7

Les « Services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales » doivent faire partie intégrante de l'éventail des activités (promotion, prévention, soins et services) du réseau de la santé et des services sociaux et maintenir un lien avec les organismes communautaires qui se préoccupent des personnes vulnérables, des personnes vivant avec le VIH-sida et de celles atteintes d'une MTS.

L'éventail de services préconisé fait appel à une relation étroite entre les réseaux de la santé et des services sociaux, publics et privés, et les organismes communautaires ayant acquis une expertise en matière de VIH-sida pour offrir des activités de promotion, de prévention, de soins et services aux personnes vulnérables ou à risque et à celles qui vivent avec le VIH-sida ou qui sont atteintes d'une MTS. Cette interrelation entraînera une meilleure connaissance des services offerts par les différents réseaux, améliorera les liens et les relations entre les services privés, publics et communautaires, fournira un système d'orientation adapté aux besoins de la population ciblée et permettra un meilleur suivi de la personne.

Orientation 8

Afin de maximiser la portée des actions des intervenants, il importe de favoriser une formation continue.

Des services spécialisés de dépistage du VIH, des autres MTS et des hépatites A, B, et C conçus en fonction des groupes les plus vulnérables exigent que les intervenants élargissent leurs connaissances et les tiennent à jour, entre autres les connaissances liées aux problématiques de ces infections et aux habiletés de communication et d'intervention auprès des groupes les plus vulnérables.

Le MSSS a déjà une expertise en matière de programmes de formation adaptés aux besoins des intervenants travaillant avec les populations vulnérables ou à risque et les personnes vivant avec le VIH-sida. Ces programmes doivent être revus en fonction de l'évolution de la problématique du VIH. De plus, ils devront tenir compte de l'ensemble des dimensions qui peuvent influencer les interventions (évolution des traitements, épidémiologie, aspects psychosociaux, éthiques et juridiques, par exemple) et être conçus en concertation avec les différents partenaires, dont les régions régionales.

Par ailleurs, les régions régionales ont, entre autres mandats, celui de veiller à ce que les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux aient les connaissances et les compétences appropriées pour répondre aux besoins des populations nécessitant des soins et des services. Ainsi, les régions régionales devront, par des actions concertées avec le Ministère, tant adapter que mettre à jour les programmes de formation et les connaissances de leurs intervenants en fonction de leurs besoins et de ceux des groupes qu'ils aident afin d'améliorer leur capacité d'intervention.

Orientation 9

Des stratégies et des outils de sensibilisation devront être conçus, en fonction des populations vulnérables ou à risque, pour les sensibiliser aux problèmes entourant le VIH, les MTS et les hépatites virales ainsi que pour promouvoir la fréquentation des « Services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales ».

Afin de mieux faire connaître l'existence des « Services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales » et l'ensemble des services qu'ils offrent ou seront appelés à offrir, des stratégies de sensibilisation devront être conçues et inclure la création d'outils susceptibles de joindre les populations vulnérables ou à risque. Ces stratégies devront faire l'objet d'actions concertées entre le MSSS et les régions régionales.

Orientation 10

Des mécanismes d'évaluation devront être mis en place et harmonisés afin de permettre, sur une base régulière, une analyse de l'ensemble des « Services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales ».

Un système de surveillance existe actuellement pour les services de dépistage anonyme. Ce système est incomplet puisqu'il ne touche qu'un aspect de l'anonymat, soit l'aspect quantitatif des utilisateurs et des services offerts. Une révision de ce système s'impose afin de concevoir des outils de collecte d'information normalisés permettant d'avoir des données sur l'ensemble des activités des « Services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales ». En tenant compte des nouvelles orientations provinciales, cette révision se fera en concertation avec les différents partenaires, dont les régions régionales. Les données ainsi obtenues permettront d'accroître la connaissance des questions liées à ces infections et d'évaluer l'atteinte des objectifs visés par la réorientation des services intégrés.

CONCLUSION

Après quelques années de fonctionnement des centres de services de dépistage anonyme mais aussi dans le contexte actuel des soins et services offerts à la population en général – particulièrement aux groupes les plus vulnérables au VIH et aux autres MTS –, le ministère de la Santé et des Services sociaux a posé un regard critique sur ces centres et désire en améliorer l'efficacité et l'efficience.

En tant que responsable des orientations générales en matière de politique de santé et de bien-être, le Ministère a décidé de mettre en place de nouvelles orientations qui amélioreront les services de dépistage offerts aux populations vulnérables ou à risque et qui accroîtront les connaissances des intervenants. Il concevra, en partenariat, des stratégies et des outils afin de faire connaître les nouveaux services de dépistage. Soucieux de l'efficacité et de l'efficience de ces nouveaux services, il harmonisera et enrichira les mécanismes d'évaluation actuels afin de tenir compte des nouvelles orientations.

La planification, la mise en œuvre et l'organisation des services liés à ces nouvelles orientations ne peuvent se faire sans le concours des régions régionales qui, en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, en ont la responsabilité sur leurs territoires respectifs.

Quant à la mise en place et à l'offre des services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales, elles relèveront des établissements de première ligne du réseau de la santé et des services sociaux qui en auront reçu le mandat.

Nous espérons que le présent document aidera les intéressés à entreprendre cette démarche d'orientation vers des services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales.



Tableau 1

Utilisateurs des services de dépistage anonyme de 1994-1995 à 1997-1998

	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	MOYENNE
NOMBRE DE DOSSIERS	5 608	6 811	8 421	7 836	7 153
PROFIL DES UTILISATEURS					
Sexe					
Féminin	49,4 %	50,1 %	51,1 %	49,4 %	
Masculin	50,6 %	49,7 %	47,8 %	49,7 %	
Âge					
< 19 ans	10,4 %	12,0 %	14,1 %	13,1 %	
20-29 ans	35,3 %	37,7 %	38,6 %	40,5 %	
30-39 ans	29,2 %	27,2 %	26,3 %	26,6 %	
> 40 ans	25,1 %	23,1 %	21,0 %	23,1 %	
Orientation sexuelle					
Hétérosexuelle	83,3 %	78,5 %	74,1 %	53,7 %	
Homosexuelle	7,2 %	6,0 %	4,8 %	3,4 %	
Autres et données manquantes	9,5 %	25,2 %	21,1 %	42,9 %	
RAISONS*					
Importance de l'anonymat	42,0 %	44,9 %	47,3 %	47,3 %	45,4 %
Partage de seringues et d'aiguilles	1,5 %	1,6 %	1,1 %	2,0 %	
Comportement à risque	51,0 %	57,7 %	49,0 %	46,8 %	51,1 %
Nouveau couple	12,9 %	13,9 %	14,3 %	27,6 %	17,2 %
POSITIVITÉ DES TESTS					
Nombre	48	56	51	30	46
Pourcentage	0,9 %	0,8 %	0,6 %	0,4 %	0,6 %

* Les raisons invoquées par les utilisateurs ne sont pas mutuellement exclusives.

Sources :

- CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA, *Services de dépistage anonyme du VIH : Mise à jour des données recueillies pour l'année financière 1994-1995 par les différentes régions*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996, 30 p.
- CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA, *Services de dépistage anonyme du VIH : Mise à jour des données recueillies pour l'année financière 1995-1996 par les différentes régions*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 14 p.
- CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA, *Services de dépistage anonyme du VIH : Mise à jour des données recueillies pour les années financières 1996-1997 et 1997-1998 par les différentes régions régionales*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 28 p.

Tableau 2

Portrait des équipes de dépistage anonyme au 31 décembre 1998

RÉGIONS	INTERVENANTS
01 Bas-Saint-Laurent	1 infirmier (1 site) 1 infirmier, 1 travailleur social (1 journée par semaine) médecin sur recommandation
02 Saguenay–Lac-Saint-Jean	1 infirmier
03 Québec	1 infirmier, 1 médecin 1 travailleur social (3,5 journées par semaine)
04 Mauricie et Centre-du-Québec	1 infirmier (0,5 journée par semaine) (12 sites) 1 médecin 2 travailleurs sociaux (privé)
05 Estrie	1 infirmier, 1 travailleur social (prison) 1 agent de relations humaines 1 médecin disponible au besoin
06 Montréal-Centre	1 infirmier, 1 agent de relations humaines 1 équipe psychosociale
07 Outaouais	1 infirmier 1 médecin disponible au besoin
08 Abitibi-Témiscamingue	1 infirmier, 1 travailleur social
09 Côte-Nord	1 infirmier 1 médecin disponible au besoin (1 site)
10 Nord-du-Québec	1 infirmier
11 Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	1 infirmier
12 Chaudière-Appalaches	1 infirmier
13 Laval	1 médecin, 1 infirmier, 1 travailleur social en alternance
14 Lanaudière	Données non disponibles
15 Laurentides	1 médecin, 1 infirmier 1 travailleur social, 1 secrétaire
16 Montérégie	1 infirmier, 1 travailleur social 1 médecin disponible au besoin
17 Nunavik	1 infirmier
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	1 infirmier

Source :

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, *Services de dépistage anonyme du VIH : État de la situation et recommandations*, Saint-Jérôme, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, 1999, 30 p.



HORAIRE	UNITÉ MOBILE	AUTRES SERVICES OFFERTS	
		Vaccination contre l'hépatite B	Dépistage des MTS
2 journées par semaine (1 site) 5 journées par semaine + 1 soir (1 site)		Oui	Oui
		Données non disponibles	Données non disponibles
5 journées par semaine	Oui	Oui	En cours d'implantation
0,5 journée par semaine sur rendez-vous, dans chaque site		Oui	Oui (si médecin)
3 journées par semaine +1 soir	Oui (1 fois par mois MTS et sida)	Oui	Non
5 journées par semaine sur rendez-vous, places sans rendez-vous		Sur recommandation	Sur recommandation dans 1 site
2,5 journées par semaine sur rendez-vous		Oui	Non
2,5 journées par 2 semaines dans 1 site		Oui	Non
5 journées par semaine sur rendez-vous		Oui (1 site)	Oui
5 journées par semaine sur rendez-vous		Oui	Oui
2 journées par semaine + 1 lundi par 2 semaines		Oui	Non
4 journées par semaine dont 1 au cégep + 1 journée de 13 h à 21 h		Oui	Oui
5 journées par semaine	Oui (pas de dépistage)	Oui (si médecin)	Oui (si médecin)
Données non disponibles		Oui	Oui (dirigé vers un médecin)
0,5 journée par semaine			Oui
0,5 journée par semaine au CLSC 2 journées au cégep 0,5 journée à l'école polyvalente		Oui (2 sites)	Oui (cégep, école polyvalente) Non (services de dépistage anonyme)
Données non disponibles		Données non disponibles	Données non disponibles
5 journées par semaine		Non (sauf UDI)	Non (1 site) Oui (autres sites)

Tableau 3

**Données comparatives des services de dépistage anonyme
(région, services de dépistage, nombre de dossiers)
de 1994-1995 à 1997-1998**

RÉGIONS	SERVICES DE DÉPISTAGE (nombre de sites)				DOSSIERS (nombre)			
	1994- 1995	1995- 1996	1996- 1997	1997- 1998	1994- 1995	1995- 1996	1996- 1997	1997- 1998
01 Bas-Saint-Laurent	1	1	1	2	55	294	579	441
02 Saguenay–Lac-Saint-Jean	12 *	7	10	8	–	381	518	345
03 Québec	2	2	2	2	927	994	1 185	1 020
04 Mauricie et Centre-du-Québec	9 *	10	11	11	–	217	443	578
05 Estrie	1	1	1	1	975	965	1 131	1 015
06 Montréal-Centre	2	2	2	2	1 299	1 381	1 251	1 197
07 Outaouais	1	1	2	1	650	551	596	461
08 Abitibi-Témiscamingue	2	2	2	2	461	400	55	387
09 Côte-Nord	2	2	2	4	219	245	278	368
10 Nord-du-Québec	5 *	1	1	1	–	19	37	109
11 Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	6	6	6	6	163	222	272	295
12 Chaudière-Appalaches	2	2	2	2	223	249	260	236
13 Laval	1	1	1	1	114	166	252	184
14 Lanaudière	2	2	2	2	370	281	374	358
15 Laurentides	1	1	1	1	61	188	198	190
16 Montérégie	1	1	3	3	91	216	434	506
17 Nunavik	14 *	2	3	14	–	nd	nd	88
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	9 *	9	9	9	–	42	63	58
TOTAL	49 *	53	61	72	5 608	6 811	8 421	7 836

* Centres de services de dépistage qui sont en activité depuis peu (24) ou qui sont en voie de l'être (25).

Sources :

- CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA, *Services de dépistage anonyme du VIH : Mise à jour des données recueillies pour l'année financière 1994-1995 par les différentes régions*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996, 30 p.
- CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA, *Services de dépistage anonyme du VIH : Mise à jour des données recueillies pour l'année financière 1995-1996 par les différentes régions*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 14 p.
- CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA, *Services de dépistage anonyme du VIH : Mise à jour des données recueillies pour les années financières 1996-1997 et 1997-1998 par les différentes régions régionales*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 28 p.

Tableau 4

Utilisation des centres de services de dépistage anonyme et positivité des utilisateurs de ces services par rapport à l'estimation du taux de prévalence de l'infection par le VIH chez les adultes (15 ans ou plus) pour l'année 1997-1998

RÉGIONS	DÉPISTAGE ANONYME			TAUX DE PRÉVALENCE ESTIMÉ* /1000
	Dossiers/ population	Taux de fréquentation /1000	Taux de positivité /1000	
01 Bas-Saint-Laurent	441/172 047	2,56	0,0000	0,2
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	345/235 190	1,47	0,0000	0,8
03 Québec	1 020/541 603	1,88	0,0018	1,3
04 Mauricie et Centre-du-Québec	578/400 292	1,44	0,0025	0,7
05 Estrie	1 015/234 455	4,33	0,0000	0,6
06 Montréal-Centre	1 197/1 508 744	0,79	0,0013	6,4
07 Outaouais	461/252 300	1,83	0,0040	0,6
08 Abitibi-Témiscamingue	387/123 831	3,13	0,0000	0,2
09 Côte-Nord	368/84 381	4,36	0,0000	0,3
10 Nord-du-Québec	109/28 039	3,89	0,0000	0,0
11 Gaspésie-Îles-de-la Madeleine	295/87 000	3,39	0,0115	0,3
12 Chaudière-Appalaches	236/315 399	0,75	0,0032	0,1
13 Laval	184/277 832	0,66	0,0000	1,3
14 Lanaudière	358/308 359	1,16	0,0000	0,5
15 Laurentides	190/361 731	0,53	0,0000	1,3
16 Montérégie	506/1 044 870	0,48	0,0000	1,0
17 Nunavik	88/nd	nd	nd	0,0
18 Terres-Cries-de-la-Baies-James	58/nd	nd	nd	0,0
QUÉBEC - Excluant régions 17 et 18	7 690/7 333 283	1,05	0,0001	2,2

* Au 31 décembre 1996.

Sources :

- CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA, *Services de dépistage anonyme du VIH : Mise à jour des données recueillies pour les années financières 1996-1997 et 1997-1998 par les différentes régions régionales*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 28 p.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Statistiques démographiques, Données régionales, Évolution et distribution de la population par région administrative, Québec, 1971-1998*, Québec, Bureau de la statistique du Québec, éd. 1998, mise à jour juin 1999, pag. variée.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE, *La situation du sida et de l'infection au VIH au Québec, 1996*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, pag. variée.

BIBLIOGRAPHIE

BERGERON, Pierre, *et al.* *La prescription du test anti-VIH et la prévention de l'infection par le VIH et du sida – Volet 2 : Les pratiques des prescripteurs*, Québec, Départements de management et de médecine sociale et préventive, Université Laval, Centre de santé publique de Québec, 1995, pag. variée.

BOILY, M.C., *et al.* *Modélisation mathématique de l'infection VIH-1 dans la population hétérosexuelle de Montréal-Centre*, rapport final présenté au Centre québécois de coordination sur le sida, Québec, Groupe de recherche en épidémiologie, Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, Pavillon Saint-Sacrement, 1998, 153 p.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. « HIV prevention through early detection and treatment of other sexually transmitted diseases, United States, Recommendations of the Advisory Committee for HIV and STD Prevention », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Atlanta (Georgia), U.S. Department of Health and Human Services, vol. 47, n° RR-12, 31 juillet 1998, 31 p.

CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA. *Cadre de référence pour l'implantation de services anonymes de dépistage du VIH au Québec*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1993, 3 p.

CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA. *Portrait de l'épidémie VIH/SIDA au Québec, décembre 1998*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 16 p.

CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA. *Rapport de la consultation réalisée pour le bilan de la phase 3 et l'élaboration de la phase 4 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida*, Québec, Direction de la recherche et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996, 120 p.

CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA. *Services de dépistage anonyme du VIH : Mise à jour des données recueillies pour l'année financière 1994-1995 par les différentes régions*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996, 30 p.

CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA. *Services de dépistage anonyme du VIH : Mise à jour des données recueillies pour l'année financière 1995-1996 par les différentes régions*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 14 p.

CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA. *Services de dépistage anonyme du VIH : Mise à jour des données recueillies pour les années financières 1996-1997 et 1997-1998 par les différentes régions régionales*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 28 p.

CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA. *Stratégie québécoise de lutte contre le sida – Phase 4 : Plan d'action du Centre québécois de coordination sur le sida, 1998-2000*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 20 p.

COMITÉ AD HOC SUR LA SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE L'INFECTION PAR LE VIH AU QUÉBEC. *Rapport du comité ad hoc sur la surveillance épidémiologique de l'infection par le VIH au Québec*, Québec, déposé à la Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 73 p.

COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL SUR LE VIH/SIDA. *Lignes directrices concernant la notification aux partenaires dans les cas de VIH/sida*, Ottawa, Association canadienne de santé publique, 1997, 27 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Statistiques démographiques, Données régionales, Évolution et distribution de la population par région administrative, Québec, 1971-1998*, Québec, Bureau de la statistique du Québec, éd. 1998, mise à jour juin 1999, pag. variée.

LABERGE, Andrée, *et al.* *Évaluation des unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS)*, Québec, Direction de la santé publique de la région de Québec, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval, École nationale d'administration publique, 2000, 162 p.

LABORATOIRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Programme provincial de diagnostic de laboratoire de l'infection à VIH : Statistiques hebdomadaires du 30 mars 1997 au 29 mars 1998*, Montréal, Laboratoire de santé publique du Québec, 1998, non paginé.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Analyse des cas de chlamydie, de gonorrhée, d'infection par le virus de l'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile, 1994-1998*, Québec, Centre québécois de coordination sur le sida, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, pag. variée.

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

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

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE. *Cadre de référence – Équipes spécialisées prévention sida-MTS des CLSC*, Montréal, Direction de la programmation et de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1999, 97 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE. *La situation du sida et de l'infection au VIH au Québec, 1996*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, pag. variée.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE. *Les Québécois face au sida : Attitudes envers les personnes vivant avec le VIH et gestion des risques*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1998, 127 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES. *Services de dépistage anonyme du VIH : État de la situation et recommandations*, Saint-Jérôme, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, 1999, 30 p.

RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA et SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA. *Test de sérodiagnostic du VIH et confidentialité : rapport final*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1998, 332 p.

SANTÉ CANADA. *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 30 juin 1998*, Ottawa, Division de la surveillance du VIH/sida, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Laboratoire de lutte contre la maladie, Direction générale de la protection de la santé, Santé Canada, 1998, 50 p.

