



**Ministère de la Santé  
et des Services sociaux**

# **Oser faire autrement**

## **Rapport de l'étude des besoins au regard des ITSS et du travail en RLS**

**Collection**

**Pour mieux travailler ensemble  
dans la lutte contre les ITSS**

**Numéro 3**

**Le projet d'Intégration des interventions en ITSS dans les CSSS** a été confié au Centre de santé et de services sociaux — Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) dans le cadre d'un mandat de la Direction de la prévention et de la promotion de la santé du ministère de la Santé et Services sociaux du Québec (MSSS) et d'une contribution financière des deux partenaires.

Vous pouvez communiquer avec l'équipe du projet à l'adresse suivante :  
[\[infoitss.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca\]](mailto:infoitss.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca).

### **Recherche et rédaction**

**Ginette Boyer**, agente de planification, de programmation et de recherche, CSSS-IUGS

**Michelle Morin**, agente de planification, de programmation et de recherche, CSSS-IUGS

**Pier B. Lortie**, agente de planification, de programmation et de recherche, CSSS-IUGS

**Marie-Andrée Roy**, agente de planification, de programmation et de recherche, CSSS-IUGS

En collaboration avec **Johanne Archambault**, directrice, Direction de santé publique et du développement des communautés, CSSS-IUGS, jusqu'en mars 2013.

### **Membres du comité de pilotage du projet d'Intégration des interventions en ITSS dans les CSSS**

**Denis Blanchard**, directeur général, CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel

**Louise de la Boissière**, chef de service, Vigie sanitaire et ITSS, Direction de santé publique de la Montérégie

**Richard Cloutier**, agent de recherche et de planification, Service de lutte contre les ITSS, MSSS

**André Dontigny**, directeur, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, MSSS

**Lise Guérard**, chef de service, Service de lutte contre les ITSS, MSSS

**Monique Imbleau**, conseillère à l'évaluation, Vice-présidence aux affaires scientifiques, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

**Julie Lane**, conseillère-cadre par intérim, Direction générale, CSSS-IUGS

**Ken Monteith**, directeur général, Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida

**Sylvie Venne**, médecin-conseil, Service de lutte contre les ITSS, MSSS

Le présent rapport ne constitue pas nécessairement les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux. Il représente l'opinion des auteurs du Rapport de l'étude des besoins au regard des ITSS et du travail en RLS. Son contenu n'engage que ses auteurs.

Édition :

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

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

**<http://intranetreseau.rtss.qc.ca> ou [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca) section **Documentation**, rubrique **Publications****

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

Bibliothèque et Archives Canada, 2014

ISBN : 978-2-550-70507-9 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2014



## Avant tout, merci !

---

Sans la collaboration et l'accueil chaleureux des intervenants et des gestionnaires participants, qu'ils travaillent au sein d'un Centre de santé et de services sociaux (CSSS), d'un organisme communautaire ou autre, le rapport qui suit n'existerait tout simplement pas. Merci à chacune et à chacun d'avoir pris le temps de nous rencontrer : nous savons à quel point chaque heure compte. À travers nos échanges, nous avons bien senti votre engagement en faveur de la population de votre territoire. Vous nous avez fait suffisamment confiance pour nous donner accès à votre grande expérience, mais aussi pour nous faire part de plusieurs questions qui demeurent sans réponse, du moins pour le moment. C'est avec le plus grand respect pour votre travail que nous nous proposons ici de souligner vos bons coups et de faire écho aux difficultés que vous tentez de surmonter.

Les membres du comité de pilotage du projet ont pour leur part partagé avec nous leur grande expertise du domaine des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et des populations qui y sont vulnérables avec beaucoup de générosité. Merci d'avoir stimulé nos travaux par vos suggestions, questions et commentaires empreints d'autant de rigueur que de complicité.

Merci enfin à toutes les personnes qui ont soutenu, d'une façon ou d'une autre, la réalisation de ce rapport. De la logistique de nos déplacements aux synthèses d'entrevues, en passant par la recherche documentaire, le graphisme ou la révision linguistique, votre fidèle collaboration contribue sans aucun doute à notre plaisir de travailler au quotidien en équipe.

Ginette Boyer  
Michelle Morin  
Pier B. Lortie  
Marie-Andrée Roy



Dans le Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, intitulé *L'épidémie silencieuse. Les infections transmissibles sexuellement et par le sang*, le directeur national de santé publique indiquait que :

« La santé publique, les services de santé en général et tous les acteurs concernés par ce problème, dont des dizaines d'organismes communautaires, ont acquis une solide expérience dans la lutte contre les ITSS. Il s'agit maintenant de mieux déployer les moyens connus, éprouvés, coordonner les efforts et travailler ensemble efficacement. C'est là la première clé du succès. » (MSSS, 2010)

C'est dans ce contexte que le ministère de la Santé et des Services sociaux a confié au CSSS-IUGS le mandat de définir des moyens concrets qui permettraient aux centres de santé et de services sociaux de se mobiliser davantage dans la lutte contre les ITSS et de mobiliser leur réseau local de services. À la lumière de son expérience dans une démarche nationale de gestion du changement en prévention du suicide, le CSSS-IUGS a amorcé un processus similaire au regard des ITSS, à commencer par dresser un état de la situation du point de vue des CSSS et de leurs réseaux locaux de services.

Les travaux du CSSS-IUGS avec sept CSSS et, plus récemment, les expérimentations entreprises avec trois d'entre eux, ont permis de nommer les défis que représente, pour les CSSS et leurs partenaires, la prise en charge de la problématique des ITSS. Sur la base de l'actuel rapport qui rend compte de ces travaux, la définition de mesures structurantes a guidé la production d'outils concrets (*cartographie québécoise des acteurs de la lutte contre les ITSS et réseaux de services et de collaborations dans la lutte contre les ITSS*). Ces outils permettent d'envisager des méthodes originales de planification qui demandent la participation des intervenants autant que des gestionnaires. Les agences de la santé et des services sociaux et les CSSS peuvent déjà les utiliser pour soutenir le travail en réseau local de services (RLS).

Je souhaite que le rapport qui suit, ainsi que les outils et suggestions que nous vous proposerons dans les prochains mois, puissent vous être des plus utiles.

**André Dontigny**, directeur  
Direction du développement des individus  
et de l'environnement social, MSSS

De nombreux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, dont le CSSS-IUGS, des intervenants d'organismes communautaires et d'autres partenaires travaillent avec conviction et énergie pour réduire la propagation des ITSS. Manifestement, la détermination à elle seule n'est pas suffisante. Nous le savons tous, les ressources sont limitées. Alors, comment faire autrement ?

C'est cette question qui est à l'origine du projet d'Intégration des interventions en ITSS dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS) mis sur pied avec le soutien d'un comité de pilotage réunissant des expertises scientifiques et des expertises cliniques.

Documenter le point de vue de quelques CSSS et de leurs partenaires des réseaux locaux de services travaillant dans différents contextes nous semblait essentiel pour amorcer les travaux. Les résultats soutiennent déjà une démarche de gestion du changement dans le territoire de trois CSSS pilotes à Montréal, en Gaspésie et dans les Laurentides.

Cette démarche repose sur des travaux menés en Estrie à partir de l'approche dite « des communautés stratégiques ». Une des caractéristiques majeures de cette approche est qu'elle est ascendante : tout y est mis en œuvre pour que les solutions viennent de la base.

Depuis 2007, les établissements de santé et de services sociaux de l'Estrie ont tous adopté l'approche sur mesure de la communauté stratégique. Avec celle-ci, ils peuvent résoudre des problèmes qui requièrent la collaboration de plusieurs organisations comme c'est le cas dans le domaine de la santé mentale, de l'oncologie ou des troubles envahissants du développement. Nous avons donc très hâte de voir ce qui va résulter des projets pilotes en cours.

Dans l'intervalle, je vous invite à parcourir les prochaines pages où vous trouverez des constats et des défis susceptibles d'alimenter une meilleure intégration des interventions dans la lutte contre les ITSS sur votre territoire.

**Carol Fillion**, directeur général  
CSSS-IUGS



Le présent rapport laisse entrevoir l'ampleur du travail à accomplir pour consolider l'ensemble du continuum de services de lutte contre les ITSS et renforcer l'intégration des interventions au sein des CSSS et des RLS. Il rend compte des points de vue exprimés par les intervenants et les gestionnaires de sept CSSS et de partenaires d'organismes publics et communautaires de leur RLS. À l'hiver 2012, des entrevues individuelles et de groupe ont été réalisées auprès de 238 répondants venant de diverses régions.

**La détection et le traitement des cas symptomatiques ainsi que la collaboration avec les médecins ressortent de ces entrevues comme deux questions particulièrement critiques.** Les personnes symptomatiques se heurtent à toutes les incohérences du système, qu'il s'agisse du manque chronique de médecins de famille ou des failles dans la prévention. Les CSSS sont ici interpellés directement, notamment en ce qui a trait à leur rôle d'animateurs de leur RLS. En outre, le défi est encore plus important là où la couverture géographique des services est inégale.

**Il reste beaucoup à faire pour renforcer la collaboration au sein des CSSS et des RLS afin d'assurer une meilleure continuité des services** entre les activités de prévention, le dépistage, la détection des cas symptomatiques et leur traitement. Au pire, la mise en œuvre des Services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (SIDEPS) n'est pas encore achevée : le dossier n'est pas perçu comme prioritaire et des fractions de ressources, tant du côté des intervenants que des gestionnaires, tentent de faire leur possible avec l'ensemble des programmes de santé publique. Au mieux, le travail de proximité auprès des populations vulnérables a été mis en place grâce à des collaborations formelles avec des organismes communautaires et des partenaires intersectoriels. Cela dit, certains problèmes demeurent : durabilité des ententes de collaboration, difficultés d'adaptation persistantes dans les services auprès des populations vulnérables, etc.

L'ampleur des défis à relever pour contrer « l'épidémie silencieuse » ramène au premier plan l'enjeu de réduire les inégalités sociales et de santé et l'importance de traiter le problème à la source. Mais à plus court terme, comment surmonter la complexité inhérente à l'amélioration des services ayant trait aux ITSS ? **Quatre premières pistes d'action** sont proposées par le comité de pilotage du projet.

1. **Se donner une vision commune de la situation.** En matière d'ITSS, il y a tellement d'intervenants et d'organismes concernés sur les plans local, régional et national qu'il est très difficile de s'y retrouver. **Deux outils** ont été créés pour permettre aux CSSS et à leur RLS d'établir un **diagnostic commun** de l'état des services et des collaborations sur leur territoire : la cartographie québécoise des acteurs de la lutte contre les ITSS et le réseau de services et de collaborations dans la lutte contre les ITSS.
2. **Se doter d'une marge de manœuvre.** Un fort sentiment d'impuissance règne chez les participants à l'étude. Bureaucratie, marginalisation des programmes de santé publique, travail en silo, manque de personnel ou fort roulement d'effectifs marquent leur quotidien. Malgré tout, une dizaine d'initiatives prometteuses se sont littéralement dotées d'une marge de manœuvre locale. Même si l'on reconnaît la responsabilité des instances régionales et nationales de soutenir l'amélioration des interventions en matière d'ITSS, sans cet élan des CSSS et des RLS eux-mêmes, il sera difficile de gagner la lutte contre les ITSS.
3. **Faire autrement par le travail intersectoriel dans les RLS.** Le travail au sein des RLS dans la lutte contre les ITSS est encore embryonnaire. Pour réussir cette lutte, il est primordial de mieux reconnaître l'expertise des organismes communautaires, particulièrement en ce qui concerne le travail de rue ou de milieu auprès des populations les plus vulnérables. Par leur caractère intersectoriel, les RLS sont également au cœur de la création d'environnements favorables à la santé. Comme acteurs clés du développement de leurs communautés, les CSSS doivent se joindre à tous ceux qui ont un potentiel d'action sur les déterminants de la santé sexuelle et de la consommation de drogues (éducation, logement, environnement social, etc.).
4. **Renforcer la cohérence entre les paliers national et régional pour mieux soutenir les CSSS et les RLS.** Les orientations nationales, relayées par des instances régionales, convergent vers les CSSS. Le besoin de cohérence au sein de chaque palier – mais également entre eux – est manifeste. Il est essentiel de mieux arrimer les champs d'intervention de chacun des paliers (promotion-prévention, connaissance-surveillance et maladies infectieuses) et les champs de compétence entre ministères (santé, éducation, sécurité publique).

Ces résultats soulèvent plusieurs enjeux communs à de nombreuses problématiques de santé publique et ils méritent d'être reçus comme tels.





# Table des matières

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>CHAPITRE 1</b>	
<b>POUR RÉUSSIR À MIEUX TRAVAILLER ENSEMBLE : UN PROJET, DES OUTILS</b> .....	<b>3</b>
1.1 Un projet dans la foulée de <i>L'épidémie silencieuse</i> .....	3
1.2 Un premier outil, la cartographie québécoise des acteurs de la lutte contre les ITSS.....	6
1.3 Un deuxième outil, le réseau de services et de collaborations dans la lutte contre les ITSS .....	7
<b>CHAPITRE 2</b>	
<b>POUR RÉUSSIR À MIEUX TRAVAILLER ENSEMBLE : POINTS DE VUE DES ACTEURS</b> .....	<b>9</b>
2.1 Des défis à relever dans le domaine de la santé publique .....	10
La difficile concurrence entre services préventifs et services curatifs .....	10
Le travail en silo, une tendance lourde du réseau .....	11
Plusieurs problèmes d'organisation des services qui ajoutent à la lourdeur bureaucratique.....	11
L'implantation inachevée des RLS .....	12
Des services mal adaptés aux populations vulnérables .....	13
2.2 Des défis à relever dans la lutte contre les ITSS dans les CSSS et les RLS .....	13
Couverture géographique des services .....	15
Prévention .....	16
Dépistage .....	18
Détection des cas symptomatiques .....	20
Travail de proximité auprès des populations vulnérables .....	22
Traitement du VIH et du VHC .....	25
Collaboration au sein du CSSS .....	27
Collaboration avec les médecins .....	29
Collaboration du CSSS avec les organismes communautaires.....	31
Partenariat intersectoriel.....	33
<b>CHAPITRE 3</b>	
<b>OSER FAIRE AUTREMENT</b> .....	<b>35</b>
3.1 Des constats qui interpellent les CSSS quant à leur rôle d'animateur au sein du RLS .....	35
3.2 Premières pistes d'action .....	41
3.3 Perspectives .....	43
<b>RÉFÉRENCES</b> .....	<b>45</b>

## ANNEXES

Annexe 1	Méthodologie : les grandes lignes.....	49
Annexe 2	Grille d'entrevue.....	55
Annexe 3	Fiche de validation.....	61
Annexe 4	Comment faire autrement pour mieux intégrer les interventions en ITSS ?.....	65

## LISTES DES FIGURES

Figure 1	Les CSSS participants.....	4
Figure 2	Le bulletin électronique du projet d'Intégration des interventions en ITSS dans les CSSS.....	5
Figure 3	Cartographie québécoise des acteurs de la lutte contre les ITSS.....	6
Figure 4	Le réseau de services et de collaborations dans la lutte contre les ITSS du CSSS de Trois-Rivières.....	7
Figure 5	Sommaire de l'analyse des réseaux de services et de collaborations dans la lutte contre les ITSS des CSSS et des RLS participants.....	36

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Vue d'ensemble du projet d'Intégration des interventions en ITSS dans les CSSS.....	3
Tableau 2	Les dix principes clés de l'intégration des services de santé selon Suter et ses collaborateurs.....	40
Tableau 3	Sommaire des entrevues réalisées.....	52
Tableau 4	Validation des analyses.....	53

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CR	Centre de réadaptation
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
GMF	Groupe de médecine de famille
HARSAH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISPL	Infirmière praticienne spécialisée en services de première ligne
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
RLS	Réseau local de services
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang
UDI	Utilisateurs de drogues injectables
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

## « On a à peu près 150 jeunes de la rue, au centre-ville : si on se mettait vraiment ensemble, on y arriverait. »

Un gestionnaire d'une municipalité

En 2010, le ministère de la Santé et des Services sociaux publiait *L'épidémie silencieuse. Les infections transmissibles sexuellement et par le sang*. Il lançait alors un appel à tous pour inverser la tendance à la hausse de ces infections. Cette problématique a été retenue comme l'une des trois zones d'action prioritaires de la Table de coordination nationale de santé publique.

Que l'on parle d'épidémie en dit déjà long sur la gravité du problème. En 2012, plus de 25 000 cas d'ITSS ont été diagnostiqués et déclarés<sup>1</sup> (MSSS, 2013). Les jeunes de 15 à 24 ans sont particulièrement affectés, tout comme les personnes qui font usage de drogues par injection et les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Une ITSS non traitée peut avoir des conséquences importantes sur la santé, qu'il s'agisse, par exemple, d'infertilité, de transmission à son nouveau-né par une mère infectée ou de maladie chronique du foie.

De véritables gains ont été réalisés dans les trente dernières années en matière d'ITSS, grâce au développement des connaissances et à l'amélioration continue des interventions dans ce domaine. De la prévention au traitement<sup>2</sup>, de nombreux intervenants se sont investis dans la lutte contre les ITSS, tant au sein des CSSS que chez leurs partenaires (organismes communautaires et autres) des RLS. Malgré certains succès – comme le traitement du virus de l'immunodéficience (VIH), par exemple –, et en dépit de tous les efforts consentis, on note une augmentation inquiétante de la prévalence de certaines ITSS depuis quelques années.

**Cette recrudescence des ITSS entraîne un constat difficile, mais décisif : les façons de faire actuelles ne permettent pas de contrer efficacement cette problématique complexe.** Pour obtenir des gains réels, il faut donc réexaminer la question et tenter de *faire autrement*.

« Pour faire de nouveaux gains, une condition centrale doit toutefois être remplie : la concertation des acteurs, peu importe leur domaine, qui interviennent auprès des groupes vulnérables aux ITSS. C'est cette conjonction des efforts, ce travail à relais, qui fera la différence [...]. Bref, ce n'est pas tant le quoi faire qu'il faut modifier, mais le comment faire. »  
(MSSS, 2010, p. 50)

---

1. En 2012, le fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) a enregistré plus de 25 000 infections : infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, infection gonococcique, syphilis, hépatite B, hépatite C et lymphogranulomatose vénérienne. Il faut ajouter à cette liste les cas d'infection par le VIH enregistrés au Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, soit une moyenne annuelle de 335 nouveaux diagnostics au cours des cinq dernières années. Comme les infections causées par le virus du papillome humain et l'herpès génital ne sont pas des maladies à déclaration obligatoire, il est impossible de connaître le nombre exact de ces infections détecté chaque année, mais elles sont considérées comme étant extrêmement fréquentes.

2. La gamme d'interventions dans le domaine des ITSS implique à la fois des activités de promotion de la santé, incluant des interventions sur des déterminants sociaux de la santé (p. ex. : le logement, pour le traitement de l'hépatite C), des activités de **prévention** des ITSS, incluant des programmes d'échange de seringues, de distribution de condoms ou de notification des partenaires sexuels des personnes infectées, des activités de **dépistage** au sein d'une variété d'équipes ou d'établissements (SIDEPE, GMF, clinique jeunesse) ou dans les lieux fréquentés par les personnes vulnérables (p. ex. : bars, organismes communautaires), des activités de **détection** des cas **symptomatiques**, assumées encore là par divers professionnels, **et des traitements**, parfois offerts par des ressources spécialisées (p. ex. : VIH ou hépatite C).

Cela représente tout un défi pour les CSSS, qui ont la responsabilité de mobiliser leurs partenaires. Le défi est également grand pour les acteurs des paliers régional et national, qui doivent soutenir les acteurs locaux et créer les conditions facilitant l'intégration des pratiques dans le domaine de la santé publique, particulièrement en matière d'ITSS, au sein des CSSS et des RLS.

La création des CSSS et des RLS est un phénomène somme toute récent et la notion de travail en RLS demeure obscure pour plusieurs. Le comité de pilotage du projet s'appuie sur la définition du RLS comme « **un ensemble potentiel de partenaires sectoriels et intersectoriels, qui s'allient pour conjuguer et maximiser leurs efforts en vue d'améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire donné** » (Archambault et coll., 2013). Par conséquent, la problématique des ITSS interpelle tout intervenant, groupe d'intervenants ou organisme :

- qui est en contact avec les populations vulnérables aux ITSS :
  - jeunes ;
  - hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ;
  - travailleurs et travailleuses du sexe ;
  - utilisateurs de drogues par injection ou par inhalation ;
  - communautés autochtones ;
  - personnes originaires d'un pays où les ITSS sont endémiques ;
  - personnes incarcérées ;
- ou qui a un potentiel d'action sur l'un ou l'autre des déterminants de la santé sexuelle et de la consommation de drogues de la population (éducation, milieux de vie, logement, etc.).

Aborder la question sous l'angle du travail en RLS, ce n'est pas tant essayer de **faire davantage** (ce que l'on fait déjà !) **que de tenter de le faire autrement**. Oui, bien sûr, il faut s'organiser pour faire davantage de tests de dépistage, pour ne prendre que cet exemple, mais il faut surtout tenter de le faire autrement, en s'associant étroitement aux divers intervenants et acteurs des communautés locales en contact avec les personnes vulnérables aux ITSS.

Ce rapport dresse un **portrait des pratiques et des besoins d'intervenants et de gestionnaires de CSSS et de divers types de partenaires au sein de leur RLS**. D'entrée de jeu, il faut bien admettre que la problématique des ITSS est éminemment complexe. D'une part, elle est ultra-délicate parce qu'elle est directement liée à la sexualité, donc à des enjeux moraux et culturels, voire à des tabous largement présents dans notre société. D'autre part, une certaine indifférence, quand ce n'est pas du mépris, règne à l'endroit des populations marginalisées qui sont souvent victimes des ITSS et qui, contrairement à d'autres groupes sociaux, ne réclament pas de services. Malgré cette grande complexité, des changements dans les pratiques professionnelles et dans l'organisation des services sont possibles, comme en témoignent les nombreux encadrés qui parsèment ce rapport des « **bons coups** » observés.

**Le premier chapitre** situe le projet d'intégration des interventions en ITSS dans les CSSS, l'enquête réalisée à l'hiver 2012 dans le territoire de sept CSSS, et présente deux outils destinés aux CSSS et à leur RLS pour faire un pas de plus ensemble.

**Le deuxième chapitre** décrit l'organisation des services dans ces territoires et rapporte les perceptions des répondants sur le contexte dans lequel ils évoluent et sur les difficultés rencontrées. Il y a un large consensus autour du fait qu'il y a place à l'amélioration : ce chapitre propose donc de se mettre à l'écoute de ces intervenants et de ces gestionnaires, afin de mieux comprendre, collectivement, quel serait le point de départ pour amorcer les changements requis.

**Le troisième chapitre**, pour conclure, met en lumière quelques constats majeurs et propose des pistes d'action à l'intention des acteurs qui travaillent dans le domaine des ITSS, tant sur les plans local, régional que national.

Les pages qui suivent le confirment : oser faire autrement ne sera peut-être pas facile, mais c'est possible !

## Pour réussir à mieux travailler ensemble : un projet, des outils

Ce premier chapitre présente les grandes lignes du projet d'intégration des interventions en ITSS dans les CSSS et de l'enquête à l'origine de ce rapport. On y propose également deux outils conçus pour soutenir le travail en RLS à la lumière des résultats qui seront exposés dans les chapitres suivants.

### 1.1 Un projet dans la foulée de *L'épidémie silencieuse*

C'est pour renforcer l'intégration de la gamme d'interventions en matière d'ITSS dans les CSSS et dans les RLS que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le CSSS-IUGS (Sherbrooke) ont entrepris, en 2011, une action commune.

En tant que centre affilié universitaire, le CSSS-IUGS accompagne la mise en œuvre de changements dans les pratiques cliniques et dans les modes de gestion depuis maintenant plus de dix ans. Avec le soutien d'un comité de pilotage réunissant des personnes clés actives sur les plans national, régional et local, ce projet participe aux efforts actuellement déployés par d'autres acteurs tant au MSSS, à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et dans les agences régionales que dans les instances de concertation nationales, dont la Table de coordination nationale de santé publique. Le tableau suivant présente les phases du projet d'intégration des interventions en ITSS dans les CSSS, dont voici les grandes lignes.

**Tableau 1**  
**Vue d'ensemble du projet d'intégration des interventions en ITSS dans les CSSS**

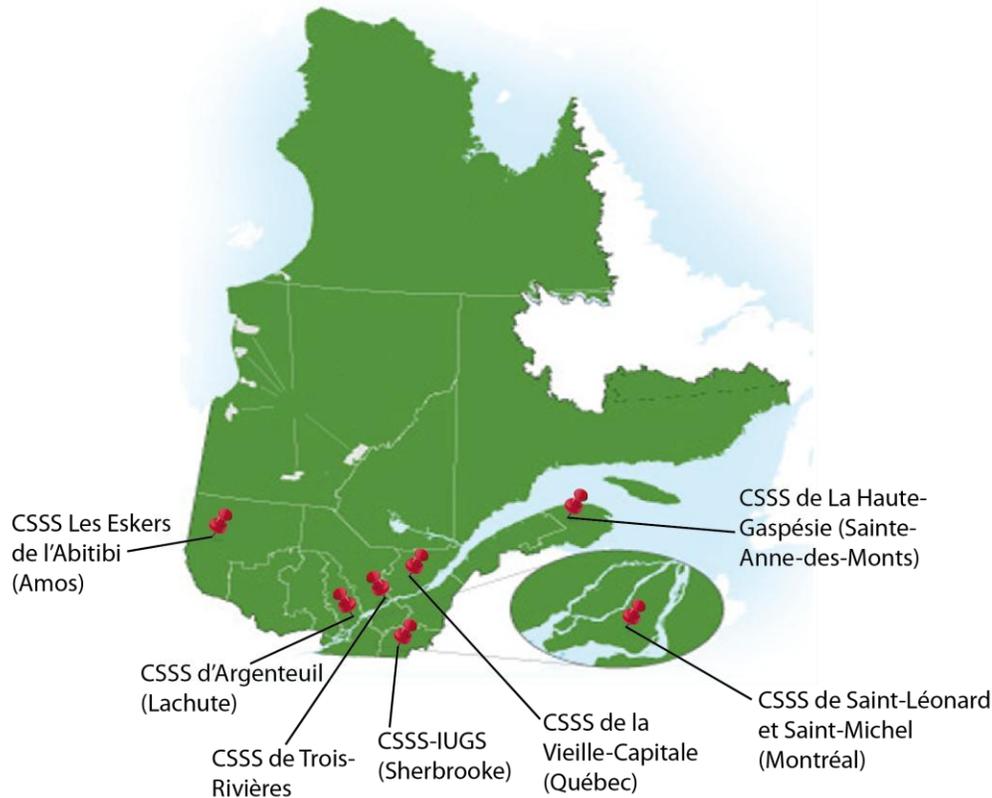
Échéancier	Principales phases du projet
2011-...	Bilan des connaissances et production d'outils
2011-2013	Portrait des pratiques et des besoins dans sept CSSS et dans leur RLS
2012-2014	Démarche d'accompagnement de gestion du changement dans trois CSSS et dans leur RLS
2012-...	Diffusion continue des résultats auprès de l'ensemble des CSSS et des RLS, ainsi qu'auprès des instances régionales et nationales
2014-2015	Évaluation de la démarche d'accompagnement



Un **bilan continu des connaissances** sur les pratiques les plus efficaces pour prévenir, dépister et traiter les ITSS est essentiel. Cette question est traitée dans de multiples documents de référence. Cependant, l'information demeure difficile d'accès pour la plupart des intervenants et des gestionnaires dont ce n'est pas le seul champ d'intervention, ce qui est souvent le cas dans les CSSS. C'est pourquoi une attention particulière est accordée aux besoins d'information des CSSS et de leurs partenaires. Des outils sur mesure seront produits au fur et à mesure de l'avancement des travaux.

Le **portrait des pratiques et des besoins** dans sept CSSS et RLS décrit dans les pages suivantes a été conçu afin de documenter en profondeur, de la façon la plus concrète possible, le savoir-faire et les besoins des intervenants et des gestionnaires de ces sept CSSS et des partenaires de leur RLS. Le profil des CSSS participants (figure suivante), situés dans sept régions différentes à plus d'un titre, est complémentaire. Des entrevues individuelles et de groupe ont été réalisées auprès de 238 répondants. Ce sont les faits saillants de ces entrevues qui seront exposés au fil des prochains chapitres. Les balises méthodologiques de cette enquête, la grille d'entrevue utilisée et la fiche de validation qui a servi à bonifier les analyses préliminaires constituent les annexes 1, 2 et 3.

**Figure 1**  
**Les CSSS participants**



En relation directe avec ce portrait, une **démarche d'accompagnement au changement** est en cours dans le territoire de trois CSSS :

- CSSS de La Haute-Gaspésie (Sainte-Anne-des-Monts)
- CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel (Montréal)
- CSSS d'Argenteuil (Lachute, dans les Laurentides).

Cette démarche repose sur l'approche dite « des communautés stratégiques » (Roy, M. et coll., 2012 ; Roy, M. et coll., 2010). Il s'agit d'une approche de gestion du changement conçue spécialement pour susciter des innovations dans des situations où plusieurs organisations sont impliquées, comme c'est le cas dans le dossier des ITSS. Une caractéristique centrale de cette approche réside dans une stratégie ascendante de changement (*bottom-up*), soutenue directement par les directeurs des établissements et des organismes partenaires. De décembre 2012 à mai 2013, une « conseillère-facilitatrice » a accompagné les étapes préalables au démarrage de la démarche. Les travaux d'un « groupe d'action ITSS », soutenus par un « groupe de gestion » du projet, ont été lancés en mai 2013 et se poursuivront, toujours avec le soutien de la conseillère-facilitatrice, jusqu'en décembre 2014. L'annexe 4 donne un aperçu de l'approche et des modalités de travail privilégiées.

La **diffusion** continue d'information sur l'avancement des travaux est partie intégrante du projet d'Intégration des interventions en ITSS dans les CSSS, qu'il s'agisse des résultats des expérimentations en cours ou des outils qui en émaneront. Les premiers destinataires de ces productions demeurent les CSSS et leurs partenaires des RLS du Québec. Toutefois, des discussions périodiques sont prévues avec les principales instances régionales et nationales concernées. C'est pourquoi un bulletin électronique (figure 2) est publié trois fois par année. **Pour recevoir les prochains numéros**, il suffit simplement de transmettre ses coordonnées à l'adresse suivante : [\[infoitss.csss-iugs@sss.gouv.qc.ca\]](mailto:infoitss.csss-iugs@sss.gouv.qc.ca).

**Figure 2**  
Le bulletin électronique du projet d'Intégration des interventions en ITSS dans les CSSS



Une **évaluation externe** du projet est en préparation. L'objectif général de cette évaluation sera de vérifier si l'approche de la communauté stratégique, telle qu'elle a été adaptée dans le cadre de ce projet, permet d'améliorer la collaboration entre les acteurs concernés – particulièrement avec les partenaires intersectoriels – et de renforcer l'intégration des interventions ayant trait aux ITSS. Il est proposé qu'une étude de cas pour chacun des projets pilotes soit menée. Les trois études, suivant le même devis, pourront être comparées, ce qui permettra de dégager une vision globale de l'expérience. L'équipe de chercheuses réunit :

- Madeleine Audet, faculté d'administration, Université de Sherbrooke ;
- Monique Imbleau, Institut national de santé publique ;
- Nassera Touati, École nationale d'administration publique.

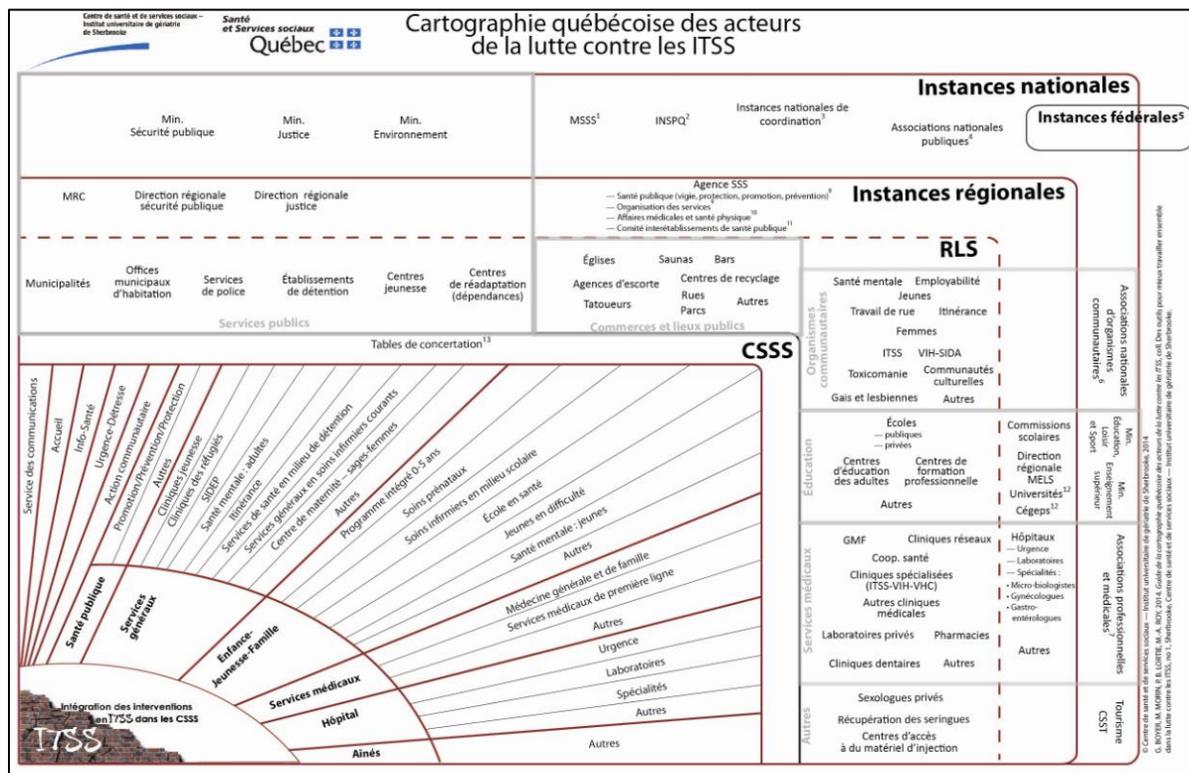
On aura compris que ce projet est résolument tourné vers l'action. À preuve, en plus de l'analyse des entrevues qui constituent la matière première de ce rapport, deux outils à l'intention des CSSS et de leur RLS ont été conçus à la lumière de ces résultats : la cartographie québécoise des acteurs de la lutte contre les ITSS et le réseau de services et de collaborations dans la lutte contre les ITSS.

## 1.2 Un premier outil, la cartographie québécoise des acteurs de la lutte contre les ITSS

Une condition préalable à l'amélioration de la concertation de tous les acteurs qui travaillent auprès des populations vulnérables aux ITSS (MSSS, 2010) est de déterminer clairement quels sont les partenaires actuels, mais aussi quels sont les partenaires potentiels au sein du RLS. Dans un domaine d'intervention aussi complexe et aussi sensible que celui des ITSS, sortir du cercle plus restreint des intervenants, des équipes et des experts se consacrant exclusivement à cette problématique est moins évident qu'il n'y paraît. Comment identifier tous ces acteurs communautaires et institutionnels venant soit du réseau de la santé, soit d'autres secteurs d'intervention comme la justice ou l'éducation ? Si cette question se pose d'emblée sur le plan local, elle mérite également d'être abordée sur les plans régional et national. En effet, l'action sur le plan local est aussi déterminée par des acteurs régionaux (certaines ressources communautaires à vocation régionale ou des instances régionales de santé, par exemple) et des acteurs nationaux. Comment se donner une vision globale de tous ces joueurs ?

Afin de choisir les personnes à rencontrer en entrevue dans le territoire de chacun des CSSS participants, il a fallu non seulement se poser toutes ces questions, mais surtout se donner les moyens d'y répondre. C'est de cet exercice qu'est née la cartographie québécoise des acteurs de la lutte contre les ITSS (figure suivante).

**Figure 3**  
**La cartographie québécoise des acteurs de la lutte contre les ITSS**



Source : Le Guide de la cartographie québécoise des acteurs de la lutte contre les ITSS (Boyer G. et coll., 2014) peut être consulté à l'adresse suivante : <http://www.csss-iugs.ca/itss>.

Une fois ajusté à la configuration d'un territoire, cet outil permettra d'analyser systématiquement l'éventail des acteurs tant au sein du CSSS et du RLS que parmi les instances de concertation intersectorielles. Par ailleurs, même si cette cartographie a été conçue spécifiquement pour la problématique des ITSS, le concept pourrait être adapté à d'autres problématiques.

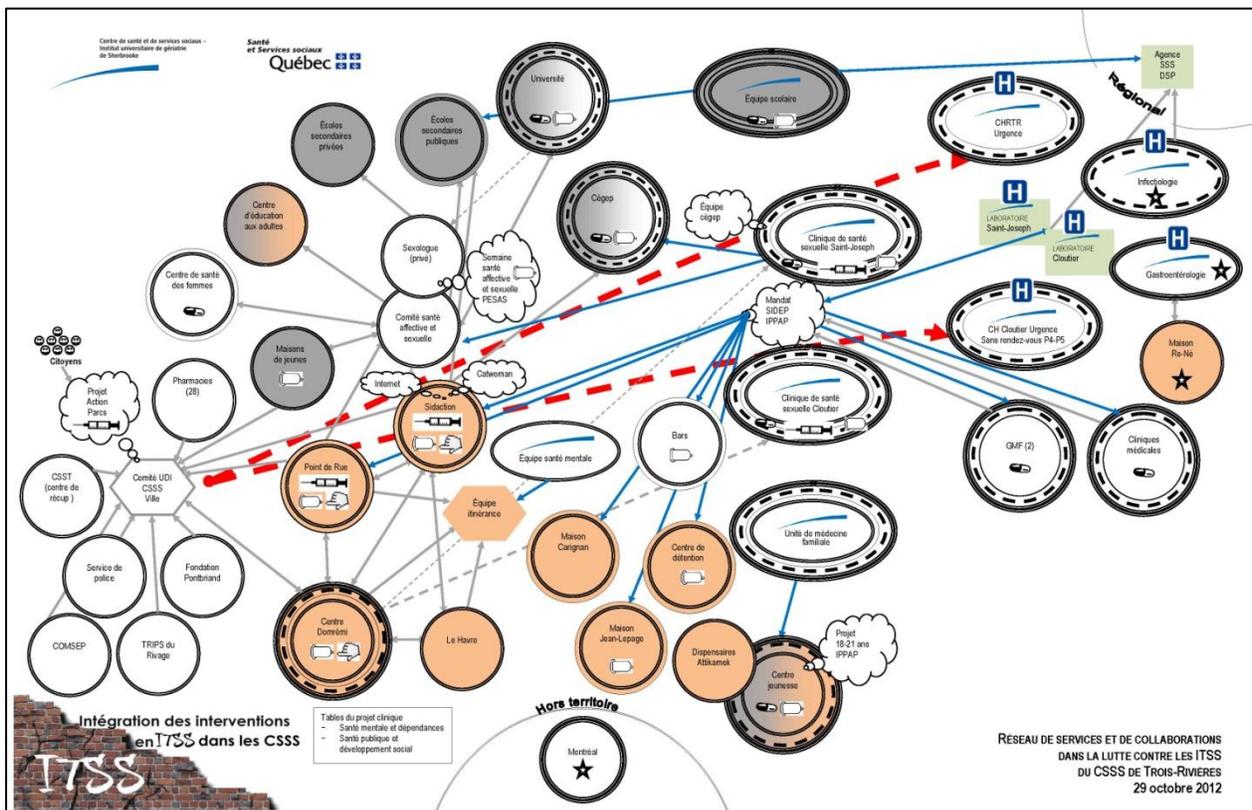
### 1.3 Un deuxième outil, le réseau de services et de collaborations dans la lutte contre les ITSS

Sur le territoire d'un RLS, identifier les différents types d'acteurs actuels et potentiels dans la lutte contre les ITSS est certes un bon point de départ. Toutefois, cela n'est pas suffisant pour cerner l'ensemble des services offerts au regard des ITSS ni l'état des collaborations entre tous ces acteurs, tant au sein du CSSS que, plus largement, au sein du RLS. C'est pourquoi le cœur des entrevues réalisées consistait à demander aux répondants de décrire l'expérience de services vécue par leurs usagers ainsi que la nature et la dynamique de leurs collaborations au sein de leur propre organisation ou avec d'autres partenaires.

La production de la cartographie québécoise des acteurs de la lutte contre les ITSS laissait entrevoir que la suite des choses présenterait une certaine complexité. Cela s'est bel et bien confirmé ! C'est pour rendre compte de façon synthétique de toute la richesse de ce matériel d'entrevue qu'un code graphique a été mis au point pour schématiser l'état de la situation en ce qui a trait aux services offerts et aux collaborations dans le domaine des ITSS. Ces réseaux de services et de collaborations (figure suivante) ne sont pas, au sens strict, des « trajectoires de services » (Shang, 2012), même s'ils s'en rapprochent. On y retrouve les éléments suivants :

- 1) les types d'organisations en présence et, dans certains cas, leurs composantes ;
- 2) les portions du continuum de services ;
- 3) des activités particulières ;
- 4) les populations cibles ;
- 5) la nature des collaborations.

**Figure 4**  
**Le réseau de services et de collaborations dans la lutte contre les ITSS**  
**du CSSS de Trois-Rivières**



Source : Le Guide des réseaux de services et de collaborations dans la lutte contre les ITSS (Boyer G. et coll., 2014) présente les RLS des sept CSSS participants. Ce guide peut être consulté à l'adresse suivante : <http://www.csss-iugs.ca/itss>.

On trouvera dans le *Guide des réseaux de services et de collaborations dans la lutte contre les ITSS* le réseau des sept territoires à l'étude. Chacun des réseaux illustre la configuration et la dynamique des ressources du territoire d'un CSSS et de son RLS. En ce sens, ils sont uniques. Toutefois, le processus auquel on a recours pour les produire est à la portée de tous les CSSS. On trouvera donc dans ce document des indications qui pourront guider les CSSS désireux de produire le schéma de leur propre réseau de services et de collaborations dans la lutte contre les ITSS ou dans un autre domaine d'intervention.

• • •

Ces deux outils constituent les premières retombées du projet d'intégration des interventions en ITSS dans les CSSS. Ils sont enracinés dans les besoins exprimés par les participants dans le cadre des entrevues menées pour dresser un portrait des pratiques en cours dans les CSSS et les RLS en matière d'ITSS et dont l'analyse fait l'objet du prochain chapitre.

### Pour réussir à mieux travailler ensemble : points de vue des acteurs

Le chapitre 2 donne la parole aux personnes interviewées dans le cadre de l'enquête menée pour déterminer les pratiques en cours dans le domaine des ITSS. Il rend compte du vécu des répondants et de leurs points de vue sur les services offerts dans le domaine des ITSS ainsi que sur les collaborations ayant cours au sein des CSSS et des RLS participants.

L'état de la situation qui se dégage des entrevues réalisées est le fruit des **perceptions** des répondants. Dans la perspective de gestion du changement qui est celle du projet d'Intégration des pratiques en ITSS dans les CSSS, ces perceptions sont très importantes puisque, sur le terrain, c'est à partir de cette vision que les intervenants, les gestionnaires et les partenaires prennent leurs décisions au quotidien. Pour tous ceux qui aspirent à améliorer les interventions en matière d'ITSS, connaître ces perceptions est indispensable : il ne s'agit donc pas ici de juger de la justesse des propos tenus à la lumière, par exemple, des données probantes sur l'efficacité des interventions pour lutter contre les ITSS, mais plutôt de se mettre à l'écoute pour saisir le mieux possible les points de vue des répondants. C'est pourquoi on retrouvera de nombreuses citations extraites des entrevues réalisées dans les pages qui suivent.

Dans un premier temps, l'analyse des entrevues a été faite pour chaque CSSS participant. Pour ce faire, on a distingué les propos des professionnels, des médecins et des gestionnaires, tant au sein des CSSS que chez leurs partenaires. À cette échelle, il n'y a pas de différences majeures entre les points de vue de chaque type d'acteurs. Très souvent, les personnes interviewées font référence à un même phénomène, comme la lourdeur bureaucratique, mais illustrent leur pensée à l'aide d'exemples tirés de leur quotidien. Certains formulent leurs points de vue sur une question en mettant l'accent sur des obstacles, d'autres sur des conditions gagnantes, mais tous évoquent l'envers et l'endroit d'une même réalité.

Dans un deuxième temps, une analyse transversale de l'ensemble du matériel d'entrevue a été réalisée, dans laquelle les distinctions entre les différents types de répondants ont été maintenues. Cette fois, certaines nuances entre les points de vue sont apparues. Il ne s'agit cependant que de nuances, à deux exceptions près. D'une part, plusieurs partenaires communautaires font une critique nettement plus radicale des rapports entre les organismes communautaires et les organismes publics que les répondants des CSSS. D'autre part, les propos des directeurs généraux des CSSS, sans être en contradiction avec ceux des autres acteurs, portent davantage sur des enjeux politiques et stratégiques qui influencent l'organisation des services en général. Aussi, sauf indication contraire, les résultats qui suivent reflètent-ils les propos de la majorité des répondants. Au besoin, certaines précisions reliées à un organisme ou à un groupe d'acteurs seront apportées.

Une première section de ce chapitre rapporte des défis à relever par tous les acteurs du domaine de la santé publique, peu importe leur champ d'intervention. Divers types de services ou de collaborations dans le domaine des ITSS sont ensuite traités sous trois angles complémentaires :

- le fonctionnement des services offerts au sein des sept CSSS participants et de leurs RLS ;
- la synthèse des principaux obstacles mentionnés par les répondants ;
- la description de quelques « bons coups », c'est-à-dire des pratiques intéressantes et prometteuses, qui sont signalés dans des encadrés intitulés « Oser faire autrement ».

## 2.1 Des défis à relever dans le domaine de la santé publique

Comme toutes les institutions publiques, le réseau de la santé est perfectible et en constante évolution. Tous les types de répondants ont abondamment souligné à quel point l'amélioration des interventions dans le domaine des ITSS est tributaire d'enjeux qui dépassent largement ce seul champ d'intervention. Les intervenants les plus près des populations cibles abordent souvent ces questions systémiques et contextuelles comme des obstacles majeurs devant lesquels ils éprouvent une grande impuissance. Certains gestionnaires (d'organismes publics et communautaires) et certains directeurs généraux de CSSS abordent aussi ces questions, mais davantage sous l'angle de leur pouvoir d'action, en évoquant la façon dont ils agissent sur le plan local. Tous, intervenants comme gestionnaires, admettent cependant que ces défis comportent des aspects qui relèvent des paliers régional ou national.

---

### La difficile concurrence entre services préventifs et services curatifs

---

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

Ce commentaire d'un gestionnaire résume bien le sentiment général. Les acteurs à l'emploi d'un CSSS issu d'une fusion avec un centre hospitalier sont particulièrement sensibles à cette question : « Le climat est très morose, l'hôpital coupe partout. On ne peut pas vouloir développer, on fait ce qu'on peut avec ce qu'on a. » Les acteurs parlent de cette fusion comme d'un choc de cultures organisationnelles où s'affrontent les services curatifs (d'hébergement, hospitaliers) et le champ d'activité de la prévention, jugée perdante : « Le volet CLSC (Centre local de services communautaires) se fait manger par l'hôpital. »

Autre façon d'aborder la question, même parmi les gestionnaires : la santé publique n'est pas perçue comme une priorité de l'établissement : « L'ensemble des actions à faire en même temps fait que ce n'est pas un dossier qui est arrivé sur le dessus de la pile. » Dans le cas des ITSS, plusieurs considèrent qu'il est particulièrement difficile d'en faire une priorité de santé publique : « Ce n'est pas si reconnu que ça, que c'est là-dessus qu'il faut, dans les prochaines années, cibler nos interventions [en santé publique]. » Comme le dira une autre : « On n'en entend pas parler tant que ça, comparativement aux maladies cardiaques. »

Enfin, plusieurs intervenants, gestionnaires et partenaires estiment que les orientations et les modes de gestion de la performance des établissements défavorisent les interventions en promotion de la santé et en prévention. Comme le précise un directeur général : « C'est sûr qu'il faut rendre des comptes aux bailleurs de fonds, mais il est difficile de le faire de cette façon. Ça ne peut pas être volumétrique, surtout pour les personnes désaffiliées. » Plusieurs intervenants professionnels et communautaires considèrent que les indicateurs retenus dans les ententes de gestion sont contre-performants dans la mesure où ils dévalorisent l'approche globale des personnes et de leur santé, approche nécessaire pour rejoindre les populations les plus vulnérables : « Il y a une façon de donner des seringues pour que ce soit efficace. Pas devant tout le monde. Il faut créer un lien avec la personne, lui toucher, lui serrer la main, apprendre son nom et, graduellement, la confiance sera gagnée et on pourra éventuellement référer aux soins. » Bref, tous plaident en faveur de la définition d'autres indicateurs pertinents pour gérer les interventions de proximité.

## Le travail en silo, une tendance lourde du réseau

---

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

Il existe bel et bien des collaborations entre certaines directions et le travail d'équipe multidisciplinaire est consolidé dans certaines équipes cliniques : « C'est une chance de pouvoir travailler en équipe multidisciplinaire, cette clientèle nécessite ce genre d'intervention. » Mais il est encore fréquent que la réalité soit tout autre : « Chacun travaille dans son bureau. Nous n'avons pas de lieu d'échange comme avant. Les réunions sont plutôt au niveau de l'organisation. On travaille en silo. » De plus, la méconnaissance mutuelle des services offerts par d'autres intervenants au sein du CSSS est maintes fois évoquée : « Souvent, il y a des services qui sont offerts, mais on n'est pas au courant. »

Des gestionnaires insistent sur la bonne volonté de tous : « Les gens sont ouverts à la discussion et à l'échange. Quand on rencontre un problème, on en discute. » S'ils assurent que la préoccupation d'harmoniser les services est bien réelle, en pratique, il y a **peu de mandats formels qui soient assumés conjointement par différentes directions ou équipes**. « Malgré toute la bonne foi et les bonnes relations, les conditions font que c'est difficile », dira l'un d'entre eux. Selon un directeur général, le contexte serait maintenant plus favorable à une meilleure intégration des pratiques dans l'établissement puisque des étapes préalables ont été franchies avec succès :

« La première ligne s'est raffinée pour mieux rejoindre les clientèles vulnérables. Une barrière était l'énergie considérable qu'on a dû mettre pour bien définir les services spécifiques. Maintenant, on peut assurer une meilleure circulation de l'expertise et de l'expérience. On doit permettre l'ouverture à d'autres programmes. [...] Par exemple, on sait comment faire maintenant pour joindre les immigrants. Si on ne le savait pas, on ne pourrait pas développer des interventions en ITSS avec cette clientèle. »

## Plusieurs problèmes d'organisation des services qui ajoutent à la lourdeur bureaucratique

---

*« Ça fait trois mois qu'elle [l'infirmière du SIDEP] est engagée. Elle n'est pas encore sur le terrain à cause de la bureaucratie. »*

**La lourdeur des processus organisationnels** revient sur toutes les lèvres : « Quelque chose qui aurait pu être très simple devient très compliqué. » Les intervenants eux-mêmes y sont régulièrement confrontés lorsqu'ils cherchent « la bonne personne » à qui parler au CSSS : « Si j'avais un jeune qui veut un dépistage, car il a eu une relation non protégée, je ne saurais même pas comment lui obtenir un rendez-vous. » En pratique, certaines infirmières préfèrent carrément diriger les usagers vers les ressources communautaires plutôt que vers les services psychosociaux du CSSS : « C'est tellement compliqué. C'est gros, compliqué, ardu... huit formulaires... J'exagère. Mais tu fais : "Tant pis. Laisse faire. Je vais m'organiser, ça va être moins compliqué". »

De nombreux intervenants et gestionnaires de CSSS soulignent également plusieurs problèmes qui relèvent de la gestion des ressources matérielles et financières.

**La pénurie de main-d'œuvre** figure au premier plan des obstacles à surmonter. Aggravée par des changements organisationnels jugés trop fréquents (fusion, planification stratégique, etc.), la plupart déplorent un roulement constant, tant des gestionnaires que des professionnels. Par exemple, dans une direction clinique d'un CSSS, les trois chefs de programme rencontrés étaient en poste depuis moins d'un an lors des entrevues. Ces changements successifs aggravent la méconnaissance des activités de chacun et accroissent les problèmes de communication : « Il a été très difficile de savoir comment se fait la distribution de seringues et, pourtant, c'est à l'intérieur de notre établissement et dans le même immeuble que nous. »

Au-delà des difficultés de recrutement, plusieurs estiment qu'il **manque tout simplement de personnel pour réaliser les mandats** : « J'peux plus [investir davantage de ressources dans la lutte contre les ITSS]. Je vais pénaliser un autre type de clientèle. Laquelle je priorise ? Un moment donné, c'est pas facile de choisir. » Plusieurs perçoivent une surcharge généralisée de travail des intervenants et des gestionnaires : « Les gestionnaires sont débordés et ils n'ont pas de temps... C'est le client qui est pénalisé pendant ce temps-là. » Certains craignent même qu'une gestion à trop courte vue des restrictions budgétaires ait un impact direct sur l'efficacité de leurs interventions. Une intervenante explique que sa gestionnaire a désapprouvé un déplacement qu'elle avait effectué pour aller donner la pilule du lendemain à une adolescente, un investissement qu'elle-même jugeait pourtant « payant », puisqu'il diminue, à long terme, les coûts liés au suivi de la future mère et de l'enfant.

Les ressources communautaires font également face à des difficultés importantes de recrutement et de maintien d'intervenants communautaires compétents en poste : « Je passe ma vie en sélection ! » Les groupes dont la mission principale est centrée sur la prévention et le traitement du VIH sont encore plus inquiets pour l'avenir : « Ce sont tous des beaux projets dont je vous parle. [...] Il y a du monde qui est mobilisé. Mais si jamais le gouvernement conservateur tire la *plug* en 2014... »

### L'implantation inachevée des RLS

---

*« Un coup que tu es rentré dedans, c'est bien, l'organisation et les partenariats. C'est de se rendre qui est plus difficile. »*

Les entrevues avec des organisateurs communautaires et avec les directeurs généraux ont été particulièrement révélatrices de **l'ancrage des collaborations au regard des ITSS dans l'histoire de la concertation de chaque territoire** : « La concertation est culturelle dans notre milieu. » Le travail intersectoriel est complexe partout, mais les enjeux diffèrent sensiblement selon la configuration de chaque territoire. En région éloignée, on doit composer avec les avantages et les inconvénients de la superposition des rapports interpersonnels et professionnels : « C'est encore plus près, la santé et la politique, dans un petit milieu comme ici. » En milieu urbain, c'est plutôt la complexité des processus qui est mise en cause : « [Notre ville], c'est un écheveau qui ne fonctionne pas du tout sur la base des territoires de CSSS. Dans les milieux urbains, les frontières des réseaux locaux sont arbitraires : les territoires des commissions scolaires, des guichets d'emploi, des arrondissements ne correspondent pas. Ça n'empêche pas le partenariat, ça le complexifie. »

Partout, **les mécanismes de travail en RLS demeurent à parfaire**. Dans plusieurs territoires, autant les CSSS que leurs partenaires rapportent avoir de bonnes expériences de concertation, même s'il y a toujours place à l'amélioration : « Les corridors sont faits, mais ils ont des limites. » Si les collaborations semblent mieux consolidées avec certains partenaires, particulièrement dans le secteur « jeunes et familles », il reste à clarifier les modalités de collaboration et à formaliser des ententes avec plusieurs autres, qu'il s'agisse d'un GMF (Groupe de médecine de famille), d'une commission scolaire, d'une municipalité ou d'un arrondissement : « Je pense que la prévention est un mandat qui appartient un peu à tout le monde, autant la santé, les écoles, les communautaires, mais c'est un peu vague... Quand les rôles ne sont pas trop clairs, on est un peu entre deux chaises. »

Plusieurs expriment clairement l'importance d'une **reconnaissance accrue et formelle du travail des organismes communautaires**. Ce point de vue est avancé par plusieurs directeurs généraux lorsqu'on leur demande ce qui pourrait améliorer le travail en partenariat : « Le milieu communautaire est sous-financé. [...] Le financement n'est pas à la hauteur de ce qu'on souhaiterait qu'ils aient pour pouvoir aller plus loin. » Les conséquences de ce sous-financement sur les populations vulnérables sont rapportées à plus d'une reprise. À titre d'exemple, une travailleuse de rue qui, faute de ressources, accompagne des travailleuses du sexe seulement une semaine sur deux à la clinique où elles reçoivent leur traitement de substitution des opiacés à la méthadone. L'une d'entre elles a dû régresser dans son traitement après avoir raté un rendez-vous sans prévenir, une semaine où elle devait y aller seule : « Elle vomissait. Elle avait la diarrhée. [...] L'infirmière a dit : "Elle aurait dû nous appeler." Mais elle n'a pas le téléphone. [...] Quand ils lui ont dit : "Tu vas retomber à 30", j'ai failli pleurer avec elle. Je vois tout l'effort qu'elle y met. Il faudrait avoir quelqu'un pour les accompagner pendant trois mois, le temps qu'ils prennent un autre mode de vie. »

## Des services mal adaptés aux populations vulnérables

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

Pour de nombreux répondants, parler de « méconnaissance » mutuelle entre le réseau de la santé et les populations vulnérables est un euphémisme. Puisque même des intervenants ne savent pas toujours à qui s'adresser pour obtenir les services désirés, comme on l'a vu précédemment, on comprend que les populations vulnérables ont encore plus de mal à s'y retrouver. À cet enjeu de communication s'ajoute la difficulté d'adapter de multiples façons les services aux populations cibles. Tout d'abord, plusieurs militent en faveur du recours à une approche globale pour rejoindre les personnes les plus marginalisées et les plus mal en point : « Il faut leur donner envie de prendre rendez-vous et de consulter. Remonter leur estime de soi pour leur redonner le goût de prendre soin d'eux, de leur santé [...] Ça passe généralement d'abord par le traitement d'un problème du moment, comme un abcès, pour ensuite les intéresser à éviter d'en avoir d'autres. » D'autres insistent sur l'importance de concevoir des outils pour les personnes peu à l'aise avec l'écrit et d'ajuster les horaires des services de proximité en fonction du mode de vie des personnes marginalisées : « S'il faut être dans la rue à trois heures du matin parce que le besoin est là, nous y serons. »

Mais pour la plupart des intervenants de proximité des CSSS et des intervenants communautaires, ce sont surtout les attitudes négatives de certains professionnels qui sont problématiques : « Comment on peut les amener à se faire soigner, à consulter, à parler de leurs problèmes, s'ils ont déjà, à tort ou à raison, le sentiment qu'ils vont être mal reçus ? ». Ils rapportent plusieurs situations où ils ont été témoins de préjugés, de jugements, d'homophobie et même de peur de la part de certains collègues et partenaires face aux populations socialement marginalisées : « Si j'arrive avec ma mère de 87 ans à l'urgence, ben ils vont la toucher, ils vont lui parler, ils vont lui faire un sourire. Si j'arrive avec une utilisatrice de drogues injectables, ils reculent leurs chaises, presque. »

• • •

Les cinq défis décrits précédemment ont été relevés par divers types d'intervenants, dans tous les territoires participants. C'est, en quelque sorte, le décor dans lequel ils évoluent quotidiennement. Ils ne voient évidemment pas ces enjeux systémiques et contextuels comme étant propres à la problématique des ITSS. Cependant, pour eux, ces enjeux sont intimement liés à l'état actuel des pratiques et des collaborations au sein du continuum de services de lutte contre les ITSS.

### 2.2 Des défis à relever dans la lutte contre les ITSS dans les CSSS et les RLS

Comment produire un portrait d'ensemble de la situation des interventions et des collaborations dans le domaine des ITSS à la lumière des entrevues réalisées ? Comme le choix des territoires s'est fait sur la base de leur complémentarité, donc de leurs différences, l'impact de la configuration du territoire (géographique, démographique, sociologique et économique) sur la configuration des ressources est bien perceptible. Il existe donc des variations importantes dans l'organisation des services offerts dans les sept territoires à l'étude, comme l'illustrent les réseaux de services et de collaborations de chaque CSSS publiés dans le guide présenté précédemment.

Il ne s'agit ni de juger si le mode de fonctionnement de chacun de ces réseaux répond de façon optimale aux besoins spécifiques de la population de son territoire ni de comparer, au sens strict, les sept réseaux de services et de collaborations entre eux. Mais dans la mesure où les territoires des CSSS participants présentent certaines affinités avec d'autres (villes situées dans une MRC rurale, région éloignée, etc.), il est apparu souhaitable d'utiliser la description des services offerts dans le territoire de chaque CSSS pour définir les caractéristiques des RLS capables de rejoindre les populations vulnérables, de dépister les ITSS et de les traiter, tout comme de déterminer les caractéristiques de ceux qui peinent à le faire.

Au cours des prochaines pages, le fonctionnement du travail des CSSS et des RLS dans la lutte contre les ITSS sera examiné autour des dix éléments suivants :

- couverture géographique des services,
- prévention,
- dépistage,
- détection de cas symptomatiques,
- traitement du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC),
- travail de proximité auprès des populations vulnérables,
- collaboration au sein du CSSS,
- collaboration avec les médecins,
- collaboration du CSSS avec les organismes communautaires,
- partenariat intersectoriel.

On trouvera une figure illustrant le **positionnement de chacun des sept CSSS** (sans que ceux-ci soient identifiés) selon son fonctionnement global pour chacune de ces dimensions, à l'aide du symbole suivant :



***Territoires les moins fonctionnels***

***Territoires les plus fonctionnels***

De gauche à droite, les CSSS et les RLS sont répartis selon la plus ou moins grande fonctionnalité de leurs services et de leurs collaborations. Cela dit, cet exercice est à la fois relatif et perfectible : aucun territoire n'est dans une situation extrême, même s'il se retrouve près de l'un ou l'autre pôle de ce continuum.

Lorsqu'un territoire n'est pas positionné près d'une extrémité, cela signifie que sa situation est intermédiaire, tout simplement.

Plusieurs symboles superposés indiquent que les territoires en question sont dans des situations sensiblement équivalentes.

En plus de la figure proprement dite, on trouvera, pour chaque élément :

- les principales caractéristiques des territoires les moins fonctionnels (à gauche) ;
- les principales caractéristiques de territoires les plus fonctionnels (à droite) ;
- à l'occasion, des caractéristiques communes à tous les territoires (au centre).

Cette description sera ensuite enrichie et nuancée par les propos des répondants, afin de mieux comprendre les difficultés rencontrées. Rappelons qu'il s'agit toujours de leurs **perceptions** de la situation, perceptions qui peuvent parfois reposer sur des informations erronées.

À partir des entrevues réalisées dans les territoires des sept CSSS participants, mais aussi avec les responsables de divers autres projets recommandés par les membres du comité de pilotage du projet d'Intégration des interventions en ITSS dans les CSSS (voir l'annexe 1), les prochaines sections sont également parsemées d'une dizaine d'encadrés qui présentent autant d'initiatives susceptibles d'inspirer d'autres milieux qui désirent « oser faire autrement ».

Enfin, tous les acteurs de CSSS qui prendront connaissance des prochaines pages sont invités à déterminer la position de leur propre CSSS pour chacun des éléments discutés.

Et notre CSSS?

## — COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE DES SERVICES +

### Dans les territoires **les moins fonctionnels**

- Les services offerts sont très réduits dans certaines zones défavorisées sur les plans social et économique, comme certains quartiers ou unités de voisinage en milieu urbain, ou encore des villages en milieu rural.
- Dans les CSSS urbains, l'organisation des services est encore inégale et fortement liée aux CLSC d'avant les fusions.
- La capacité des résidents de se déplacer vers le CSSS ou vers des ressources régionales spécialisées (laboratoires, centres de traitements du VIH-VHC, etc.) est très limitée.

### Presque partout

- L'offre de services, incluant ceux consacrés aux ITSS, varie de façon assez importante d'un quartier à l'autre en milieu urbain ou d'un village à l'autre en milieu rural.

### Dans les territoires **les plus fonctionnels**

- Les services auprès des populations les plus vulnérables aux ITSS sont assurés dans les centres-villes.
- Le CSSS multiplie les points de service.

*Les jeunes du secondaire ne diront pas :  
« Maman, je veux aller passer des tests à [telle ville]. »*

Les propos recueillis sur l'accessibilité géographique de services ayant trait aux ITSS font état d'un paradoxe difficile à résoudre. Évidemment, en dehors des grands centres, l'enjeu du transport, particulièrement pour les jeunes, est bien présent. Cependant, même au sein de deux territoires urbains connexes comme ceux de Saint-Léonard et de Saint-Michel, dans le Centre-Est de Montréal, certains résidents se déplacent difficilement d'un quartier à l'autre, en dépit d'un service de transport en commun qui ferait le bonheur des citoyens de bien d'autres municipalités.

Multiplier les points de service facilite la prise de contact initiale avec les services généraux du CSSS, mais cela ne règle pas tout. De plus, dans certains cas, l'expertise n'est pas disponible sur le territoire du CSSS, ce qui implique qu'on doit avoir recours à des ressources dans une autre municipalité ou dans un autre quartier. Par ailleurs, la propension de certaines personnes à **vouloir des services en dehors de leur communauté d'appartenance** est bien réelle : « Pour ces choses-là, les gens préfèrent aller dans d'autres villes. »

## Oser faire autrement

### Amos Être présent dans chacun des villages

Chacun des 17 villages du territoire du CSSS Les Eskers de l'Abitibi dispose périodiquement des services réguliers d'une infirmière qui privilégie une approche globale. Elle peut être accompagnée d'un travailleur social et orienter les usagers vers d'autres services, au besoin. Le service est offert à toute la population, dans un local habituellement fourni par les municipalités. Des bénévoles s'occupent de l'accueil, et même du transport des prélèvements. Les consultations pour des ITSS n'y sont pas fréquentes, mais elles sont possibles. Ce travail en amont permet notamment de réduire le recours à l'urgence du centre hospitalier.

Et notre CSSS?



#### Dans les territoires **les moins fonctionnels**

- La distribution de condoms ou de seringues est souvent « déconnectée » des autres interventions, particulièrement de celles du CSSS.
- On observe des zones grises dans le rôle des intervenants du CSSS quant à l'éducation à la sexualité dans les écoles.
- Les ressources d'École en santé ne sont pas ou sont très peu coordonnées avec les autres équipes de santé sexuelle du CSSS.

#### Dans les territoires **les plus fonctionnels**

- Les activités de prévention sont plus intenses lorsqu'elles sont le fruit d'une action concertée avec le secteur de l'éducation, mais aussi avec les municipalités, le secteur privé (pour financer la distribution de condoms, par exemple), voire des citoyens.
- Les ressources communautaires sont très présentes, particulièrement auprès des jeunes.

*« Je leur demande de nommer des ITSS. Écoute, j'ai la malaria qui se retrouve là-dedans, le cancer du cerveau, le cancer des poumons...  
La chlamydia sort en dernier, la gonorrhée aussi. »*

La plupart des répondants parlent d'abord spontanément de la **prévention des ITSS auprès des jeunes**. Ils soulignent à quel point, en dépit d'un accès généralisé à Internet, les jeunes manquent d'information sur les ITSS et sur leurs conséquences : « Ils disent qu'ils savent, mais ils ne savent pas. » L'utilisation de diverses technologies de l'information (applications pour téléphones intelligents, réseaux sociaux, etc.) ressort d'ailleurs comme un enjeu majeur : « Faut embarquer dans la techno, sinon on va les perdre. » À ce chapitre, certains organismes communautaires intervenant auprès de la communauté gaie ou des travailleurs du sexe ont déjà commencé à expérimenter des interventions faisant appel à ces nouvelles technologies.

## *Oser faire autrement*

Haute-Gaspésie  
**Un comité régional  
d'éducation à la sexualité très actif**

Afin d'offrir une éducation à la sexualité de qualité à tous les élèves de la région Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, le réseau de la santé et le réseau scolaire mènent une démarche régionale conjointe où ils reconnaissent leur responsabilité partagée. Les enseignants et les intervenants utilisent des outils qui s'intègrent aux matières disciplinaires et qui respectent les stades de développement des élèves, du préscolaire à la 5<sup>e</sup> année du secondaire. Le Comité régional d'éducation à la sexualité sensibilise les intervenants auprès des jeunes en milieu scolaire, offre des ateliers, des suivis en cours d'année et de la formation continue.

Plusieurs intervenants estiment que beaucoup de jeunes, de parents, d'enseignants et même d'intervenants sont mal à l'aise de parler de sexualité : « C'est comme un sujet tabou. » Dans certains milieux, il subsiste des objections profondes à l'endroit de l'éducation à la sexualité : « Certains disent qu'on encourage les jeunes à avoir des relations quand on en parle. » Cette situation est encore plus courante dans certaines communautés culturelles ou au sein de certains groupes religieux : « Pour certaines cultures, c'est pas de sexualité avant le mariage. » Dans ces conditions, plusieurs jeunes de ces communautés adoptent des comportements à risque (p. ex. : des filles qui ont des relations anales pour préserver leur virginité, des jeunes qui refusent les condoms qu'on leur offre, de peur que leurs parents ne les trouvent).

Pour plusieurs, ce sont de graves lacunes dans **l'éducation à la sexualité en milieu scolaire** qui seraient en bonne partie responsables de la hausse des ITSS. « En situation de surcharge, chaque professeur se dit que l'autre va le faire. Certains profs ne sont pas à l'aise d'aborder la question de la sexualité. Les hommes sont encore plus mal à l'aise de le faire. Il n'y a plus rien ! » Des professeurs prennent l'initiative, sur une base personnelle, d'inviter une infirmière scolaire ou un intervenant communautaire à venir rencontrer leurs élèves : « On y entre [dans les écoles] par la porte de derrière. Ce ne sont pas les directions qui font appel à nous, bien souvent elles ne savent pas que nous sommes là. Ce sont les professeurs qui nous contactent pour faire de l'animation dans leur cours autour du sida et de l'homosexualité, surtout ».

Nombreux sont ceux qui soulignent la confusion qui existe dans les rôles respectifs des professeurs, des infirmières et des autres intervenants en milieu scolaire : « Y'a des profs qui ont des confidences, mais on n'a jamais de références. Les profs pensent qu'on met des diachylons. » La contribution spécifique du réseau de la santé est également sévèrement critiquée. Plusieurs déplorent vivement le manque de ressources : « Pour une école de 1 000 élèves, nous avons une infirmière seulement un jour par semaine. » D'autres insistent sur le manque de ressources en éducation à la sexualité : « Tout ce qu'on fait dans les écoles présentement, c'est de la vaccination. »

En prévention, les attentes à l'égard des directions régionales de santé publique et du MSSS sont grandes : campagnes nationales de sensibilisation, orientations conjointes avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, budgets accrus, notamment pour distribuer des condoms, etc. Cela dit, les partenaires de certains territoires ont pris plusieurs initiatives : Semaine de la santé sexuelle et affective à Trois-Rivières à l'occasion de la Saint-Valentin ; à Québec, regroupement incluant le secteur privé, qui a notamment permis la création de capsules de prévention diffusées sur YouTube et sur Facebook ainsi que l'obtention d'une commandite de 50 000 condoms pour 33 maisons de jeunes.

## *Oser faire autrement*

### MIELS-Québec et RÉZO-santé Faire de la prévention auprès des HARSAH qui ont recours aux nouvelles technologies ?

Il y a longtemps que des interventions de proximité ont lieu dans les bars, les saunas ou les parcs fréquentés par les HARSAH. Mais cela ne suffit plus. Autres temps, autres mœurs : « C'est tellement facile d'avoir du sexe sur Internet que l'amour devient un fantasme ! », nous dit un intervenant.

Les nouvelles technologies ont changé les modes de contact : on ne fait plus connaissance dans un bar, mais plutôt par l'entremise de sites Internet et d'applications pour téléphones intelligents. La prostitution s'est aussi déplacée. Comment adapter la prévention à ces nouvelles réalités ?

Des intervenants explorent la question : clavarder en direct en répondant très succinctement et de façon très vulgarisée à certaines demandes, analyser la fréquentation des sites de rencontre pour repérer les utilisateurs les plus à risque et tenter de prendre contact avec eux. Toutefois, de nombreuses questions demeurent encore sans réponse, notamment sur le plan éthique, car certaines personnes contactées jugent que ces interventions sont intrusives, par exemple. À suivre !

Et notre CSSS?



### Dans les territoires **les moins fonctionnels**

- La mise en œuvre du SIDEP est inachevée : une seule ressource à temps partiel peine à tout faire : acquérir les compétences requises, régler des problèmes élémentaires de logistique (local, système de renvoi téléphonique, etc.), créer des liens avec des partenaires en vue d'un éventuel travail de proximité.
- Dans plus de la moitié des territoires, il n'y a pas ou très peu de dépistage par les infirmières en milieu scolaire.
- Le dépistage effectué dans les cégeps et les universités se fait le plus souvent parallèlement aux services du CSSS.

### **Partout**

- Il est très difficile d'obtenir un dépistage :
  - si on a plus de 18, 20 ou 25 ans, selon des critères et des horaires variables dans les divers points de service d'un même territoire ;
  - si on ne fréquente pas un établissement scolaire ;
  - si on n'a pas de médecin de famille.

### **Dans les territoires les plus fonctionnels**

- Le SIDEP réalise des interventions de proximité et son expertise est reconnue par ses partenaires, même si certaines insatisfactions demeurent.
- Les méthodes de travail des SIDEP diffèrent toutefois sensiblement selon la place accordée au travail de proximité avec les populations vulnérables et à l'étendue des collaborations avec les autres équipes du CSSS ou avec leurs partenaires.

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

De l'avis général, mettre en place les conditions nécessaires pour améliorer l'accessibilité des services de dépistage des ITSS est **l'élément primordial** si l'on veut parvenir à implanter un continuum de services en matière d'ITSS. De nombreux obstacles de différents ordres devront cependant être franchis avant qu'on y arrive.

Dans le territoire de plus d'un CSSS, on rapporte des problèmes **logistiques** : locaux, transport des échantillons, disponibilité ou validité de certains tests, etc. La nécessité d'assurer la **confidentialité** des consultations complexifie parfois d'autant la recherche de solutions : « On est un petit milieu et tout le monde se connaît. L'anonymat est très important. » L'utilisation d'une boîte vocale pour faire une demande de dépistage ne fait pas l'unanimité : même chez des populations moins réfractaires aux services, certains ne veulent surtout pas qu'un tiers (membre de leur famille, collègue ou autre) reçoive le retour d'appel et soit témoin de leur démarche auprès du SIDEP.

L'impact négatif du **roulement de personnel** se fait particulièrement sentir dans les SIDEPS de certains CSSS. Que peut-on espérer lorsque trois infirmières cliniciennes occupent successivement la fraction de poste accordée au SIDEPS au cours d'une même année ? Ou encore quand l'infirmière du SIDEPS est fréquemment appelée à remplacer les infirmières de l'urgence ou des services courants, que ce soit durant leurs vacances ou à l'occasion d'absences ponctuelles ? Dans ces conditions, on ne s'étonnera pas qu'il puisse y avoir des listes d'attente pour obtenir un dépistage. Autre préoccupation non négligeable des intervenants et des gestionnaires de CSSS : comment acquérir et maintenir à jour les connaissances requises pour faire du dépistage ?

L'organisation des services de dépistage de proximité pour les populations les plus vulnérables comporte son lot de défis (nous y reviendrons). Les services de dépistage à l'intention des jeunes présentent des lacunes jugées importantes, notamment l'absence de dépistage dans plusieurs écoles : de nombreux jeunes ne veulent pas demander à leurs parents de justifier leur absence d'un cours parce les rendez-vous à la clinique de santé sexuelle ont lieu pendant les heures de classe ! La situation n'est guère plus reluisante pour les adultes désireux d'obtenir un dépistage s'ils n'ont pas un médecin de famille et, plus encore, s'ils n'ont pas un médecin de famille qui accepte d'offrir ce service, qu'il pratique au sein d'un GMF ou d'un autre type de clinique médicale. Il n'est donc pas rare que des jeunes ou des adultes qui expriment le désir de passer un test de dépistage finissent par y renoncer : « Si tu penses que je vais aller attendre pendant une journée dans un hôpital pour me faire *checker* quand j'ai rien. *No way.* » Plus encore, l'accessibilité des services **au bon moment** est considérée comme cruciale. Les intervenants communautaires en contact avec des populations vulnérables se sentent particulièrement démunis : « Le besoin, il est là, tout de suite. Il faut que je sache à qui parler. Il faudrait avoir une ligne directe. »

## *Oser faire autrement*

### **Des tandems infirmière de SIDEPS et travailleur de rue**

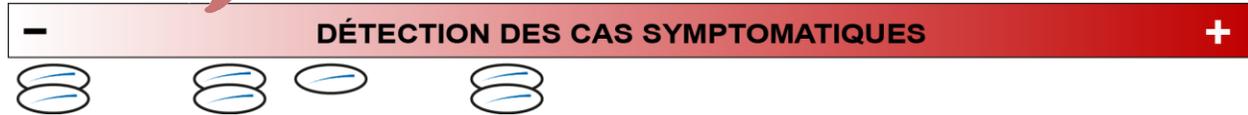
Dans quelques territoires, des liens étroits existent entre les travailleurs de rue (ou de milieu) et les infirmières du SIDEPS.

Les modalités de travail peuvent varier, mais la complémentarité de leur champ d'expertise respectif est au cœur de leurs collaborations.

Le travailleur de rue amènera les personnes les plus marginalisées dont il a gagné peu à peu la confiance auprès de l'infirmière du SIDEPS. Cette dernière peut tenir une clinique sans rendez-vous à un moment fixe dans un organisme communautaire ou dans un bar. Elle offre du dépistage et répond à divers besoins. Elle peut orienter la personne pour qu'elle obtienne une carte d'assurance maladie ou faciliter son accès à des services du CSSS (traitements à la méthadone, suivi en santé mentale, etc.). Cet accueil « VIP » au CSSS permet à l'usager de surmonter certaines craintes. « Le CSSS, c'est Marilou [nom fictif], c'est notre alliée. », dira un travailleur de rue. Les infirmières des SIDEPS et les travailleurs de rue organisent également des activités communes, comme des patrouilles dans les parcs et les autres lieux fréquentés par les populations vulnérables.

En Abitibi-Témiscamingue, les travailleurs de milieu et les infirmières des SIDEPS de la région se rencontrent une fois par année pour partager leurs préoccupations.

Et notre CSSS?



### Dans les territoires **les moins** fonctionnels

- Les personnes symptomatiques se présentent, en dernier recours, aux urgences hospitalières plutôt que de faire appel à d'autres services du CSSS ou du RLS.
- La présence de personnes très vulnérables dans les salles d'urgence génère son lot de problèmes (présence simultanée d'utilisateurs de drogues injectables (UDI) « en manque » avec d'autres patients dans la salle d'attente, tensions entre les travailleurs de rue qui les accompagnent et le personnel de l'urgence, etc.) et plusieurs rebroussement chemin.
- Le processus de notification des partenaires est retardé.

### Partout

- Plus l'accessibilité à un médecin de famille ou à des services de dépistage pour les personnes asymptomatiques est limitée, plus la détection des cas symptomatiques est problématique.
- La contribution respective des médecins du RLS (GMF, cliniques privées) et de l'ensemble des infirmières d'un territoire est rarement claire et optimale.

### Dans les territoires **les plus** fonctionnels

- Trois CSSS ont recours à des infirmières praticiennes spécialisées en services de première ligne.
- Des médecins participent aux services de proximité dans deux territoires.
- Dans un département d'urgence, les personnes symptomatiques sont systématiquement dirigées vers une clinique sans rendez-vous (P4-P5).

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

Si le dépistage est LA condition *sine qua non* pour établir la continuité des services dans la lutte contre les ITSS, l'organisation des services de détection des cas symptomatiques est sans doute le meilleur indicateur de la fluidité des services en place. Or, de tous les segments du continuum de services analysés, c'est le moins fonctionnel. Les personnes symptomatiques se heurtent à toutes les incohérences du système, du manque chronique de médecins de famille aux failles dans la prévention, en passant par les limites de la couverture géographique des services :

« Les symptomatiques ont beaucoup de difficulté à être vus. On a beaucoup, beaucoup de plages pour les asymptomatiques parce que notre ordonnance s'adresse aux asymptomatiques [...]. Des fois, on fait du dépistage et on dit :

“Là, as-tu des symptômes ?”

“Ben là, ça m'a chauffé il y a deux semaines à peu près.”

“Mais maintenant, aujourd'hui, as-tu des symptômes ?” »

Les modalités d'accès à ces services sont obscures et méconnues : « On reste pris dans la porte d'entrée souvent. » Tant le premier contact des usagers que les étapes subséquentes sont parsemés d'obstacles. En début de processus, Info-Santé ne parvient pas toujours à éviter que les consultations aboutissent aux urgences. Une personne symptomatique pourra être dirigée vers une clinique sans rendez-vous où elle attendra plusieurs heures pour apprendre qu'elle devra revenir ou être orientée ailleurs parce que le médecin rencontré ne fait pas de consultations en santé sexuelle : « Pour le médecin, faire des ITSS l'oblige à faire un suivi après le traitement et l'oblige aussi à travailler avec ce qui va souvent avec les ITSS : les problèmes de santé mentale, l'orientation sexuelle ou la toxicomanie. »

## — TRAVAIL DE PROXIMITÉ AUPRÈS DES POPULATIONS VULNÉRABLES +

### Dans les territoires **les moins fonctionnels**

- Il ne se fait aucun démarchage (travail de milieu, travail de rue) auprès des populations plus spécifiquement vulnérables aux ITSS.
- La problématique des ITSS est peu présente dans les préoccupations des équipes qui interviennent auprès d'autres populations vulnérables (itinérance, santé mentale, etc.), tant au CSSS que dans les ressources communautaires.

### Dans les territoires **les plus fonctionnels**

- Les CSSS offrent des services de proximité dans les lieux que fréquentent les populations vulnérables (UDI, HARSAH, jeunes en difficulté), comme les parcs, les bars ou certaines ressources de dépannage.
- Des ressources communautaires, locales ou régionales, réalisent diverses interventions de proximité ayant trait aux ITSS et accompagnent les populations vulnérables vers les services spécialisés.

*« Des fois, on se dit : “Ça prend quelqu'un qui meurt pour que les choses changent.” Mais dans ce cas-ci, la société s'en fout quand ils meurent ces gens-là [détenus, travailleurs du sexe et usagers de drogues injectables]. »*

Dans les CSSS, en dehors de quelques intervenants et gestionnaires très convaincus, **l'intervention de proximité ne fait pas encore consensus**. Comme le disait une gestionnaire : « Il s'agit d'un p'tit bout qui dépasse. » Il n'y a pas que les horaires atypiques qui rebutent certains intervenants, qui craignent pour leur sécurité (ou celle de leurs collègues) : ils appréhendent également une surcharge de travail si l'on accentue le dépistage. De même, ce ne sont pas tous les gestionnaires qui acceptent aisément de ne pas contrôler de près les allers et venues de leur personnel. Recruter des intervenants qui adhèrent à cette approche n'est pas toujours facile : « L'ensemble des gens qui sont sélectionnés pour ces équipes-là n'ont pas le choix, ça fait partie des conditions *sine qua none* de sortir et d'être intégré dans le milieu de vie des gens. »

Il n'en demeure pas moins que l'intervention de proximité est très exigeante pour les intervenants : « La principale difficulté, c'est l'épuisement des intervenants. C'est que les intervenants sont confrontés à la misère humaine à la journée longue. À un moment donné, ça use. » Quelques gestionnaires reconnaissent que ces intervenants peuvent manquer de soutien ou de supervision clinique : « Il faut du travail d'équipe pour parler des situations difficiles, faire de la prévention, du mentorat, du tutorat, se donner des moyens très concrets pour éviter que ça repose seulement sur deux épaules. »

Malgré tout, ceux qui ont choisi ce type de travail en apprécient les retombées : « On est beaucoup plus efficaces sur les lieux. » Qu'ils soient du CSSS ou travaillent dans un autre organisme, ils déplorent tous les réticences ou, pire, les contraintes administratives qui renforcent le travail en silo (« Je m'occupe seulement de sa santé mentale ») au lieu de privilégier une approche globale prenant en compte l'ensemble des besoins en matière de santé. « C'est pas leur priorité, après tout [aux UDI]. Quand il faut que tu manges, que tu dormes et que tu te fasses pas battre, la prévention des ITSS, c'est la quatrième priorité dans ta journée ! Ils sont en mode survie, [la prévention des ITSS] c'est tellement secondaire ! » Tout en reconnaissant qu'une approche globale prend du temps, elle leur apparaît indispensable pour créer une relation de confiance avec la population marginalisée : « Il faut reconstruire la personne avant de pouvoir toucher aux ITSS. »

Là où les services de dépistage de proximité sont bien implantés, même dans de plus petits milieux, la qualité de la collaboration avec les organismes communautaires est perceptible : « Quand j'arrive, c'est : "Ah ! Notre infirmière !" Je fais partie de la place en fait. » La relation de confiance entre les infirmières des SIDEP ou certains médecins et les travailleurs de rue fait une différence significative auprès des personnes les plus marginalisées (UDI, itinérants, personnes ayant des problèmes de santé mentale, etc.) : « Il [le travailleur de rue] est facilitant. Il est plogué directement *live* sur le terrain. »

En plus de ces constats, qui touchent l'ensemble des personnes vulnérables, des répondants ont partagé quelques éléments plus spécifiques de certains sous-groupes de population.

Un peu partout, on rappelle que **les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes** vivent, pour la plupart, dans un univers *underground* : « La communauté gaie n'est pas visible et organisée comme à Montréal. » Il n'est pas rare que l'on nie leur présence et des intervenants ont été témoins de manifestations d'homophobie (pancartes arrachées à l'aréna, dépliants détruits à la bibliothèque). L'arrivée de sites spécialisés sur Internet crée un déplacement partiel des rencontres des lieux plus traditionnels (bars, saunas) vers des domiciles privés, ce qui multiplie les risques de transmission d'ITSS, tout en rendant beaucoup plus difficiles les interventions de prévention.

Les personnes qui ont choisi de travailler auprès des **utilisateurs de drogues par injection** regrettent qu'il y ait encore trop d'intervenants du réseau de la santé qui leur soient réfractaires : « Il a fallu faire beaucoup de conférences, de présentations à des équipes de travail dans tous les milieux pour faire comprendre c'est quoi les valeurs et c'est qui ces gens-là que nous accompagnons parce qu'on sentait une grande distance à tous les niveaux. [Certains disent :] "Ouais, mais là, moi il me fait peur pis en même temps il n'est sûrement pas motivé à régler ses problématiques." » Certains admettent toutefois leur méconnaissance de cette population : « On sait qu'il y a des UDI sur le territoire, mais on ne sait pas comment les joindre. »

## *Oser faire autrement*

### Val-d'Or Pikatemps

Neuf partenaires du réseau de la santé et des services sociaux de Val-d'Or et plusieurs de leurs collaborateurs se sont réunis pour rejoindre les personnes marginalisées allochtones et autochtones ayant des comportements sexuels et une consommation à risque. Les intervenants de Pikatemps sont partout : dans les rues, les parcs et les bars, dans les organismes communautaires, etc. Toute personne auprès de laquelle ils interviennent est accueillie dans sa globalité, selon une approche de réduction des méfaits. L'intervention vise à répondre aux besoins immédiats de la personne (manger, avoir un toit, etc.). Pikatemps offre une multitude de services : dépistage des ITSS et traitement, vaccination, accès à du matériel d'injection, relation d'aide, soutien, information et prévention, soins de santé courants.

Les **jeunes en difficulté** sont directement touchés par la définition administrative de la limite d'âge des « jeunes » (18, 20 ou 25 ans ?) sur leur territoire de résidence. En pratique, cette limite est parfois abaissée de six mois à cause du délai dans le traitement des demandes, réduisant d'autant l'accès aux services de dépistage. La distribution de condoms est par ailleurs une occasion d'établir un premier contact avec les jeunes : « J'ai toujours des condoms dans mon char, je vais en donner, expliquer comment le mettre et pourquoi c'est important de le mettre, quelles sont les ITSS courantes ici, autant pour la pénétration que pour le sexe oral. » Enfin, les jeunes filles souffrant d'une **déficience intellectuelle** ou d'un trouble envahissant du développement sont rarement au centre des préoccupations des intervenants travaillant dans le domaine des ITSS. Une psychoéducatrice a pourtant souligné la grande vulnérabilité de ces jeunes filles : « Les gars savent qu'ils peuvent leur demander n'importe quoi. Les parents ne voient pas toujours les limites de leur enfant. »

En **centre de détention**, le choc des cultures organisationnelles est majeur : « Les actions de sécurité publique nuisent aux actions de santé publique. » Dans ce contexte, les intervenants qui désirent réaliser des interventions de prévention de base se heurtent à des obstacles majeurs : « Les relations sexuelles sont interdites en prison. Donc, quand t'as des condoms, c'est des relations sexuelles. On sait qu'entrer des seringues réduirait la transmission. On admettrait qu'il y a de la drogue en prison et [...] c'est illégal ! » Les résistances du personnel de ces établissements sont tellement profondes que des intervenants des CSSS en viennent à employer des arguments rudimentaires pour réussir à faire leur travail : « C'est toi qui payes pour la santé de ce gars-là et tu vas payer de toute façon. Fait que laisse-moi donc faire ma job et ça va te coûter moins cher. »

L'intervention auprès des **populations du Grand Nord** se déroule dans un contexte de grande pénurie de ressources, où les infirmières acquièrent une polyvalence exceptionnelle : « ITSS, c'est une petite partie de notre travail. » Elles se déplacent de village en village pour offrir des soins et déplorent ne pas avoir vraiment le temps de faire de la prévention. Elles abordent les personnes dans leur globalité, en répondant à une grande variété de problèmes. Le contexte culturel détermine fortement l'organisation très concrète des services, depuis la place du présentoir de condoms dans l'épicerie jusqu'à la difficulté ne serait-ce que de parler de chlamydia, puisque le mot n'existe pas en Inuit. Il en va de même pour la notification des partenaires : « Au dispensaire, tout est traduit par des interprètes inuits. Comme c'est souvent des membres de la famille, alors ils ne le font pas [les avertir] nécessairement. ». L'éloignement des laboratoires est également très problématique : « Tu traites la conjointe, et le temps que le test revienne positif, le conjoint l'a infectée à nouveau. »

Et notre CSSS?



#### Dans les territoires **les moins fonctionnels**

- Lorsque les cas de VIH et de VHC sont peu nombreux, ils sont habituellement traités en dehors du territoire du CSSS, le plus souvent par des ressources ayant un mandat régional.
- C'est surtout l'absence de ressources d'accompagnement des personnes infectées par des intervenants des services de proximité qui est un enjeu.

#### **Partout**

- Les ressources associées au traitement du VIH ont une expertise bien établie.
- Même dans des villes intermédiaires, certaines personnes atteintes du VIH optent pour un traitement à Montréal, pour éviter la stigmatisation.
- Le logement social constitue partout un enjeu majeur.

#### **Dans les territoires les plus fonctionnels**

- Le traitement du VIH et du VHC est accessible, ainsi que de l'intervention de proximité pour accompagner les personnes atteintes.
- Un CSSS compte un médecin qui offre ce traitement.

*« J'ai jamais vu quelqu'un atteint du VIH ne pas être pris en charge, cependant les gens atteints de l'hépatite C sont souvent laissés à eux-mêmes. »*

## **O**ser faire autrement

Au Saguenay

### **Un réseau intégré régional de suivi et de traitement du VHC**

Au Saguenay, les intervenants des milieux médical, institutionnel et communautaire ont construit ensemble un réseau intégré régional de suivi et de traitement du VHC où c'est une équipe qui gravite autour du patient, dans une approche globale, sans jugement, empreinte d'écoute et de compréhension.

Une infirmière fait constamment le lien entre les personnes atteintes, leur milieu de vie et différents intervenants. Cette infirmière travaille en collaboration étroite avec un médecin et elle sollicite d'autres intervenants selon les besoins. Travailleurs de rue, médecins, psychiatres, infirmières des SIDEPE, travailleurs sociaux, intervenants en toxicomanie ou en milieu carcéral, pharmaciens, etc., tous peuvent être interpellés de diverses façons par l'infirmière pour créer un réseau de soutien autour de la personne. Un médecin spécialiste pourra rencontrer la personne une ou deux fois, tandis que le travailleur de rue l'accompagnera souvent pendant plusieurs mois. Dans ces conditions, la grande majorité des personnes qui s'engagent dans un traitement le terminent : « Il y a des patients qui ont clairement dit que s'ils n'avaient pas eu ce support-là, ils n'auraient pas fait le traitement. »

Pour la plupart des répondants, les enjeux liés au traitement des ITSS sont, dans l'ensemble, les mêmes que ceux qui sont associés à la détection des cas symptomatiques. Ils ont donc mis l'accent sur les particularités propres au traitement des cas de VIH et, surtout, de VHC.

Les personnes atteintes du VIH bénéficient de ressources financièrement fragilisées, mais d'organismes grandement expérimentés. Les répondants ont surtout insisté sur les difficultés liées au traitement de l'hépatite C, à commencer par celle de convaincre les personnes atteintes d'accepter de s'engager dans un traitement : « Ça arrive souvent qu'ils se doutent qu'ils ont quelque chose quand ils finissent par faire les tests. Ça leur prend quand même souvent du temps pour décider de faire le traitement ou non. Il arrive que c'est en les rencontrant dans la rue, plus tard, des années des fois, qu'ils acceptent de suivre les traitements. »

Certains intervenants des ressources communautaires associés à ce traitement constatent que plusieurs spécialistes qui traitent l'hépatite C s'attendent encore à une consommation presque que nulle pendant le traitement : « Il n'y a pas un gastroentérologue qui va vouloir prendre nos patients : ils boivent trop, consomment trop, sont difficiles, ont des problèmes de santé mentale... » Une certaine souplesse à ce sujet est cependant perceptible, selon les régions.

Plusieurs tentent de faire comprendre à leurs partenaires, incluant le CSSS, ce que représente le traitement de l'hépatite C pour les personnes qui sont atteintes de cette maladie. Ils soulignent à quel point le traitement de l'hépatite C est difficile physiquement en le comparant à un traitement de chimiothérapie. Pour une personne socialement marginalisée (UDI, travailleur du sexe, etc.), accepter ce traitement demande un changement majeur de mode de vie : « Pour arriver au traitement, le client doit être organisé dans sa vie : avoir un toit sur la tête, avoir une hygiène de vie satisfaisante, que sa consommation soit sous contrôle, qu'il soit présent aux rendez-vous. ». Le patient a donc besoin d'être bien soutenu pendant, mais aussi après le traitement : « Le post-traitement est un moment crucial. Après être sortis de la rue, ils ont perdu leurs alliés de rue et, après le traitement, ils perdent également les gens qui étaient autour d'eux. Ils ont été centrés sur l'injection pendant des années, on les amène à avoir une fixation sur leur état de santé, et après ça on essaye de les réintégrer dans la société. »

## *Oser faire autrement*

### **Le Centre Sida Amitié Accompagner les populations vulnérables atteintes du VHC**

Dans les Laurentides, fort d'une longue expérience dans l'accompagnement des personnes atteintes du VIH, le Centre Sida Amitié se centre également sur les besoins des personnes atteintes du VHC. Une partie d'entre elles ont un lourd bagage de vie (troubles de dépendance, problèmes de santé mentale, etc.). Le Centre Sida Amitié offre une gamme de services adaptée à leur réalité : du dépistage gratuit et anonyme, des traitements et des suivis médicaux basés sur une approche de santé globale, de l'accompagnement et du soutien pour la personne atteinte et ses proches. En les prenant où elles sont, cet organisme permet à un grand nombre de ces personnes de guérir du VHC, ce qui est tout un succès, considérant le défi que représente, entre autres, la durée des traitements et les effets secondaires importants qui y sont associés.

Et notre CSSS?



#### Dans les territoires **les moins** fonctionnels

- Dans l'ensemble, le dossier est souvent perçu comme non prioritaire.
- Les collaborations entre intervenants de divers services ou de professions différentes sont informelles et fluctuantes.
- On constate un clivage important entre la mission hospitalière et les services de première ligne, et ce, même s'ils font partie du même CSSS.

#### Dans les territoires **les plus** fonctionnels

- Un CSSS s'est doté d'un programme intégré de santé sexuelle, mais pour les jeunes seulement.
- Dans trois CSSS, l'équipe du SIDEP collabore régulièrement avec au moins une autre équipe (services à bas seuil d'accessibilité, services courants, clinique réseau sans rendez-vous), mais des différences importantes entre les points de service persistent.

*« Nous autres, le scolaire [les infirmières scolaires], on fait bande à part avec le CLSC. Jamais on n'est mixées à la clinique de santé sexuelle, aux réunions qui se font là. Pourtant, on a souvent les mêmes problématiques. »*

On l'a vu précédemment, il se fait **encore beaucoup de travail en silo**. La place accordée au dossier des ITSS dans les CSSS demeure précaire, même dans les établissements qui comptent quelques médecins et infirmières dynamiques et très engagés, quoique critiques : « C'est au niveau décisionnel de pouvoir qu'il ne se passe rien. [...] Ça va pas vite, ça ira pas vite. Il ne faut pas essayer d'aller plus vite que l'organisation [pour faire des changements]. » Il y a de nombreuses zones grises, particulièrement autour des cas multiproblématiques, comme un consommateur de drogue avec un trouble cognitif ou un itinérant avec un problème de santé mentale : « Les "entre deux chaises", c'est nous à l'accueil. On n'est pas équipés pour offrir les bons services. »

## Oser faire autrement

Sherbrooke

### Un programme intégré de santé sexuelle des jeunes

Trois directions du CSSS de Sherbrooke (jeunes et familles, adultes et partenariat médical) se sont unies pour définir les grandes orientations de leurs services en santé sexuelle pour les jeunes de 12 à 25 ans. Le programme intégré qui en a résulté a permis l'harmonisation des objectifs, des services, des activités et de l'évaluation continue. Par exemple, des services médicaux de santé sexuelle ont été implantés dans toutes les écoles secondaires, en complément aux services de soins infirmiers, incluant une ordonnance collective pour le traitement de la chlamydia et de la gonorrhée lorsque la personne est asymptomatique.

**Les collaborations** entre deux équipes ou encore entre deux intervenants, de même profession ou non, sont possibles mais relativement fragiles, puisqu'une mutation ou un départ à la retraite peut très sérieusement les compromettre. Il reste beaucoup à faire en ce qui concerne les collaborations entre infirmières et intervenants psychosociaux, pour que le dossier des ITSS ne soit pas systématiquement confié aux infirmières : « J'ai l'impression que les gens [intervenants psychosociaux] se disent : ce n'est pas moi que ça regarde, c'est l'infirmière. »

Plusieurs des **intervenants psychosociaux** rencontrés étaient même étonnés qu'on s'intéresse à eux. Après une heure d'entrevue, la plupart d'entre eux admettaient qu'ils pourraient contribuer à la prévention des ITSS, tout en reconnaissant que plusieurs d'entre eux sont peu sensibilisés à ce sujet : « Un consommateur qu'on sait à risque, nous n'allons pas creuser de façon systématique. On le fait quand le client le demande. » Ils estiment de plus qu'ils sont peu formés pour faire ce travail de prévention : « À l'occasion, quelqu'un en situation de crise peut me dire qu'il a une hépatite. [...] Je ne sais pas quoi faire avec ça et en plus, il y a d'autres priorités. » Des solutions simples ont été suggérées, comme d'intégrer une ou deux questions sur les ITSS dans le bloc de questions sur la sexualité de l'outil d'évaluation psychosociale. Par contre, d'autres continuent de penser que leur contribution doit demeurer limitée : « Nous travaillons avec des jeunes qui ont des comportements difficiles et des problématiques multiples, nous avons d'autres chats à fouetter que d'aborder les ITSS. »

**Dans les territoires les moins fonctionnels**

- Le manque de médecins est décrié partout, mais il est particulièrement grave dans l'un des territoires participants.
- Dans tous les territoires, sauf un, il y a des médecins (de GMF, de cliniques privées, mais aussi du CSSS) qui orientent leurs patients vers un autre service dès qu'il est question de santé sexuelle.
- Les GMF comptent peu ou pas de personnes marginalisées parmi leurs usagers, mais une infirmière de GMF fait régulièrement de la prévention des ITSS parce qu'elle a déjà travaillé dans ce domaine.
- Des ordonnances collectives pour le traitement de la chlamydia et de la gonorrhée sont en vigueur dans six territoires, mais ce ne sont pas toutes les infirmières qui en auraient la possibilité qui les utilisent.

**Dans les territoires les plus fonctionnels**

- Trois CSSS comptent au moins un médecin offrant des soins aux populations vulnérables.
- Dans trois autres CSSS, il y a au moins un médecin se consacrant à la santé sexuelle des jeunes.
- Ces médecins travaillent étroitement avec les infirmières ou avec les ressources du milieu.

*« Il faut se poser la question : quoi déléguer aux infirmières pour une utilisation [de leurs compétences] la plus efficiente possible ? »*

Encore une fois, sur la question de la collaboration avec les médecins, il y a des écarts importants non seulement d'un territoire à l'autre, mais, peut-être surtout, au sein de chaque CSSS-RLS. Les enjeux mentionnés par les répondants (y compris des médecins) autour de la contribution des médecins dans la lutte contre les ITSS sont partie prenante des enjeux liés à leurs rapports globaux au sein du système de santé québécois.

Pour la plupart des répondants, le mandat des CSSS en matière de santé populationnelle et le « virage RLS » ne sont pas bien compris par les médecins, qui n'ont pas modifié leur pratique en conséquence : « La majorité des médecins ne vit pas à la vitesse du réseau, ne s'adapte pas. » Un autre obstacle fréquemment signalé concerne les difficultés liées à la mise en œuvre de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, projet de loi (90) qui a pourtant été adoptée en 2002 : « [La Loi modifiant le Code des professions] c'est bien beau sur papier, mais dans la réalité, dans bien des centres, il n'y a rien qui a passé. [...] Les médecins ont peur de perdre leur job. » Partout, la collaboration des médecins avec les infirmières est au cœur des discussions sur l'amélioration des services en matière d'ITSS.

S'il existe plusieurs expériences de collaboration fructueuse entre médecins et infirmières, d'autres relations semblent plus difficiles, voire très difficiles. Pour les répondants, les causes de ces problèmes sont de différents ordres.

Certains médecins revendiquent le plein exercice de leur autonomie et de leur responsabilité professionnelles. Ils sont très critiques à l'égard du rôle des gestionnaires : « On n'a pas de boss, mais on travaille dans des cliniques qui sont gérées par des gens qui ne sont pas nos patrons, et qui prennent des décisions qui affectent notre travail. » Pour les mêmes raisons, d'autres refusent de signer une ordonnance collective pour des infirmières qu'ils n'ont pas choisies et en qui ils n'ont pas pleinement confiance : « Il y a des infirmières avec qui ça travaille mieux que d'autres. Appliquer l'ordonnance collective indépendamment des personnes, c'est un inconfort de plus. [...] Les patients, c'est

jamais comme une ordonnance et il y a des infirmières qui ont un meilleur réflexe que d'autres quand la réponse n'est pas claire. »

De leur côté, plusieurs infirmières estiment qu'elles sont sous-utilisées : « Dès qu'il y a un bouton pendant l'examen, je cours chercher le médecin, jusqu'à ce qu'il se tienne et reconnaisse mes compétences. » Le recrutement d'infirmières praticiennes dans les services de première ligne ne va pas toujours de soi : « L'infirmière praticienne qui arrive, est-ce qu'elle va m'enlever tous mes cas ? »

Il y a de plus une incompréhension profonde du refus de certains médecins de famille, qu'ils travaillent dans un GMF ou dans des cliniques sans rendez-vous, de faire du dépistage et d'assurer le suivi des personnes atteintes d'une ITSS. À un endroit, des médecins auraient limité le nombre de dépistages parce qu'ils doivent désormais payer leurs fournitures : « Quand on parle du volet administratif, on entend un médecin dire : "Je ne ferai plus de prélèvements après mes 200 écouvillons." » Ce phénomène est présent même chez des médecins d'une clinique jeunesse : « Il faut être cohérent d'un bout à l'autre. Tu priorises la clientèle jeunesse, bien la clientèle jeunesse, ils ont des chlamydias, ils sont symptomatiques. On les priorise au niveau de la contraception, mais pas au niveau des ITSS. » Enfin, certaines ITSS font peur : « Le sida, l'hépatite C, c'est la lèpre : les médecins semblent vouloir s'en débarrasser au plus vite. »

## Oser faire autrement

### Des conditions préalables à de bonnes collaborations entre médecins et infirmières

Il existe des collaborations entre médecins et infirmières qui, de l'aveu des uns et des autres, sont très satisfaisantes. Pourquoi ?

Chez les médecins et les infirmières rencontrés, deux idées maîtresses reviennent : travailler en équipe et se faire confiance.

Les membres d'une équipe d'un service de santé dans un cégep réunissant un médecin, une infirmière, une infirmière praticienne spécialisée en services de première ligne (IPSPL) et une adjointe administrative nous l'ont dit on ne peut plus clairement : « Nous autres, le travail d'équipe, on y croit. Ce qui fait que ça peut aller rondement c'est qu'on se fait confiance les uns les autres. » Concrètement, le médecin n'est présent qu'à temps partiel, mais on peut le joindre de diverses façons à d'autres moments (par téléphone, par télécopie, etc.). Des horaires de travail complémentaires, combinés à une définition claire et extensive des rôles et responsabilités de chacun, permettent de maximiser les services offerts. Comme le dit le médecin de l'équipe : « [L'IPSPL] peut faire le suivi des cas symptomatiques et asymptomatiques et [assurer] le traitement : pas besoin d'ordonnance collective. Quand ça dépasse son mandat légal, elle me réfère la personne pour le suivi. » L'adjointe administrative est partie prenante de cette équipe : « On a une secrétaire qui est formidable. C'est elle qui accueille les étudiants, qui dit le premier "Bonjour !", elle qui fait le premier sourire, elle aussi qui dit : "Écoute, elle est prise, là, l'infirmière, mais elle va te voir tantôt. Est-ce que ça adonne dans ton horaire ?" Ça, les jeunes l'apprécient beaucoup. Les journées où elle n'est pas là, ça paraît ! »

Comment réussir à bâtir cette confiance entre médecins et infirmières? Un médecin de CSSS partage avec nous son expérience :

« Il faut d'abord développer et maintenir des contacts personnels avec les infirmières avec qui on travaille.

Ensuite, il faut se rappeler que nous autres, les médecins, on est des obsessionnels compulsifs, on est des *control freak* – si on n'avait pas ce trait de personnalité, on ne passerait pas à travers notre formation ! –, mais à un moment donné, il faut avoir de l'aide. On peut leur enseigner et commencer à leur faire confiance. [...] Le plus important, c'est que l'infirmière sache que n'importe quand, elle peut m'appeler et que je vais toujours être là pour elle.

Il faut aussi lui dire : "Tu as le droit de ne pas savoir."

Parce que si je critique mon infirmière, si je lui dis : "Ça n'a pas de bon sens, ce que tu fais", elle ne reviendra jamais me voir. »

## — COLLABORATION DU CSSS AVEC LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES +

### Dans les territoires **les moins** fonctionnels

- Le caractère informel de la plupart des collaborations prédomine, quelle que soit la problématique en question.
- Il existe très peu de collaborations ou de projets communs ayant trait aux ITSS.

### Dans les territoires **les plus** fonctionnels

- Il existe des collaborations courantes avec les organismes communautaires de leur territoire dans le domaine des ITSS.
- Ces collaborations sont reconnues au sein de projets communs ou d'instances locales de concertation.
- Les intervenants des CSSS et les intervenants communautaires disent avoir d'assez bons liens entre eux, même si la plupart des organismes communautaires demeurent critiques quant à leurs rapports avec les organismes publics.
- L'expertise des travailleurs de rue (ou de milieu) auprès des populations vulnérables les plus marginalisées est particulièrement appréciée par les intervenants des CSSS.

*« Le communautaire fait partie intégrante du réseau de la santé. On a une couleur différente, mais on est une ressource essentielle pour rejoindre les populations vulnérables et en difficulté. Il ne faut pas nous exclure, il faut nous inclure dès le départ. »*

C'est la finalité des services communautaires et des services publics, le bien-être de la population, qui nourrit le désir de collaborer de part et d'autre : « Il faut se connaître et se reconnaître. On ne peut pas se permettre de travailler en silo. » De fait, tant des répondants de CSSS que d'organismes communautaires disent assez spontanément avoir **des expériences positives de collaboration** : « On n'a pas mis le problème sur le dos de personne. On travaille ensemble. » Cependant, presque invariablement, c'est le caractère informel de ces relations qui est rapidement mis en lumière : « C'est avec la personne qu'on fait le contact, pas avec l'institution. Si elle part, l'ouverture part aussi. » Plusieurs intervenants et gestionnaires de CSSS partageront leur appréciation du travail des organismes communautaires : « Travailler avec eux c'est très précieux, c'est une porte d'entrée magnifique. »

Plusieurs intervenants et coordonnateurs d'organismes communautaires prennent grand soin de distinguer les personnes de l'institution : « Au CSSS, les travailleurs ont l'air dépassés, épuisés, écœurés. Ça a l'air d'une grosse, grosse machine. Ça pas l'air facile de trouver sa place et de se sentir bien là-dedans. » Les plus critiques d'entre eux estiment que les problèmes qui marquent les rapports entre organismes communautaires et CSSS relèvent des différences fondamentales de leur mission : « Eux autres c'est une organisation de services en fonction de besoins d'une clientèle desservie, et bla-bla-bla, et ça se limite à donner l'accès. Mais nous, en ayant comme souci d'impliquer les gens, si la dignité de la personne, le traitement équitable pour l'accès et le droit à la santé ne sont pas respectés... Tu peux pas avoir un double standard parce qu'ils sont toxicomanes. » La non-reconnaissance des

savoir-faire des intervenants communautaires est une autre question sensible : « On demande aux travailleurs de rue de montrer leur job à ces gens-là sans que les subventions, par exemple, suivent. C'est insultant. » Certains intervenants communautaires condamnent aussi le sentiment de supériorité démontré par des intervenants de CSSS à leur endroit : « Eux, ce sont des professionnels et nous, nous sommes une sous-classe de professionnels. On sort tous de la même université, pourtant. »

En pratique, **de multiples modalités de collaboration** existent : orientation des patients, concertation pour des demandes de financement afin d'éviter les dédoublements, animation dans les milieux, accompagnement des usagers, formations communes, concertation autour de cas problématiques, rencontres d'information pour présenter les services des organismes aux intervenants des CSSS, etc. Se doter d'ententes formelles de services entre CSSS et organismes communautaires aide à clarifier les collaborations, même si des insatisfactions persistent, notamment quant aux communications autour des besoins des usagers : « Nous autres, il faut les héberger, il faut les accueillir, il faut travailler avec eux, mais on ne peut jamais rien savoir ! »



#### Dans les territoires **les moins fonctionnels**

- On trouve une équipe d'infirmières scolaires dans tous les CSSS, mais leur rôle peut se limiter à de la vaccination, à de la contraception ou à des soins courants.
- Même lorsque les CSSS collaborent avec les municipalités dans le cadre des activités du Réseau québécois des Villes et Villages en santé, le domaine des ITSS n'est pas inclus.
- Le cas échéant, les acteurs de la lutte contre les ITSS sont absents des instances de concertation sur les déterminants sociaux de la santé (p. ex. : persévérance scolaire, pauvreté, logement).

#### Dans les territoires **les plus fonctionnels**

- Il existe des partenariats intersectoriels formels en matière d'ITSS (municipalité, police, secteur privé ou citoyens...).
- Des projets conjoints de différente nature sont mis en place : sensibilisation, intervention auprès de populations vulnérables, sessions de formation, ententes de services, etc.

*« Agir sur un individu, c'est systémique.  
Si on n'agit pas sur son entourage, ça servira à rien. »*

Un peu à l'image des collaborations entre CSSS et organismes communautaires, **de bonnes collaborations existent** entre CSSS et divers partenaires intersectoriels dans plusieurs territoires, notamment entre ceux qui sont membres du Réseau québécois des Villes et Villages en santé. La mise en œuvre de projets plus spécifiques ayant trait aux ITSS n'est cependant pas automatique, même s'il existe des relations de longue date entre deux partenaires, comme c'est le cas avec le secteur de l'éducation.

Dans certains territoires, on rapporte des expériences très positives de collaboration du milieu communautaire avec le milieu municipal : « On a retrouvé des seringues usagées dans le plafond des toilettes de la bibliothèque. Les employés avaient peur. Les travailleurs de rue sont venus à la biblio et ils ont emmené les jeunes au centre de jour. Ça a réglé bien des problématiques. » Par contre, il arrive aussi que les liens y soient plus ténus : « La municipalité va intervenir [seulement] quand il y a des coupures de services. » Dans certains cas, tant le CSSS que les partenaires communautaires doivent faire face à une résistance importante de la part de la municipalité et de certains groupes de citoyens : « Le quartier veut projeter l'image d'une petite banlieue bucolique où il n'y a pas de problèmes, alors qu'il y en a plein. »

## *Oser faire autrement*

### Trois-Rivières Comité intersectoriel UDI

Un comité intersectoriel a vu le jour à Trois-Rivières pour améliorer l'intervention auprès des utilisateurs de drogues injectables et le sentiment de sécurité de la population. Il s'agit d'un partenariat entre la Ville, le CSSS, le Centre de réadaptation en dépendance et quatre organismes communautaires. Le comité mène plusieurs activités : récupération de seringues, prévention en vue d'empêcher le passage à l'injection, formation d'intervenants (incluant des cols bleus de la Ville), etc., et met une ligne téléphonique à la disposition des citoyens. Même la CSST s'est impliquée à la suite d'accidents de travail avec des seringues usagées survenus dans une usine de récupération.

Pour les intervenants communautaires, l'un des principaux défis en matière de travail intersectoriel réside **dans l'arrimage avec les services policiers**. Dans certains milieux, des collaborations sont déjà bien établies entre certains intervenants : « C'est une policière avec une formation en travail social qui intervient dans les cas d'urgence psychosociale. Elle est en lien avec nous. Cela fait un lien plus fluide avec la police. » Par contre, dans d'autres milieux, les intervenants communautaires estiment que des règlements municipaux nuisent carrément à leur travail. « La répression policière fait en sorte que les gens auprès desquels on intervient vont se déplacer et ensuite il faut les retrouver. » Ainsi, dans une municipalité qui s'est dotée d'un règlement interdisant la possession de matériel d'injection au centre-ville, les UDI fréquentent de moins en moins un organisme communautaire situé dans ce secteur : « Tu me dis de venir me chercher du matériel, mais m'a pogné un *ticket* avec ! » Des travailleurs de rue déplorent avoir reçu des amendes ou s'être fait confisquer du matériel de prévention.

On a mentionné l'importance, pour les personnes recevant un traitement pour le VHC, d'avoir accès à du logement social. Toutefois, à cette exception près, l'idée de **travailler en amont sur les causes structurelles des problèmes économiques, sociaux et de santé**, incluant les ITSS, semble assez peu présente dans les territoires participants. Quelques intervenants et gestionnaires y font toutefois allusion, comme cette infirmière en région éloignée, qui associe la prolifération des ITSS au fait que les jeunes filles sont nombreuses à choisir la maternité comme projet de vie et comme voie d'accès à leur autonomie financière : « Les filles veulent un *chum*. Pour le garder elles ne mettent pas de condom et se font faire un petit. » Très peu d'interventions ont été mises au point avec l'objectif explicite d'intervenir sur un déterminant social de la santé : « Un jour, je me rappelle, l'infirmière nous disait : "Les gens ont faim." [...] Donc, avec le travailleur de rue, on [le CSSS] a ouvert une soupe populaire qui apportait énormément de clientèle, pour en même temps les dépister. » Certains pensent qu'il s'agit de la meilleure façon de régler à la source plusieurs problèmes, dont ceux associés aux ITSS : « On a à peu près 150 jeunes de la rue, au centre-ville : si on se mettait vraiment ensemble [la municipalité, le service de police, le CSSS, la commission scolaire, l'Office municipal d'habitation, le centre hospitalier, etc.], on y arriverait, à arrêter la grande roue de tourner. »

• • •

Ces résultats révèlent tout d'abord l'ampleur du travail à accomplir pour consolider le continuum de services de lutte contre les ITSS et pour renforcer l'intégration des pratiques au sein des CSSS et des RLS. Prévention, dépistage et traitement sont intimement liés. S'il n'est pas indiqué d'isoler l'un ou l'autre des dix paramètres analysés précédemment, il faudra nécessairement donner la priorité à certains d'entre eux pour se mettre en mouvement en vue de modifier la situation. On trouvera, dans le prochain chapitre, une synthèse des résultats précédents, suivie de quelques pistes d'action discutées par le comité de pilotage du projet d'Intégration des interventions en ITSS dans les CSSS.

### Oser faire autrement

« À une vision compartimentée des situations, à une fragmentation des expertises, à une division du travail et à un cloisonnement des secteurs, il faut penser ouverture, partage des expertises, renégociation des mandats, etc. Le passage d'une approche centrée sur les services à la population à une approche populationnelle visant la prise en compte des déterminants sociaux de la santé ouvre un espace d'action qui doit être pensé autrement. » (Roy, S. et coll., 2005, p. 65)

Le chapitre qui suit a été conçu dans le prolongement de l'objectif fondamental du projet d'Intégration des interventions en ITSS, à savoir soutenir les CSSS dans l'intégration des diverses activités qui composent ce continuum de services. Dans la première partie, deux constats globaux, susceptibles d'orienter les actions à entreprendre, seront mis en perspective. Puis, pour conclure, quelques pistes d'action seront proposées, à la lumière de la discussion des résultats avec les membres du comité de pilotage du projet.

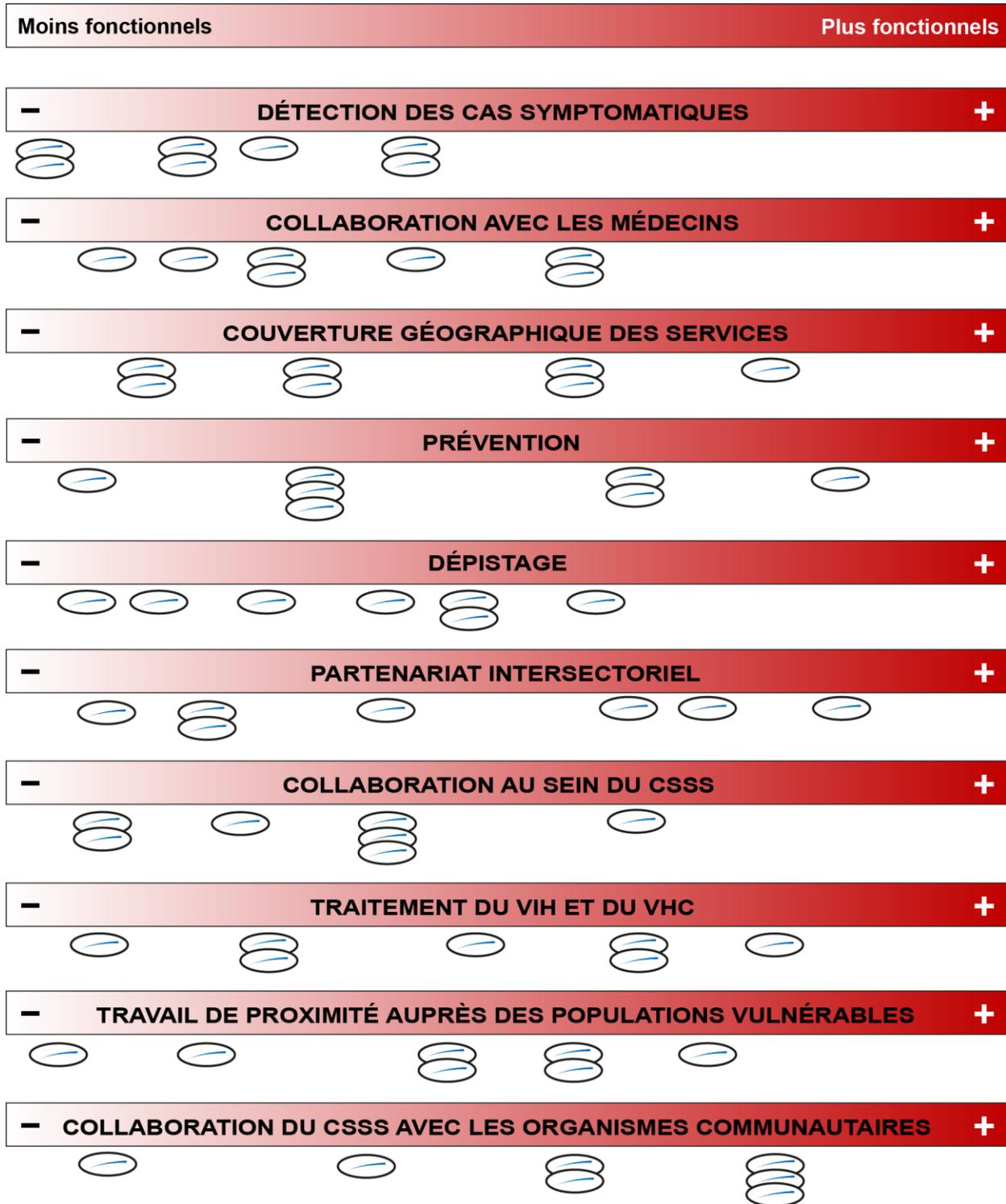
Ce rapport, comme on l'a vu, rend compte des points de vue exprimés par les intervenants et les gestionnaires de sept CSSS et de leurs partenaires venant d'organismes publics et communautaires du réseau de la santé et d'autres secteurs d'intervention. Quiconque désire contribuer à l'amélioration des services de lutte contre les ITSS pourra s'inspirer de leurs constats quant à la mise en œuvre du continuum de services de lutte contre les ITSS sur leur territoire et quant à leurs perceptions des collaborations en cours au sein de leur CSSS et de leur RLS. Plus encore, ces résultats soulèvent plusieurs enjeux communs à de nombreuses problématiques dans le domaine de la santé publique et ils méritent d'être reçus comme tels.

#### 3.1 Des constats qui interpellent les CSSS quant à leur rôle d'animateur au sein du RLS

La figure de la page suivante reprend les résultats exposés dans le chapitre précédent. Les dix éléments étudiés, soit les principaux services de lutte contre les ITSS et les divers types de collaboration dans les CSSS et les RLS participants, y sont placés selon un ordre croissant tenant compte de leur fonctionnement. Un simple coup d'œil à l'ensemble de cette figure laisse entrevoir l'ampleur du travail à accomplir pour consolider l'ensemble du continuum de services en matière d'ITSS et renforcer l'intégration des pratiques au sein des CSSS et des RLS. Si chacun de ces éléments constitue un chantier de travail en soi, quelques constats émergent de leur analyse transversale.

**La détection et le traitement des cas symptomatiques ainsi que les collaborations avec les médecins ressortent de ces entrevues comme deux questions particulièrement critiques.** Les CSSS sont ici interpellés directement quant à leur rôle d'animateur au sein du RLS, que ce soit avec leurs partenaires qui sont déjà en contact avec les populations vulnérables aux ITSS ou avec les médecins de leur territoire. En outre, le défi est encore plus important dans certains quartiers ou certains secteurs, puisque la couverture géographique des services est inégale dans plusieurs territoires. Cependant, comme la prévention, le dépistage et le traitement des ITSS sont intimement liés, il n'est sans doute pas indiqué d'isoler complètement l'un ou l'autre des paramètres analysés.

**Figure 5**  
**Sommaire de l'analyse des réseaux de services et de collaborations dans la lutte**  
**contre les ITSS dans les CSSS et les RLS participants**



**Il reste de toute évidence beaucoup à faire pour renforcer les collaborations au sein des CSSS et des RLS afin d'assurer une meilleure continuité des services** entre les activités de prévention, le dépistage, la détection des cas symptomatiques et leur traitement. Au pire, la mise en œuvre du SIDEP n'est pas encore achevée : le dossier n'est pas perçu comme prioritaire et des fractions de ressources, tant du côté des intervenants que des gestionnaires, tentent de faire leur possible avec l'ensemble des programmes de santé publique. Au mieux, le travail de proximité auprès des populations vulnérables a été mis en place grâce à des collaborations formelles avec des organismes communautaires et des partenaires intersectoriels. Cela dit, certains problèmes demeurent : durabilité des ententes de collaboration, difficultés d'adaptation persistantes dans les services auprès des populations vulnérables, qu'il s'agisse simplement de les accueillir sans les juger ou encore d'organiser les services en fonction de leurs besoins et de soutenir systématiquement les interventions destinées à mieux les rejoindre.

Dans ces conditions, comment orienter la lutte contre les ITSS ?

**L'ampleur des défis à relever pour contrer « l'épidémie silencieuse » ramène au premier plan l'importance de réduire le problème à la source.** Les populations vulnérables aux ITSS sont d'abord des populations... vulnérables. Comme l'ont conclu Bilodeau et ses collaborateurs dans le cadre d'une étude du comité directeur sur l'évaluation de la stratégie de lutte contre les ITSS, l'enjeu que constitue la réduction des inégalités sociales et des inégalités sur le plan de la santé traverse la problématique des ITSS : « Une stratégie de prévention des ITSS en amont doit aussi comporter une analyse et des pistes d'action (notamment d'influence) relatives aux politiques publiques qui concourent à créer et à perpétuer les conditions qui construisent la vulnérabilité des jeunes. » (Bilodeau et coll., 2011, p. 86).

Pour un UDI qui cesse de consommer, qui accepte que son hépatite C soit traitée et qui adopte des pratiques sexuelles sécuritaires, combien y a-t-il de jeunes qui commencent à s'injecter des drogues ? Si améliorer les pratiques cliniques préventives sur la base des pratiques reconnues comme étant efficaces est certes nécessaire (Groulx, 2007), tant que la vision de la prévention se limitera à une volonté de modifier le comportement des individus ou même à réaliser des changements organisationnels explicitement liés à cette mission de prévention, la lutte contre les ITSS demeurera une lutte sans fin : « On est portés à croire que les décisions en matière de santé dépendent d'abord et avant tout de l'individu, qui jouit de son libre arbitre. Pourtant, quand on s'y arrête, on se rend bien compte que les choix personnels sont conditionnés par des facteurs comme la scolarité, le revenu, le statut social, le quartier ou le village où l'on habite. » (Hamel et coll., 2007, p. 2)

Parmi les acteurs rencontrés dans le cadre de notre enquête, bien peu sont actifs dans les instances de développement des communautés et bien peu siègent aux tables de concertation intersectorielle réunies autour de l'un ou l'autre déterminant social de la santé. Si l'importance de l'accessibilité à des logements sociaux est ressortie plus clairement dans le cas du traitement du VHC, il faut espérer qu'on aille jusqu'au bout du virage amorcé dans le cadre de l'exercice de responsabilité populationnelle des CSSS et des RLS, responsabilité qui implique clairement de : « Renforcer l'action sur les déterminants de la santé, de manière à améliorer la santé et le bien-être de l'ensemble de la population locale. » (Archambault et coll., 2013, p. 15) Compte tenu de la gravité de l'épidémie d'ITSS, il y a peu à espérer d'un réseau qui tenterait de « faire toujours plus » de la même façon : il est donc urgent d'oser faire autrement !

**Réduire le problème à la source exige, bien entendu, une stratégie à moyen et à long terme. À plus court terme, comment surmonter la complexité inhérente à l'amélioration des services ayant trait aux ITSS ?** Devant cette complexité, plusieurs renoncent à tenter de la saisir dans son ensemble, préférant s'investir dans un seul aspect du problème, celui qui les touche plus directement, plutôt que d'admettre cette complexité et de fournir les efforts nécessaires pour y faire face. Cela dit, les plus récents travaux en gestion et en gouvernance de la santé prennent précisément acte de la complexité de nos systèmes et de ses implications sur l'organisation des services : « Too complex for a one-size-fits-all solution<sup>3</sup> » (Suter et coll., 2007, p. 5).

---

3. « Trop complexe pour une solution unique » (c'est nous qui traduisons).

Renforcer la capacité d'adaptation des personnes, de même que celle des organisations, sans toutefois alourdir le fonctionnement de ces dernières, implique de définir quelques règles minimales plutôt que de multiplier les consignes :

« Ces observations sont à l'origine d'un concept puissant des sciences de la complexité : les règles de spécifications minimales. On peut définir les règles minimales comme étant le plus petit ensemble de règles ou de contraintes nécessaires pour guider un système vers l'atteinte de ses objectifs, tout en préservant son adaptabilité. [...] Les règles minimales peuvent indiquer à un agent ce qu'il doit absolument faire ou éviter en toute circonstance. Pourvu qu'il ne déroge pas à ces règles, il est libre d'agir comme bon lui semble. » (Roy, D.A. et coll., 2010, p. 39)

La définition de quelques règles de spécifications minimales pour les services ayant trait aux ITSS serait certes souhaitable. La production de la cartographie québécoise des acteurs de la lutte contre les ITSS et des réseaux de services et de collaborations dans la lutte contre les ITSS constitue un premier pas dans l'approvisionnement de la complexité des services en matière d'ITSS. À la lumière des premières étapes des projets pilotes en cours, il est permis d'espérer que cette démarche systématique et ayant pour but de définir et d'analyser la contribution du plus grand nombre d'acteurs possible puisse orienter et soutenir les travaux à entreprendre pour renforcer l'accessibilité des services et pour que le réseau de services de lutte contre les ITSS devienne un réseau « intégré ». Mais de quelle accessibilité et de quelle intégration parle-t-on ici ?

On élargit de plus en plus le concept d'**accessibilité des services**, dans une perspective qui va bien au-delà de l'offre et de la nature proprement dites des services, puisqu'on va jusqu'à y inclure la capacité des individus et des communautés à les utiliser (Lévesque et coll., 2013)<sup>4</sup>. Dans le cas des ITSS, la capacité des populations vulnérables à utiliser les services présentement offerts est justement un enjeu majeur : cette capacité est fortement déterminée par des facteurs sociaux et économiques que les intervenants et les gestionnaires les plus engagés dans des interventions de proximité connaissent très bien et qu'ils peinent à faire reconnaître par leur organisation.

Par ailleurs, **le bien-fondé d'une meilleure intégration des services est maintenant clairement établi**, pour autant que certaines conditions soient réunies. En effet, d'après Shigayeva et ses collaborateurs (2010), les problématiques qui bénéficient le plus d'une meilleure intégration sont celles qui, comme celle des ITSS :

- sont complexes,
- demandent une action à long terme,
- sont durables,
- sont fluctuantes,
- requièrent des interventions multiples et complexes.

Au cours des dernières années, au-delà de 70 définitions d'intégration des services et autres concepts apparentés ont été recensées. Le comité de pilotage du projet d'Intégration des interventions en ITSS dans les CSSS a retenu celle-ci :

« Un réseau d'organisations qui offrent ou qui se concertent pour offrir, des services de santé équitables, *comprehensive* (globaux, multidisciplinaires, universels, adaptés) et continus à une population ciblée et qui sont prêtes à endosser la responsabilité des résultats sur les plans cliniques et économiques, ainsi que sur l'état de santé (ici, au regard des ITSS) de la population visée. » (Définition adaptée ; source : Pan American Health Organization, 2011)

---

4. « We have defined access as the opportunity to identify healthcare needs, to seek healthcare services, to reach, to obtain or use health care services and to actually have the need for services fulfilled. » (Lévesque et coll., 2013, p. 8) « L'accessibilité se définit comme la possibilité de définir les besoins en matière de services de santé, de solliciter des services de santé, d'atteindre, d'obtenir ou d'utiliser les services de santé pour finalement avoir des services qui répondent aux besoins définis » (c'est nous qui traduisons).

Cela étant dit, **ce n'est pas tant la pertinence de l'intégration des services que la façon de parvenir à cette intégration qui demeure au centre des préoccupations** des acteurs même les plus convaincus. L'analyse des sept réseaux de services et de collaborations des CSSS et des RLS participants a démontré à quel point la configuration des territoires marque l'organisation des services. Il n'y a donc pas de voie unique à suivre pour renforcer l'intégration des services : aucun CSSS, en collaboration avec son RLS, ne peut faire l'économie d'adapter localement sa propre organisation de services. Il ne s'agit pas pour autant de tout réinventer : l'expérience des réseaux intégrés de services est maintenant bien documentée, comme l'indiquent les dix principes clés de l'intégration des services présentés à la page suivante. Mieux, ces principes font écho à bon nombre des propos tenus par les personnes rencontrées en entrevue, qu'il s'agisse des besoins spécifiques des populations vulnérables (principe II), du rôle du médecin comme premier intervenant (principe VIII) ou des enjeux financiers (principe X), pour ne nommer que ceux-là. Même si ces questions ont maintes fois été abordées sous l'angle des obstacles à surmonter plutôt que des pistes d'action à suivre, cela témoigne de la perspicacité des intervenants et des gestionnaires des CSSS et des organismes partenaires des RLS et de leur capacité à déterminer quels sont les champs d'action prioritaires.

À la lumière de ces constats, le comité de pilotage du projet a formulé quelques pistes d'action, dont on pourra prendre connaissance dans les prochaines pages.

**Tableau 2**  
**Les dix principes clés de l'intégration des services de santé**  
**selon Suter et ses collaborateurs<sup>5</sup>**

<p><b>I. Services complets dans tout le continuum de soins</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaboration entre les organisations de soins de santé et de services sociaux.</li> <li>• Accès à un continuum de soins offrant des points de service multiples.</li> <li>• Accent sur le bien-être, la promotion de la santé et les soins de santé primaires.</li> </ul>
<p><b>II. Accent sur le patient</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Philosophie axée sur le patient et ses besoins.</li> <li>• Engagement et participation des patients.</li> <li>• Évaluation basée sur les besoins de la population et axée sur une population cible.</li> </ul>
<p><b>III. Couverture géographique et panier de services</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maximiser l'accessibilité des services et réduire les redoublements.</li> <li>• Responsabilité de l'organisation auprès d'une population cible, tout en prévoyant le droit du patient de choisir d'aller ailleurs.</li> </ul>
<p><b>IV. Prestation de soins normalisés au sein d'équipes interprofessionnelles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Équipes interprofessionnelles dans tout le continuum de soins.</li> <li>• Lignes directrices et protocoles de soins conçus par ceux qui offrent les services et fondés sur des données probantes afin d'améliorer la qualité des soins, indépendamment du lieu où sont traités les patients.</li> </ul>
<p><b>V. Gestion du rendement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Engagement en matière de qualité des services, d'évaluation et d'amélioration continue des soins.</li> <li>• Diagnostic, traitement et intervention liés à des résultats cliniques.</li> </ul>
<p><b>VI. Systèmes d'information</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Systèmes d'information de pointe pour recueillir des informations, effectuer les suivis et faire rapport de ses activités.</li> <li>• Systèmes d'information efficaces qui améliorent la communication et le flux d'information dans tout le continuum de soins.</li> </ul>
<p><b>VII. Culture organisationnelle et leadership</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien du personnel démontrant l'engagement de l'organisation.</li> <li>• Dirigeants capables de transmettre leur vision et d'inculquer à leur personnel une culture forte et cohésive.</li> </ul>
<p><b>VIII. Intégration des médecins</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porte d'entrée des systèmes de soins de santé intégrés.</li> <li>• Acteurs clés dans la création et le bon fonctionnement d'un guichet unique ou d'un dossier électronique universel pour le patient.</li> <li>• Pour favoriser l'adhésion des médecins, leur confier un rôle de premier plan et solliciter leur participation dans les instances décisionnelles.</li> </ul>
<p><b>IX. Structure de gouvernance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gouvernance forte, bien coordonnée et diversifiée, favorisant l'intégration complète de tous les groupes de partenaires concernés.</li> <li>• Structure organisationnelle favorisant la coordination entre les établissements et les divers paliers de soins offerts.</li> </ul>
<p><b>X. Gestion financière</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Harmoniser le financement de l'organisation pour assurer une distribution équitable des fonds dans les différents services ou paliers de services.</li> <li>• Mécanismes de financement favorisant la collaboration interprofessionnelle et la promotion de la santé.</li> <li>• Financement suffisant pour disposer de ressources adéquates en vue d'un changement durable.</li> </ul>

5. E. SUTER, N. D. OELKE, C. E., ADAIR et G. D. ARMITAGE, 2009. « Ten key principles for successful health systems integration », *Health Quarterly*, vol. 13, Special Issue, p. 17 (c'est nous qui traduisons).

### 3.2 Premières pistes d'action

Les résultats de l'analyse des entrevues réalisées auprès des intervenants et des gestionnaires de sept CSSS et des partenaires de leur RLS sont riches à plus d'un égard. Plusieurs besoins ont été exprimés par les participants, notamment :

- accompagner la consolidation, voire le démarrage, de certains services de base (p. ex. : SIDEPE) ;
- renforcer la formation continue, entre autres au sein de communautés de pratique<sup>6</sup> entre intervenants engagés dans la lutte contre les ITSS et issus de diverses professions et de divers milieux ;
- mettre divers outils à la disposition des intervenants et des gestionnaires (p. ex. : un guide pour définir une trajectoire locale de services, la description des tâches d'une infirmière de proximité ou encore des modèles d'ordonnances collectives, des trousse d'outils adaptés aux jeunes qui utilisent les nouvelles technologies, des trousse adaptées à d'autres populations (personnes peu à l'aise avec l'écrit, jeunes de la fin du primaire ou du premier secondaire, personnes de cultures et de langues variées, parents, etc.) ;
- poursuivre les efforts de sensibilisation auprès des différents acteurs visés pour raviver l'urgence d'intensifier la lutte contre les ITSS, notamment en diffusant plus largement les données épidémiologiques qui justifient la nécessité de donner priorité à ce dossier ;
- utiliser des indicateurs de gestion adaptés aux interventions auprès des populations vulnérables et susceptibles d'alimenter les membres des conseils d'administration des organismes partenaires des RLS, à commencer par les CSSS.

Il serait cependant prématuré, à cette étape, que le comité de pilotage du projet d'Intégration des interventions en ITSS dégage des recommandations formelles de ces résultats, puisque les trois projets pilotes en cours se poursuivront jusqu'en décembre 2014. C'est donc au terme de ces expérimentations qu'une stratégie de déploiement des résultats et d'accompagnement des intervenants et des gestionnaires sera mise en place en collaboration avec diverses instances nationales et régionales, puis soumise à l'ensemble des CSSS.

C'est dans cet esprit que quatre premières pistes d'action, dont trois s'adressent principalement aux instances locales et une aux instances supra-locales, ont été définies par le comité de pilotage du projet.

- **Se donner une vision commune de la situation : une étape préalable à toute entreprise de changement**

Dans l'univers des interventions ayant trait aux ITSS, il y a tellement d'intervenants et d'organismes concernés sur les plans local, régional et national qu'il est excessivement difficile d'avoir une vision globale de la situation. D'ailleurs, même dans les milieux où l'on a remarqué des initiatives intéressantes, personne n'avait cette vision globale. La première étape de toute entreprise d'amélioration des services en matière d'ITSS devrait donc être la suivante : que les CSSS et leur RLS formulent un diagnostic commun de la situation des services et des collaborations sur leur territoire.

Les deux outils qui ont été créés dans le cadre de ce projet, la cartographie québécoise des acteurs de la lutte contre les ITSS et les réseaux de services et de collaborations dans la lutte contre les ITSS ont reçu un bon accueil de la part des répondants des sept CSSS participants lors de la tenue d'une séance de validation des résultats. Il ne faut cependant pas sous-estimer l'énergie requise pour accompagner les équipes de gestionnaires et d'intervenants dans ces changements.

- **Se doter d'une marge de manœuvre**

Une dizaine d'initiatives prometteuses sont signalées dans les pages précédentes. Elles sont portées par un noyau de personnes critiques et créatives qui n'ont pas attendu que la solution vienne « d'en haut » et qui se sont littéralement dotées d'une marge de manœuvre locale. Tout en reconnaissant la responsabilité des instances régionales et nationales de soutenir l'intégration des interventions au regard des ITSS dans les CSSS et les RLS, il n'en demeure pas moins que sans cet élan des CSSS et des RLS eux-mêmes, il sera difficile de gagner la lutte contre les ITSS.

---

6. « ...groupe de personnes ayant en commun un domaine d'expertise ou une pratique professionnelle, et qui se rencontrent pour échanger, partager et apprendre les uns des autres, face-à-face ou virtuellement. » (Tremblay, D.-G., 2005, p. 695)

Le renforcement du pouvoir d’agir des CSSS et des RLS n’est pas une question anodine. En effet, dans l’ensemble, un fort sentiment d’impuissance règne chez les participants à l’étude. Bureaucratie, marginalisation des programmes de santé publique, travail en silo, manque de personnel ou fort roulement d’effectifs marquent le quotidien. L’approche des communautés stratégiques (Roy, M. et coll. 2012, voir l’annexe 4) utilisée dans les trois projets pilotes en cours repose précisément sur des modalités destinées à donner du pouvoir aux intervenants et aux cadres de premier niveau, à ceux qui sont le plus près des populations vulnérables aux ITSS, pour expérimenter de nouvelles façons de faire. Il sera donc intéressant de voir les retombées de ces projets pilotes.

- **Faire autrement par le travail intersectoriel au sein des RLS**

Actualiser les RLS implique de mobiliser les intervenants et les organismes qui sont en contact avec les populations vulnérables aux ITSS. Il serait difficile d’affirmer haut et clair que les CSSS travaillent de façon optimale en RLS, même là où il y a des initiatives prometteuses. L’expertise des intervenants communautaires, particulièrement des travailleurs de rue ou de milieu, pour joindre les populations vulnérables se heurte à un système qui a du mal à les accueillir, de même qu’il a du mal à accueillir les personnes marginalisées qu’ils accompagnent. Les CSSS ne possèdent pas tous les leviers pour reconnaître formellement la contribution des organismes communautaires. Toutefois, certains d’entre eux sont à leur portée, comme de les associer, dès le départ, à la planification et à la mise en œuvre de projets communs.

Par son caractère intersectoriel, le travail en RLS est également au cœur de la création d’environnements favorables à la santé. Cette voie est déjà privilégiée par les acteurs du domaine de la santé publique se consacrant à la promotion de saines habitudes de vie en alimentation : « Des environnements physique, socioculturel, politique et économique favorables à la santé ne peuvent qu’être le fruit d’un effort collectif. Ils se construisent progressivement à partir d’une compréhension et d’une vision communes des concepts, des objectifs à atteindre et de la manière de les atteindre. » (MSSS, 2012, p. 21) En santé sexuelle, la réponse à des besoins primaires comme manger ou avoir un toit passe généralement bien avant d’autres préoccupations, comme avoir des pratiques sexuelles ou d’injection sécuritaires. Comme acteurs clés du développement de leurs communautés, les CSSS doivent se joindre à tous ceux qui ont un potentiel d’action sur les déterminants de la santé sexuelle et de la consommation de drogues (éducation, logement, environnement social, etc.). Un guide destiné à soutenir les CSSS dans le développement de communautés en santé est d’ailleurs en préparation dans le cadre de l’Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (Tremblay, à paraître).

- **Renforcer la cohérence entre les paliers d’intervention pour mieux soutenir les CSSS et les RLS**

Les orientations nationales, relayées par des instances régionales, convergent vers les CSSS. Le besoin de cohérence au sein de chaque palier – mais également entre eux –, n’est pas spécifique à une problématique de santé donnée. Il n’en demeure pas moins crucial dans l’implantation d’une approche globale auprès des populations vulnérables et dans l’amélioration des services de lutte contre les ITSS. Par exemple, la méthode de mesure du rendement utilisée dans les ententes de gestion apparaît comme un obstacle majeur : pourquoi compter strictement le nombre de tests de dépistage et ne pas tenir compte du temps requis pour apprivoiser un jeune de la rue et le convaincre de passer ce test ?

Demander au palier local d’intégrer des actions qui ne sont pas préalablement intégrées par les paliers régional et national relève de la pensée magique. Il est essentiel d’améliorer l’arrimage des champs d’intervention et des champs de compétence de chacun des paliers :

- au plan national,
  - au sein de la Direction générale de la santé publique du MSSS, en collaboration avec les autres directions du MSSS ;
  - dans les relations que le MSSS entretient avec d’autres ministères, tels l’éducation, la sécurité publique, etc. ;

- au plan régional,
  - au sein des agences de la santé et des services sociaux, entre les directions de l'organisation des services, des affaires médicales et de la santé publique ;
  - au sein des directions régionales de santé publique, entre les équipes de promotion de la santé, de prévention, des maladies infectieuses et de connaissance-surveillance.

### 3.3 Perspectives

Les difficultés quotidiennes rencontrées dans l'opérationnalisation des services en matière d'ITSS (manque d'effectifs, difficulté d'accès à des locaux ou à certains tests, etc.) sont très importantes. Trop souvent, même lorsque des stratégies adéquates de diffusion et d'appropriation des connaissances existent, les conditions préalables pour que l'expertise scientifique en matière d'ITSS soit utilisée ne sont tout simplement pas en place. L'énergie vitale de plusieurs intervenants et gestionnaires étant mobilisée pour résoudre ces questions opérationnelles, leur disponibilité pour acquérir de nouvelles connaissances et adopter de nouvelles façons de faire est mise à rude épreuve : la gestion de priorités à très court terme leur laisse peu de latitude, ne serait-ce que pour s'intéresser à de nouvelles connaissances qui pourraient leur être utiles (Lemire et coll., 2009). Pour améliorer l'intégration des services dans la lutte contre les ITSS, il faudra donc réduire le décalage existant entre l'avancement des connaissances de pointe quant à l'une ou l'autre dimension de la problématique des ITSS et la capacité des CSSS et des RLS de s'approprier ces connaissances au moment opportun.

Dès le départ, le portrait des pratiques et des besoins des CSSS et des RLS a été conçu comme une bougie d'allumage pour « oser faire autrement » dans la lutte contre les ITSS. Au cours de l'année 2014, les trois projets pilotes en cours dans les CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel, de La Haute-Gaspésie et d'Argenteuil permettront la réalisation de diverses expérimentations dont l'évaluation sera connue au cours de l'année 2015.

Dans l'intervalle, l'équipe du projet d'Intégration des interventions en ITSS dans les CSSS, en collaboration avec le comité de pilotage, poursuivra la diffusion et la discussion de ces résultats en vue de déterminer quelles sont les meilleures stratégies possibles pour soutenir l'ensemble des CSSS et des RLS du Québec dans leur lutte contre les ITSS.



***Vous avez des commentaires  
sur ce rapport ?  
Cela nous intéresse !  
Nous vous invitons à nous les  
transmettre à l'adresse suivante :  
[\[infoitss.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca\]](mailto:infoitss.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca).***



ARCHAMBAULT, J., G. BOUCHER, S. GAUDREAU et H. POLLENDER, 2013. *La responsabilité populationnelle et le travail en réseau local de services au cœur des décisions du conseil d'administration d'un CSSS*, AQESSS, MSSS, IPCDC et OQRLS, 59 p.

BARDIN, L., 2013. *L'analyse de contenu*, coll. Quadrige, Paris, PUF, 309 p.

BILODEAU, A., J. BEAUCHEMIN, D. BOURQUE et M. GALARNEAU, 2011. *L'intervention en prévention des ITSS à Montréal : potentialités, limites et défis de la collaboration dans le contexte de la création des CSSS*, Université du Québec en Outaouais, Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire, cahier n° 1102, 124 p.  
[\[http://www4.uqo.ca/crcoc/Fichiers/cahiers/1102\\_Bilodeau\\_Intervention%20prevention%20ITSS.pdf\]](http://www4.uqo.ca/crcoc/Fichiers/cahiers/1102_Bilodeau_Intervention%20prevention%20ITSS.pdf)

BLOUIN, K., P.-R. ALLARD, R. PARENT et coll., 2012. *Rapport intégré : épidémiologie des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec*, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 183 p.  
[\[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/054fc9b741cb3ab485257c31006d7ffb?OpenDocument\]](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/054fc9b741cb3ab485257c31006d7ffb?OpenDocument)

BOYER, G., M. MORIN, P. B. LORTIE et M.-A. Roy, 2014. *Guide de la cartographie québécoise des acteurs de la lutte contre les ITSS*. Coll. Pour mieux lutter ensemble contre les ITSS, n° 1, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 11 p.

BOYER, G., M. MORIN, P. B. LORTIE et M.-A. Roy, 2014. *Guide du réseau des services et des collaborations dans la lutte contre les ITSS*. Coll. Pour mieux lutter ensemble contre les ITSS, n° 2, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 27 p.

GROULX, S., 2007. *L'intégration de pratiques cliniques préventives. Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives*, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 71 p.  
[\[http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-272-02.pdf\]](http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-272-02.pdf)

HAMEL, G. et D. TALBOT, 2007. *La santé, autrement dit. Pour espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé*, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 21 p.  
[\[http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-245-02.pdf\]](http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-245-02.pdf)

LEMIRE, N., K. SOUFFEZ et M.-C. LAURENDEAU, 2009. *Animer un processus de transfert des connaissances. Bilan des connaissances et outil d'animation*, Institut national de santé publique du Québec, 59 p.  
[\[http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1012\\_AnimerTransfertConn\\_Bilan.pdf\]](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1012_AnimerTransfertConn_Bilan.pdf)

LÉVESQUE, J.-L., M. F. HARRIS et G. RUSSELL, 2013. « Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations », *International Journal for Equity in Health*, vol. 12, n° 18, [\[www.equityhealthj.com/content/12/1/18\]](http://www.equityhealthj.com/content/12/1/18)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, 2012. *Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids*, document rédigé en collaboration avec Québec en Forme et l'Institut national de santé publique du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 24 p.  
[\[http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-289-03.pdf\]](http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-289-03.pdf)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, 2010. *L'épidémie silencieuse. Les infections transmissibles sexuellement et par le sang. Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population*, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 73 p. [<http://www.espaceitss.ca/20-bibliotheque-l-epidemie-silencieuse-les-infections-transmissibles-sexuellement-et-par-le-sang.html>]

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2011. « Integrated health service delivery networks: Concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas », *Series: Renaming Primary Health Care in the Americas*, n° 4, Washington (D.C.), Pan American Health Organization (PAHO), Regional Office of the World Health Organization, 91 p.

ROY, D. A., E. LITVAK et F. PACCAUD, 2010. *Des réseaux responsables de leur population. Moderniser la gestion, la gouvernance en santé*, Les éditions du Point, 199 p.

ROY, M., M. AUDET, L. FORTIER, A. GOSSELIN et P. B. LORTIE, 2012. *Guide de mise en place d'une communauté stratégique pour améliorer la collaboration et l'organisation du travail interétablissements*, Chaire d'étude en organisation du travail, faculté d'administration, Université de Sherbrooke, 91 p. [[http://www.usherbrooke.ca/ceot/fileadmin/sites/ceot/documents/OT/Guide/Guide\\_CS\\_15\\_Juin\\_2012.pdf](http://www.usherbrooke.ca/ceot/fileadmin/sites/ceot/documents/OT/Guide/Guide_CS_15_Juin_2012.pdf)]

ROY, M., M. AUDET, J. ARCHAMBAULT et D. ST-LOUIS, 2010. « Créer une communauté stratégique pour favoriser le changement », *Gestion*, vol. 34, n° 4, p. 48-54. [<http://www.cairn.info/revue-gestion-2009-4-p-48.htm>]

ROY, S., M. PERREAU, P.-A. LÉVESQUE, I. BILLETTE, V. VANASSE et C. MORISSETTE, 2005. *Représentations des actions intersectorielles dans la lutte contre le VIH/sida. Volet 1 : Les points de vue des acteurs-clés de divers secteurs du centre-ville de Montréal*, rapport de recherche, 98 p. [[http://www.fgrsc.gouv.qc.ca/upload/editeur/Intersectorialite\\_volet1.pdf](http://www.fgrsc.gouv.qc.ca/upload/editeur/Intersectorialite_volet1.pdf)]

SHANG, M., 2012. *Élaboration de trajectoires de services à l'intention d'une population vivant avec une déficience, recension des écrits et recommandations*, Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 29 p. [[http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3367/Trajectoire+services\\_Nov2012.pdf](http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3367/Trajectoire+services_Nov2012.pdf)]

SHIGAYEVA, A., R. ATUN, M. MCKEE et R. COKER, 2010. « Health systems, communicable diseases and integration », *Health Policy and Planning*, n° 25, p. i4-i20.

SUTER, E., N. D. OELKE, C. E. ADAIR et G. D. ARMITAGE, 2009. « Ten key principles for successful health systems integration », *Health Quarterly*, vol. 13, Special Issue, p. 16-23. [<http://www.longwoods.com/content/21092>]

SUTER, E., N. D. OELKE, C. E. ADAIR, et coll., 2007. *Health Systems Integration. Definitions, Processes and Impact: A Research Synthesis*, Alberta Health Services (AHS), 153 p. [[http://www.calgaryhealthregion.ca/hswru/documents/reports/HEALTH%20SYSTEMS%20INTEGRATION\\_2007.pdf](http://www.calgaryhealthregion.ca/hswru/documents/reports/HEALTH%20SYSTEMS%20INTEGRATION_2007.pdf)]

TREMBLAY, D.-G., 2005. « Les communautés de pratique : quels sont les facteurs de succès ? », *Revue internationale sur le travail et la société*, vol. 3, n° 2, p. 692-722.

TREMBLAY, J. (à paraître en 2014). *Guide d'autoformation à la gestion de la stratégie de soutien au développement des communautés en santé en centre de santé et de services sociaux*, Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences, [<http://www.ipcdc.qc.ca/activit%C3%A9s-de-soutien/d%C3%A9veloppement-des-communaut%C3%A9s>]



## ANNEXES

---



Annexe 1  
**Méthodologie : les grandes lignes**

---



## Le choix des territoires ayant participé à notre projet s'est fait en trois étapes :

1. Le comité de pilotage s'est doté de critères de sélection de façon à obtenir un éventail de CSSS ayant chacun un profil unique, mais pouvant *grosso modo* être généralisé à l'ensemble des CSSS du Québec : prévalence des ITSS sur le territoire, situation géographique (CSSS urbain, CSSS urbain situé dans une MRC rurale, CSSS rural, CSSS situé en région éloignée), caractéristiques des populations vulnérables, avancement de l'intégration des pratiques et du travail en RLS.
2. Les grandes lignes du projet ont été présentées à la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI) le 26 mai 2011. Les coordonnateurs des programmes dans le domaine des maladies infectieuses des directions régionales de santé publique qui le jugeaient à propos ont identifié des CSSS susceptibles d'être intéressés à participer au projet et où, dans l'ensemble, le contexte semblait propice à cette collaboration (en ce sens qu'il permettait d'éviter tout doublage, de renforcer les travaux en cours, etc.). Des échanges ont eu lieu par la suite avec ces DSP afin d'avoir un aperçu de la situation des CSSS de leur région.
3. L'équipe du projet a par la suite vérifié l'intérêt des CSSS pressentis en s'assurant qu'ils étaient disposés à s'engager dans ce projet et, éventuellement, dans une démarche de gestion du changement. En effet, tout en convenant d'une entente plus formelle pour cette première étape, l'ensemble du projet leur avait été présenté auparavant. Les CSSS retenus savaient qu'ils pourraient être approchés en vue de devenir des territoires « pilotes » ou d'agir à titre de collaborateurs pour la validation d'outils, de sessions de formation ou d'autres activités en relation avec le projet. Quelques CSSS ont décliné l'offre qui leur avait été faite.

Les CSSS participants, situés dans sept régions distinctes, présentent des caractéristiques assez différentes.

**Une grille d'entrevue semi-dirigée** (annexe 2) a été conçue par l'équipe du CSSS-IUGS, en collaboration avec le comité de pilotage du projet. Les thèmes abordés étaient :

- la description du travail effectué en relation avec les ITSS;
- l'analyse de la hausse des taux d'ITSS;
- les obstacles et les bons coups;
- l'état des collaborations au sein du CSSS et du RLS;
- les besoins de soutien pour faire encore mieux ou autrement.

Entre le 17 janvier et le 12 juin 2012, **147 entrevues auprès de 238 personnes ont été réalisées** par deux intervieweuses dans les locaux des CSSS ou des autres organismes participants (tableau 3). Il s'agissait d'entrevues individuelles de 60 minutes ou d'entrevues en petits groupes (moins de quatre personnes, le plus souvent) de 90 minutes. Dans chacune des régions, sauf en Estrie, la quasi-totalité de ces entrevues ont eu lieu au cours d'une même semaine. Quelques entrevues complémentaires, dont celles effectuées auprès des directeurs généraux des CSSS, ont été faites par la suite, par téléphone ou par visioconférence. Toutes ces entrevues ont été enregistrées. Une analyse de thématique de contenu (Bardin, 2013) a été réalisée à partir d'une synthèse analytique de chaque entrevue.

Les résultats ont d'abord été produits pour chaque CSSS. Entre le 24 octobre et le 7 décembre 2012, une rencontre de validation a eu lieu avec les participants de chaque territoire (tableau 4). Une fiche de validation (annexe 3) a été conçue pour l'occasion. Pour chaque section de la présentation, puis de façon globale, les participants étaient invités à indiquer leur degré d'adhésion aux résultats présentés, sur une échelle de 1 à 10 (1 correspondant à : « Je ne m'y retrouve pas du tout », et 10 à : « Je m'y retrouve parfaitement »). S'ils le désiraient, ils pouvaient également ajouter des commentaires.

En complément de ces entrevues sur le territoire de chaque CSSS participant, 12 initiatives ont été retenues par le comité de pilotage pour leurs **pratiques novatrices ou prometteuses**. De nouvelles entrevues ont alors été réalisées auprès des responsables des projets retenus afin d'en cerner les facteurs de réussite, de déterminer quels obstacles avaient dû être surmontés et de définir leurs conditions d'application dans d'autres milieux. Il s'agit de :

- |                         |                                |   |
|-------------------------|--------------------------------|---|
| ▪ Cactus-Montréal       | ▪ CSSS Jeanne-Mance (Montréal) | ▪ Réseau intégré régional de suivi et de traitement en VHC (Saguenay) |
| ▪ GAP-VIES (Montréal)   | ▪ Je passe le test (Laval)     | ▪ Pikatemp (Val-d'Or)   |
| ▪ Rézo-santé (Montréal) | ▪ Pacte de Rue (Valleyfield)   | ▪ Point de Repères (Québec)   |
| ▪ Sida-Vie (Laval)      | ▪ Émiss-ère (Montréal)         | ▪ MIELS-Québec  |

Enfin, pour cerner les particularités des interventions dans le Nord-du-Québec, une entrevue de groupe a été réalisée auprès d'infirmières travaillant dans cette région.

**Tableau 3**  
**Sommaire des entrevues réalisées**  
(janvier-juin 2012)

CSSS	Nombre d'entrevues réalisées	Nombre de personnes rencontrées	CSSS						PARTENAIRES DU RLS				
			Directeurs généraux	Gestionnaires	Infirmières	Intervenants psychosociaux	Médecins	Autres <sup>3</sup>	Gestionnaires Coordonnateurs	Infirmières	Médecins	Intervenants communautaires	Autres <sup>4</sup>
D'Argenteuil (Lachute, Laurentides)	19	25	0	4	7	4	2	2	3	1	0	2	0
De La Haute-Gaspésie (Sainte-Anne-des-Monts)	17	28	1	3	3	9	0	2	3	1	0	5	1
De la Vieille-Capitale (Québec)	18	29	1	4	9	1	1	4	1	2	0	6	0
De Saint-Léonard et Saint-Michel <sup>1</sup> (Montréal)	25	35	1	6	7	3	2	3	4	0	1	7	1
De Trois-Rivières	20	39	1	4	11	2	10	3	3	2	0	2	1
Les Eskers de l'Abitibi (Amos)	20	24	1	3	6	5	1	2	2	2	0	2	0
CSSS-IUGS (Sherbrooke) <sup>2</sup>	28	58	1	11	14	3	2	0	5	6	3	12	1
<b>TOTAL</b>	<b>147</b>	<b>238</b>	<b>6</b>	<b>35</b>	<b>57</b>	<b>27</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>21</b>	<b>14</b>	<b>4</b>	<b>36</b>	<b>4</b>

1. À cela s'ajoute l'observation d'une réunion annuelle de l'équipe du SIDEP et des organismes communautaires.
2. À cela s'ajoute l'observation d'une réunion du comité ITSS issu du Groupe action jeunesse de Saint-Michel.
3. Organisateur communautaire, sexologue, agent de planification et de programmation, etc.
4. Service de police, municipalité, commission scolaire, etc.

**Tableau 4**  
**Validation des analyses**  
 (octobre-décembre 2012)

CSSS-RLS	Nombre de participants et nombre de personnes interviewées	Types et nombre de participants	Moyenne de la fiche de validation /10
D'Argenteuil (Lachute, Laurentides)	13/25	1 gestionnaire 6 intervenants 3 partenaires 3 observateurs	8
De La Haute-Gaspésie (Sainte-Anne-des-Monts)	17/28	1 gestionnaire 8 intervenants 4 partenaires 4 observateurs	8
De la Vieille-Capitale (Québec)	19/29	2 gestionnaires 4 intervenants 3 partenaires 10 observateurs	8
De Saint-Léonard et Saint-Michel (Montréal)	24/35	7 gestionnaires 10 intervenants 3 partenaires 4 observateurs	9
De Trois-Rivières	15/39	2 gestionnaires 11 intervenants 2 partenaires 0 observateur	9
Les Eskers de l'Abitibi (Amos)	9/24	3 gestionnaires 5 intervenants 1 partenaire 0 observateur	7
CSSS-IUGS (Sherbrooke)	28/58	4 gestionnaires 16 intervenants 6 partenaires 2 observateurs	8
	<b>TOTAL 125/238</b>		<b>MOYENNE GÉNÉRALE 8,1</b>

*Les **observateurs** sont des intervenants, des gestionnaires ou des partenaires entrés en fonction après la période d'entrevue ou que les CSSS désiraient informer des résultats préliminaires. Dans certains cas, les CSSS ont également invité des collaborateurs de leur direction régionale de santé publique.*



Annexe 2  
**Grille d'entrevue**

---



## Mise en contexte

- Les origines du projet : le rapport intitulé *L'épidémie silencieuse*<sup>7</sup> et l'augmentation des taux d'ITSS au cours des dernières années en dépit des efforts de nombreux intervenants ;
- Le mandat confié par le MSSS au CSSS-IUGS à titre de centre affilié universitaire ;
- Un projet d'accompagnement au changement (ne constituant pas une recherche) en quatre phases : bilan des connaissances, étude des besoins, projet pilote et déploiement ;
- L'étude des besoins réalisée sur le territoire de sept CSSS à travers le Québec (Saint-Léonard et Saint-Michel, à Montréal, de la Vieille-Capitale, à Québec, d'Argenteuil, à Lachute dans les Laurentides, Les Eskers de l'Abitibi, à Amos, de La Haute-Gaspésie, à Sainte-Anne-des-Monts, Trois-Rivières et Sherbrooke).

## L'entrevue

- Entrevue semi-dirigée, d'une durée d'une heure pour les entrevues individuelles et d'une heure trente pour celles de groupe.
- Il ne s'agit en aucun cas d'un exercice ayant pour but de juger la valeur de vos performances personnelles ou celles de votre organisme. Il s'agit plutôt de documenter des processus afin d'améliorer les pratiques ayant trait aux ITSS.
- L'entrevue comporte trois grandes sections : vos actions, l'état des collaborations et du partenariat entre votre organisme et ses partenaires, vos besoins en matière de soutien et d'accompagnement pour réussir à faire mieux ou autrement.
- Signature de la demande d'entrevue et d'enregistrement : le nom des CSSS ainsi que le nom de leurs partenaires seront mentionnés dans nos publications. Les fonctions des personnes interviewées peuvent également y être mentionnées (chef de programmes, promoteur du projet, etc.), mais le nom n'y sera pas indiqué.

## Pour mémoire : objectifs de l'étude des pratiques et des besoins

- Dresser un portrait de la situation actuelle dans différentes régions du Québec en ce qui a trait à l'intégration des interventions relatives aux ITSS.
- Connaître et comprendre les conditions facilitant les interventions, définir les obstacles rencontrés pour joindre les populations cibles, intégrer la pratique relative aux ITSS dans les programmes et offrir toute la gamme de services au sein du RLS.
- Déterminer les besoins des gestionnaires et des intervenants en matière de soutien.
- Informer les CSSS des objectifs de la démarche.
- Reconnaître et valoriser le savoir et les expériences des CSSS et de leur RLS.
- Réseauter les acteurs des divers territoires et jeter les bases d'un partenariat pour les étapes subséquentes.

---

7. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2010. *L'épidémie silencieuse. Les infections transmissibles sexuellement et par le sang. Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population*, 73 p.

Sujets abordés	Questions
1. Description du travail effectué en relation avec les ITSS	<p><i>Au besoin</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En quelques mots, décrivez quelle est la mission (le rôle, le mandat) de votre organisme, département, service... en rapport avec les ITSS ? Quels sont les services (activités) que vous offrez ?</li> <li>▪ <b>Pouvez-vous décrire votre travail au quotidien ?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Quel est votre rôle dans l'organisation ?</li> <li>– Quel est votre rôle en ce qui a trait à la prévention, au dépistage ou au traitement des ITSS ?</li> <li>– Quelle est la population cible de votre organisme ?</li> </ul> </li> <li>▪ Quel est le parcours habituel d'un usager au sein de votre organisme ?</li> </ul>
2. Analyse de la hausse des taux d'ITSS	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Selon vous, pourquoi les taux d'ITSS sont-ils en augmentation dans votre territoire ?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Quels sont les facteurs qui ont une influence sur cette augmentation ? Par exemple : conditions de vie de la population, normes et valeurs de la population cible, limites relatives aux services offerts, aux collaborations et au partenariat, etc.</li> </ul> </li> </ul>
3. Les obstacles et les bons coups	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Très concrètement, quels sont les obstacles que vous rencontrez dans votre travail (en ce qui a trait, par exemple, aux ressources matérielles, humaines et financières) ?</b></li> <li>▪ Quelles sont les difficultés éprouvées par vos usagers ou par la population en général ?</li> <li>▪ Au cours des dernières années, y a-t-il des obstacles que vous avez réussi à surmonter ? Comment ?</li> </ul>
4. Collaborations et partenariat — RLS	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Comment qualifieriez-vous vos relations en ce qui a trait à la collaboration à l'intérieur de votre organisme, avec des intervenants d'autres professions, d'autres équipes, d'autres secteurs d'activité ?</b></li> <li>▪ <b>Comment qualifieriez-vous vos relations de partenariat avec d'autres organismes ou d'autres instances (organismes communautaires, médecins, urgences, écoles, bars, cliniques jeunesse, SIDEPE, etc.)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– De quelle manière les intervenants, les gestionnaires ou les partenaires collaborent-ils entre eux concrètement ? Cette question concerne les rôles particuliers de chacun, les ententes de collaboration formelles ou informelles, les comités (mandat, composition, fréquence), les types de formation offertes, les autres mécanismes de collaboration ou de partenariat, etc.</li> <li>– De quelle façon ces relations pourraient-elles être améliorées ?</li> </ul> </li> </ul>
5. Besoins de soutien et d'accompagnement pour faire encore mieux ou autrement	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Que pourrions-nous vous offrir pour mieux vous aider dans votre travail ?</li> <li>▪ Qu'est-ce qui vous est le plus utile parmi les outils, les sessions de formation et les autres formes de soutien qui sont à votre disposition ?</li> <li>▪ Quelles sont les premières actions à entreprendre pour améliorer la situation ?</li> <li>▪ Au cours des prochains mois, prévoyez-vous des défis majeurs ou des possibilités de changement ?</li> <li>▪ Y a-t-il des projets en développement au sein de votre organisme ?</li> </ul>

Sujets abordés	Questions
6. Autres informations jugées utiles ou pertinentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Y a-t-il d'autres informations dont vous souhaitez nous faire part ?</li> <li>▪ Y a-t-il des documents, outils, dépliants, sites Internet, etc. que nous devrions selon vous obtenir ou consulter ?</li> </ul>

### En guise de conclusion

- **Merci** de nous avoir accordé cette entrevue.
- Une synthèse des entrevues réalisées sur le territoire de votre CSSS vous sera présentée (document PowerPoint).
- Un rapport sera publié à partir des analyses des sept CSSS ayant participé à notre étude.
- Est-il possible d'avoir votre adresse de courriel pour demander, au besoin, quelques informations complémentaires?

**Ginette Boyer**  
**Michelle Morin**  
**Johanne Archambault**  
 13 janvier 2012



**Annexe 3**  
**Fiche de validation**

---



CSSS \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

FICHE DE VALIDATION  
à la suite de la présentation des résultats préliminaires

<b>1</b>	<b>Quel est votre degré d'adhésion générale aux éléments présentés ?</b>  Encercler un chiffre de 1 à 10 Ajoutez des commentaires au besoin	<b>1</b>									<b>10</b>		
		<i>Je ne m'y retrouve pas du tout</i>										<i>Je m'y retrouve parfaitement</i>	
<b>•</b>	<b>Les « trajectoires » de services</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
	Commentaires : au besoin, annotez la copie du réseau de services et de collaborations remise												
<b>•</b>	<b>Les obstacles</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
	Commentaires												
<b>•</b>	<b>Les collaborations au sein du CSSS</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
	Commentaires												
<b>•</b>	<b>Les collaborations élargies</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
	Commentaires												

Suite au verso !



		1 <i>Je ne m'y retrouve pas du tout</i>							10 <i>Je m'y retrouve parfaitement</i>		
•	<b>Les besoins</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Commentaires										
•	<b>Comment faire autrement ?</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Commentaires										
2	<b>Selon vous, quelles sont les améliorations sur lesquelles le CSSS et ses partenaires devraient d'abord se pencher, qui feraient facilement consensus et qui seraient avantageuses pour les usagers ?</b>										
	<b>Autres commentaires</b>										

Annexe 4  
**Comment faire autrement  
pour mieux intégrer les interventions en ITSS ?**

---



## COMMENT FAIRE AUTREMENT POUR MIEUX INTÉGRER LES INTERVENTIONS EN ITSS?

### En tournée dans un CSSS près de chez vous

Après avoir rencontré 237 intervenants et gestionnaires de sept CSSS et de leurs partenaires de réseau local de services (RLS), notre équipe est actuellement en tournée jusqu'en décembre à travers le Québec pour valider les points de vue recueillis sur les pratiques et les besoins en ITSS.

### Que l'action commence!

Au cours des prochaines semaines, le CSSS de la Haute-Gaspésie (Sainte-Anne-des-Monts), le CSSS d'Argenteuil (Lachute) et celui de Saint-Léonard et Saint-Michel (Montréal) participeront à un projet pilote visant à renforcer l'intégration des pratiques en ITSS. L'approche de changement retenue dans le cadre de ce projet s'inspire de l'approche de la « communauté stratégique » qui se différencie à plusieurs égards de la communauté de pratique, de la gestion de projet, du *kaizen* et du *lean management*.

### Qu'est-ce qui distingue notre approche d'accompagnement au changement?

Le CSSS-IUGS s'inspirera d'une approche novatrice de changement. L'approche préconisée propose un projet...

- **pensé et expérimenté par des gens terrain** (approche ascendante – *bottom-up*)

« C'est stimulant parce qu'on a l'impression qu'on peut faire les idées qu'on lance, vraiment amener des améliorations dans notre quotidien<sup>1</sup>. »

Des intervenants terrain et des gestionnaires de premier niveau provenant du CSSS, d'organismes du RLS et de partenaires intersectoriels imaginent et mettent en place des initiatives pour travailler autrement en réseau.

- **avec un parti pris pour l'action**

Une approche qui permet d'apprendre dans l'action, par essais et erreurs, en introduisant rapidement des changements localisés.

« Ailleurs, c'est plus de l'échange d'information, c'est très administratif. Avec la communauté stratégique, on se serre les coudes, on travaille ensemble pour qu'il y ait quelque chose qui bouge et on sentait que ça pouvait bouger<sup>1</sup>. »

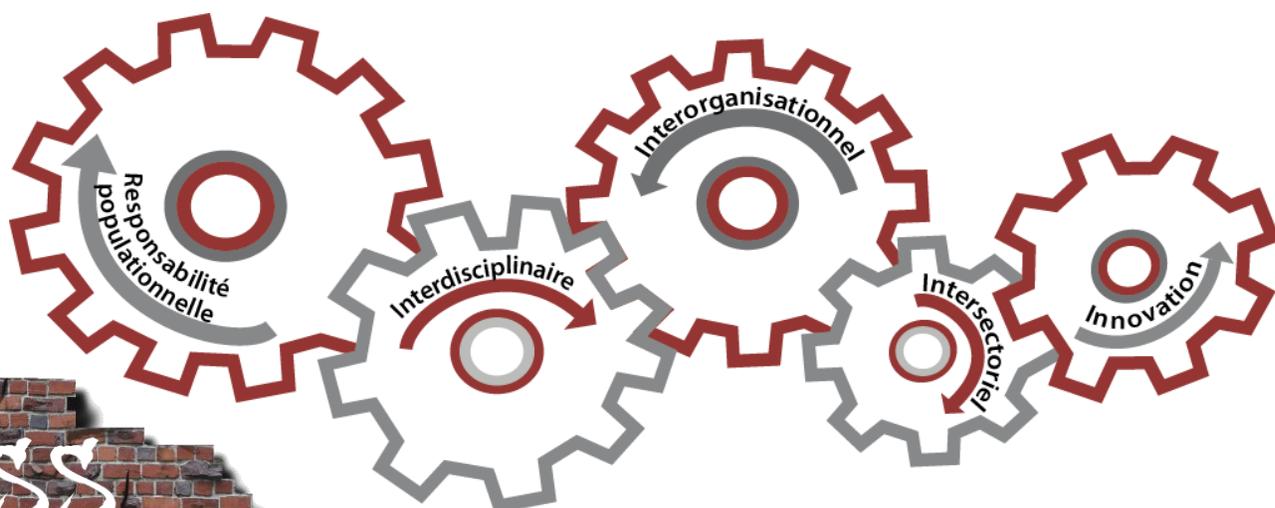
- **sur mesure**

La stratégie de changement est adaptée à la réalité de chacun des milieux et définie à partir des besoins du CSSS et de son RLS, en tenant compte de l'état des collaborations avec les acteurs du milieu.

- **directement attaché aux Directions générales**

« La communauté stratégique se peut parce que les directeurs généraux, au comité directeur, se comprennent et veulent collaborer<sup>1</sup>. »

Une implication significative et un engagement soutenu des directeurs généraux (celui du CSSS, des autres établissements et organismes participant au projet) permettent de prioriser nettement la démarche et d'accélérer le passage à l'action.



## Comparaison de quelques approches d'amélioration ou de changement utilisées dans le réseau de la santé<sup>2</sup>

APPROCHE	CIBLE	MODALITÉ	COMPOSITION	DURÉE
<b>Communauté stratégique</b>	Amélioration du continuum interétablissements ou de la collaboration en réseau	Identification, développement, mise en œuvre des projets retenus et évaluation	Intervenants terrain, professionnels, médecins, gestionnaires de premier niveau provenant des organisations qui doivent travailler en réseau	En général, 2 ans
<b>Communauté de pratique</b>	Développement des individus	Partage de connaissances autour d'une pratique commune aux participants	Cadres ou professionnels provenant d'organisations différentes ou d'une même organisation	Long terme
<b>Équipe de projet</b>	Réalisation d'un mandat défini par une autre instance	Conception des activités pour la réalisation et le suivi des projets	Cadres et spécialistes désignés	En général, de 6 mois à 2 ans
<b>Équipe kaizen</b>	Amélioration d'un processus interne. S'inscrit souvent dans une démarche globale de <i>lean management</i>	Identification des activités à non-valeur ajoutée d'un processus et des moyens d'améliorer le processus visé	Membres des unités de travail concernées par le problème	Projets courts : les résultats doivent être visibles rapidement, de 2 à 6 mois

Concrètement, il est envisagé qu'un « **groupe d'action ITSS** » soit formé dans chacun des trois CSSS participants. Ce groupe réunira une dizaine de praticiens multidisciplinaires (infirmières, travailleurs sociaux, médecins, organisateurs communautaires... ) et de gestionnaires de premier niveau provenant tant du CSSS participant que des partenaires du RLS. Après s'être donné une vision commune de la situation, ceux-ci imagineront, expérimenteront et évalueront des idées nouvelles pour faire mieux et autrement dans leur réseau local de services.

Comme les projets pilotes reposent sur une démarche interorganisationnelle et transversale au CSSS, une **structure de gestion ad hoc** adaptée aux particularités des milieux sera mise sur pied. Cette structure gèrera les enjeux de nature politique et stratégique en impliquant notamment la Direction générale du CSSS.

Compte tenu du mandat qui lui est confié par le MSSS, le CSSS-IUGS planifie, coordonne et réalise la démarche de changement en collaboration avec tous les acteurs concernés du milieu. Une **conseillère-facilitatrice du CSSS-IUGS**, véritable pivot de la démarche, soutiendra chaque milieu dans la mise sur pied d'instances adaptées et dans la réalisation des changements visés.

### Pour tous les CSSS

Pour le bénéfice de l'ensemble des CSSS du Québec, l'équipe du CSSS-IUGS produira, en cours de projet, différents outils nécessaires au transfert des apprentissages. Surveillez prochainement la diffusion d'un premier outil issu de la phase de l'étude des pratiques et des besoins : la **cartographie des acteurs**. De plus, la parution du **rapport des résultats transversaux** concernant les pratiques et les besoins des sept CSSS rencontrés aura lieu au printemps 2013. À lire bientôt!



**POUR VOUS  
ABONNER**

### Ça vous intéresse?

Pour recevoir les prochains numéros de ce feuillet d'information publié trois fois par année,  
**COMMUNIQUEZ AVEC**

**Annédith Lacharité**, CSSS-IUGS (Sherbrooke) 819 780-2220, poste 47113  
alacharite.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca

Pour toute demande d'information sur cette démarche d'accompagnement au changement, adressez-vous à :

**Ginette Boyer**, CSSS-IUGS (Sherbrooke) 819 780-2220, poste 47103  
gboyer.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca

ou aux membres du comité de pilotage du projet : Johanne Archambault, CSSS-IUGS; Denis Blanchard, CSSS de St-Léonard et St-Michel; Louise de la Boissière, DSP de la Montérégie; Richard Cloutier, MSSS; André Dontigny, MSSS; Lise Guérard, MSSS; Monique Imbleau, INSPQ; Ken Monteith, COCQ-SIDA; Sylvie Venne, MSSS.

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

Rédaction : Pier B. Lortie  
Communication : Mélissa Letendre-Lapointe  
Révision linguistique : Lucie Roy  
Mise en pages : Annédith Lacharité

ISSN-1927-2472

P:\DSPDC\projets\_speciaux\ITSS\800\_PUB  
relations\_publicques\_communications\860\_relations\_exterieures\bulletin\_itss\BulletinITSS\_no3\_dec2012\_final.doc

1. Roy, M., Audet, M., Gosselin, A., B. Lortie, P. et Fortier L. La communauté stratégique : une approche pour développer la collaboration interorganisationnelle. Inédit.  
2. Audet, M. et Roy, M. 2012. « Donner un sens au mot réseau : l'expérience de la communauté stratégique en Estrie », *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*, vol. 8, n° 2.

Collection

## **Pour mieux travailler ensemble dans la lutte contre les ITSS**

- 1. Guide de la cartographie québécoise des acteurs de la lutte contre les ITSS**
- 2. Guide du réseau de services et de collaborations dans la lutte contre les ITSS**
- 3. Oser faire autrement. Rapport de l'étude des besoins au regard des ITSS et du travail en RLS**



[msss.gouv.qc.ca](http://msss.gouv.qc.ca)