

Vers un nouveau
paradigme

L'histoire du **Projet STOP** de Vancouver

© 2013, CATIE (Réseau canadien d'info-traitements sida).

Tous droits réservés.

ISBN# 978-1-927760-10-9

Contactez : www.catie.ca • 1-800-263-1638



La source canadienne
de renseignements sur
le VIH et l'hépatite C

CATIE tient à remercier les personnes suivantes d'avoir collaboré à la production du présent rapport. Nous leur sommes très reconnaissants du temps et des connaissances précieuses qu'ils ont contribués à ce projet.

Auteure

Christie Johnston

Réviseur

Logan Broeckaert

Lecture d'épreuves

Jennifer Thomas

Traduction

Jean Dussault

Alexandra Martin-Roche

Nocel Translation Associates Inc

Mise en page

David Vereschagin/Quadrat Communications

Lecteurs critiques

Chris Buchner, Vancouver Coastal Health

Logan Broeckaert, CATIE

Laurie Edmiston, CATIE

Réka Gustafson, Vancouver Coastal Health

Scott Harrison, Providence Health Care

Ed Jackson, CATIE

Sue Laughlin, Projet STOP de Vancouver

Val Munroe, Vancouver Coastal Health

Lynn Tran, Projet STOP de Vancouver

CATIE tient à remercier les nombreuses personnes qui ont participé à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation du Projet STOP de Vancouver pour tout le temps, toutes les connaissances et toute l'expertise qu'ils ont contribués à la rédaction du présent rapport.

La production de ce rapport a été rendue possible grâce à des contributions financières du Projet STOP de Vancouver.

À propos de CATIE

CATIE est la source d'information à jour et impartiale sur le VIH et l'hépatite C au Canada. Notre but est de partager les connaissances, les ressources et l'expertise avec les personnes vivant avec le VIH ou l'hépatite C, les communautés à risque, les fournisseurs de soins de santé et les organismes communautaires afin de diminuer la transmission des virus et d'améliorer la qualité de vie.

Permission de reproduire

Le présent document est protégé par le droit d'auteur. Il peut être réimprimé et distribué dans son intégralité à des fins non commerciales sans permission, mais toute modification de son contenu doit être autorisée. Le message suivant doit apparaître sur toute réimpression d'un document : *Ces renseignements ont été fournis par CATIE (Réseau canadien d'info-traitements sida). Pour plus d'information, veuillez communiquer avec CATIE au 1-800-263-1638 ou visiter le www.catie.ca.*

Déni de responsabilité

Les opinions exprimées dans le présent document ou dans tout document publié ou diffusé par CATIE, ou auquel CATIE permet l'accès, sont celles des auteurs et ne reflètent pas les politiques ou les opinions de CATIE ou les points de vue du Projet STOP de Vancouver.



Table des matières

7 Sommaire à l'intention de la direction

- 7 Activités du Projet STOP de Vancouver; gains rapides, projets pilotes et changements aux pratiques et aux politiques actuelles
- 8 Activités liées au dépistage et au diagnostic du VIH
- 9 Activités liées à l'arrimage et à l'implication dans le traitement, les soins et le soutien
- 9 Des services de suivi de santé publique améliorés
- 10 Élaboration et mise en œuvre d'un cadre de suivi et d'évaluation
- 11 Planification de l'état futur des services liés au VIH
- 11 Transfert et échange de données
- 11 Conclusions tirées de l'expérience du Projet STOP de Vancouver

13 Introduction

15 Conclusions de l'expérience du Projet STOP de Vancouver

21 Bref historique du Projet STOP de Vancouver

- 21 Annonce et activités initiales (2009–2010)
- 21 Difficulté causée par l'annonce du financement
- 22 Comprendre le « traitement comme outil de prévention » : méthode ou cadre?
- 22 Planification et activités initiales
- 23 Réorienter l'approche rapidement
- 24 Émergence de priorités claires pour la planification
 - 24 Dépistage du VIH
 - 25 Traitement du VIH et soutien connexe
 - 25 Soutien
 - 25 Gestion de cas intensive, soins, traitements et soutien

- 25 Déploiement, suivi et évaluation des projets pilotes

28 Modèle de gouvernance

- 28 Partenariat du Projet STOP de Vancouver
- 29 Relation avec le Structured Learning Collaborative

30 Administration du Projet STOP de Vancouver

- 30 Parrains du projet
- 30 Équipe de projet

32 Activités visant à améliorer le parcours du client

- 32 Brosser un tableau de la situation actuelle
- 33 Implication des intervenants
 - 33 Réunions avec les intervenants internes et externes
 - 34 Collaboration avec le service de l'implication communautaire de Vancouver Coastal Health
 - 38 Activités spécifiques à des populations
- 43 Recherche formelle et informelle sur les pratiques de prévention et de soins du VIH
- 44 Élaborer des stratégies pour améliorer le parcours du client
- 45 Repérage d'activités pour appuyer les stratégies du Projet STOP de Vancouver
- 45 Repérage des gains rapides et d'autres activités qui ont reçu un financement précoce
 - 46 Repérage et réalisation de gains rapides, à Vancouver Coastal Health
 - 47 Repérage et réalisation de gains rapides à Providence Health Care
- 47 Repérage et mise en œuvre des projets pilotes
 - 48 Repérage des projets pilotes

50 La prévention dans le Projet STOP de Vancouver

51 Dépistage du VIH : un changement de paradigme

- 51 **Dépistage systématique en médecine familiale et dans les soins aigus : préparer le terrain**
- 52 Justifier l'offre systématique du test de dépistage du VIH
- 53 Mettre en place les structures nécessaires à la mise en œuvre de l'offre systématique
- 53 Appuyer le Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique
- 53 Changement de politique : lignes directrices sur le counseling avant et après le test
- 55 **Offre systématique du test de dépistage du VIH en médecine familiale**
- 55 Lignes directrices
- 55 Partenariat avec le Département de perfectionnement professionnel continu de l'Université de la Colombie-Britannique
- 56 Impliquer les médecins de famille dans les consultations sur le dépistage du VIH
- 56 Assurer un soutien en cas de résultat positif
- 56 Défis de la mise en œuvre
- 57 **Offre systématique du test de dépistage du VIH dans les soins aigus**
- 58 Changement de politique : un processus de suivi délégué
- 58 Mise en œuvre graduelle
- 58 Mise en œuvre : implication de la direction
- 59 Mise en œuvre : formation du personnel
- 59 Soutien continu
- 59 Défis
- 60 Communiquer avec les professionnels de la santé et le public
- 60 *It's Different Now* et *Change HIVStory*
- 61 **Dépistage ciblé du VIH**
- 61 Offre systématique du test de dépistage du VIH dans les centres de soins primaires de Vancouver Coastal Health
- 61 Impliquer les centres de santé communautaire de Vancouver Coastal Health
- 62 Appuyer le suivi des patients
- 62 Services de santé mentale et de traitement des dépendances

- 63 Cliniques d'avortement
- 63 Communautés des Premières nations
- 63 Instances judiciaires en matière de santé
- 64 Logements supervisés
- 64 Cliniques pour jeunes
- 64 **Dépistage du VIH dans des cliniques dentaires**
- 65 Leçons apprises
- 65 **Dépistage chez les hommes gais et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes**
- 65 Établir des liens communautaires et répondre aux préoccupations de la communauté
- 66 Leçons apprises
- 66 **Projet de dépistage par les pairs**
- 67 Défis
- 68 Leçons apprises
- 68 **Dépistage du VIH au point de service à la Clinique d'immunodéficience John Ruedy**

70 Arrimage et implication dans les traitements, les soins et le soutien

- 70 **Rehausser des services particuliers tout en améliorant l'arrimage et le maintien dans les soins**
- 70 **Historique de l'arrimage et de l'implication à Vancouver avant STOP**
- 71 **Rehaussement de l'arrimage aux soins immédiatement après un diagnostic d'infection au VIH**
- 71 Arrimage à des services de prévention et de soutien
- 71 Arrimage à la suite du dépistage ciblé
- 72 Arrimage après l'offre systématique du test de dépistage en médecine familiale
- 73 Arrimage à la suite d'un test de dépistage systématique dans les soins aigus
- 74 **Maintien dans les traitements, les soins et le soutien**
- 74 Équipe d'intervention de proximité de STOP
- 75 Membres d'équipe intégrés
- 76 Prise de congé de l'Équipe d'intervention de proximité de STOP relativement à l'arrimage aux soins
- 77 Services de pairs navigateurs
- 77 Programmes de thérapie d'assistance maximale et de soutien

- 78 Programme de thérapie d'assistance maximale du Downtown Community Health Centre
- 78 Programme « Toward Aboriginal Health and Healing » de la Vancouver Native Health Society
- 78 Soutien rehaussé au logement
- 79 **Activités visant à impliquer et à soutenir les fournisseurs de soins de santé**
- 79 Implication des fournisseurs dans les activités d'arrimage de STOP
- 80 Préceptorat pour les médecins de famille et les infirmières praticiennes
- 80 **Suivi de santé publique rehaussé**
- 80 Services rehaussés de suivi de santé publique
- 80 1. Mesurer les résultats
- 81 2. Passer d'une approche passive à une approche active
- 81 3. Collaborer avec l'Équipe d'intervention de proximité de STOP
- 81 4. Impliquer et soutenir les fournisseurs de soins de santé
- 81 5. Impliquer les personnes séropositives
- 81 Approches de réseautage social à la notification des partenaires
- 82 Aider les fournisseurs de soins de santé à comprendre le rôle de la santé publique
- 83 Élaboration et mise en œuvre d'un cadre de surveillance et d'évaluation**
- 83 Établissement d'une base de référence pour la surveillance et l'évaluation
- 84 **Élaboration de modèles logiques pour le projet et les projets pilotes**
- 84 **Surveillance du projet à l'échelon des secteurs de prestation des services de santé à Vancouver**
- 85 Collecte des données
- 85 Examen des données
- 86 Indicateurs relatifs au dépistage
- 87 Indicateurs relatifs au traitement
- 87 Indicateurs quantitatifs de réussite
- 87 Tests de dépistage du VIH en laboratoire
- 87 Dépistage aux points de service
- 88 Nombre réel de diagnostics d'infection au VIH
- 88 Caractéristiques des personnes recevant un diagnostic de séropositivité
- 88 Notification des partenaires
- 88 Arrimage et implication dans les soins
- 88 Amorce ou reprise d'une thérapie antirétrovirale
- 89 Observance de la thérapie antirétrovirale
- 89 Évaluation des projets pilotes
- 89 Indicateurs qualitatifs et collecte de données
- 90 Mise en œuvre des activités de surveillance et d'évaluation de chaque site pilote
- 90 Obstacles et adjuvants
- 91 **Présentation de rapports**
- 92 Durabilité et planification de la situation future**
- 93 Activités d'échange des connaissances**

Sommaire à l'intention de la direction

Le Projet « Seek and Treat for Optimal Prevention of HIV/AIDS (STOP) » était un projet pilote triennal financé par le ministère de la Santé qui a pris fin le 31 mars 2013. Le projet avait pour but d'élargir les services de dépistage, de traitement, de soins et de soutien en vue de réduire la transmission du VIH et d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH en Colombie-Britannique (C.-B.). Un financement a été fourni à Vancouver Coastal Health (VCH), Northern Health, les autorités sanitaires provinciales, Providence Health Care (PHC) et le BC Centre for Excellence in HIV/AIDS.

Afin de réaliser les objectifs du Projet STOP à Vancouver, VCH et PHC se sont alliés pour former le « Vancouver STOP HIV/AIDS Project » (Projet STOP de Vancouver). Par l'entremise de ce partenariat, le Projet STOP de Vancouver s'est servi du fondement théorique de STOP — à savoir la théorie du traitement comme outil de prévention — comme *cadre* permettant d'aborder tous les aspects du continuum de soins du VIH. Ce faisant, ils ont réussi à transformer tout le système de soins dans la ville — dépistage du VIH, diagnostic, repérage des cas et arrimage aux soins pour les clients actuels et nouveaux, le traitement du VIH et l'observance thérapeutique, ainsi que les services de soutien en lien avec le VIH.

Le Projet STOP de Vancouver visait les objectifs suivants — tous correspondant aux buts du Projet STOP : 1) réduire l'incidence du VIH; 2) améliorer le dépistage précoce du VIH; 3) assurer un accès en temps opportun à des soins et à des traitements sécuritaires et de grande qualité pour le VIH/sida; 4) améliorer

l'expérience du client à chaque étape de son parcours avec le VIH/sida; et 5) démontrer une optimisation du système et des coûts.

Le Projet STOP de Vancouver a atteint ces objectifs et a réussi à transformer le système de soins du VIH dans la ville grâce à une variété d'initiatives et d'activités, dont l'implication communautaire auprès des personnes vivant avec le VIH, l'examen des preuves, des consultations avec des fournisseurs de services et de soins de santé, l'élaboration de rapports spécifiques à des populations, une évaluation constante de l'état actuel du système de soins du VIH, des changements aux politiques, ainsi que le financement, le suivi et l'évaluation de plus de 40 activités pilotes.

Activités du Projet STOP de Vancouver; gains rapides, projets pilotes et changements aux pratiques et aux politiques actuelles

En utilisant la consultation des intervenants de la communauté, le dialogue interne et la visualisation, et l'examen des preuves, le Projet STOP de Vancouver a cerné, mis en œuvre et mis à l'essai des activités qui permettraient de réaliser les objectifs du Projet STOP à partir du début de 2010 jusqu'au 31 mars 2013.

La stratégie centrale adoptée par le Projet STOP de Vancouver dans la mise en œuvre des activités visant à atteindre les objectifs de STOP consistait à mettre à profit l'infrastructure existante des services

à Vancouver au lieu de créer des organismes entièrement nouveaux. Pour réaliser leurs objectifs, les responsables du Projet STOP de Vancouver ont établi quatre priorités : premièrement, élargir la portée et la capacité des programmes efficaces dans la ville; deuxièmement, trouver de nouvelles façons d'offrir des services à chaque étape du parcours du client et, troisièmement, rehausser l'arrimage dans tout le système de soins. Certaines activités étaient relativement faciles à mettre en œuvre, tandis que d'autres nécessitaient une importante planification à long terme et des changements aux pratiques.

Bien que toutes les activités du Projet STOP de Vancouver soient souvent appelées « projets pilotes », dans la pratique, le projet a mis en œuvre trois différents types d'activités couvrant tout le parcours du client : gains rapides, projets pilotes et changements aux pratiques et politiques existantes.

Les deux autres organismes partenaires du Projet STOP de Vancouver ont financé des activités dans leurs propres programmes et cliniques et ont collaboré avec d'autres organismes communautaires pour lancer des projets au nom du Projet STOP de Vancouver.

Activités liées au dépistage et au diagnostic du VIH

En 2010, au moment où le Projet STOP de Vancouver envisageait des activités et projets pilotes possibles, des données indiquaient que le modèle de dépistage fondé sur le risque, à Vancouver, ne joignait pas tous les individus qui avaient besoin d'un test de dépistage — environ 25 % des personnes vivant avec le VIH n'étaient toujours pas au courant de leur séropositivité, et ce, malgré de nombreuses occasions de dépistage fondé sur le risque. Dans 60 % des cas, le diagnostic de séropositivité a été reçu alors que la personne aurait déjà dû amorcer un traitement. Près d'un patient sur cinq a reçu son diagnostic à un stade très avancé de la maladie.

La direction du Projet STOP de Vancouver était d'avis que, pour élargir les options de dépistage du VIH et augmenter le nombre de diagnostics, le modèle de dépistage devait subir un virage fondamental. Grâce à ses services cliniques, le système de soins de santé pouvait être mis à profit pour s'assurer que la plupart des personnes séropositives aient l'occasion de recevoir un diagnostic. Le Projet STOP de Vancouver a formulé l'hypothèse selon laquelle il fallait normaliser le test de dépistage du VIH afin de mobiliser ce système et d'encourager les gens à se faire tester. Cette normalisation pouvait être réalisée en offrant, à chaque occasion, un test de dépistage du VIH à tous les patients du système de soins de santé qui avaient déjà eu des relations sexuelles et qui n'avaient pas subi de test au cours de l'année précédente — ce qui représenterait un virage fondamental dans les pratiques de dépistage dans la ville.

Ce virage s'est effectué en passant d'une stratégie fondée uniquement sur le risque à une approche combinant l'offre systématique de tests de dépistage et le dépistage fondé sur le risque. Plus précisément, une approche intégrée en trois volets a été adoptée pour élargir le dépistage du VIH à Vancouver : l'offre systématique du test de dépistage du VIH en médecine familiale; l'offre systématique du test de dépistage du VIH dans les soins aigus; le dépistage ciblé du VIH dans des populations à forte prévalence (y compris un dépistage amélioré dans les endroits où il était déjà offert et l'instauration du dépistage dans de nouveaux milieux).

Avant d'instaurer l'offre systématique de tests de dépistage du VIH, le Projet STOP de Vancouver a cherché à obtenir l'appui des directions cliniques et opérationnelles dans différents contextes, ainsi que celui du Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique, grâce à des activités d'implication soutenues et intensives. Il a aussi appuyé des changements aux politiques sur le counseling avant et après le test et fourni un vaste soutien aux médecins qui offraient les tests de dépistage.

Afin d'élargir le dépistage du VIH dans des milieux ciblés (à forte prévalence), une petite équipe d'infirmières éducatrices se sont réunies pour appuyer plusieurs services et contextes identifiés comme étant des endroits où un accès accru au dépistage du VIH serait bénéfique aux clients.

Activités liées à l'arrimage et à l'implication dans le traitement, les soins et le soutien

Le Projet STOP de Vancouver a cherché à améliorer le parcours du client dans tout le continuum des services liés au VIH. Un des plus importants aspects de ce travail a été les efforts fructueux déployés pour rehausser l'arrimage, l'implication et l'observance thérapeutique dans toutes les composantes de ce continuum.

L'accès aux soins et l'observance thérapeutique peuvent être un défi pour les personnes qui viennent de recevoir un diagnostic et pour celles qui vivent avec le VIH/sida et qui sont au courant de leur séropositivité depuis quelque temps. Fournir un soutien aux personnes vivant avec le VIH/sida pour s'assurer qu'elles restaient impliquées dans les soins était un élément significatif de l'objectif du Projet STOP de Vancouver STOP visant à améliorer le parcours du client.

Afin de réduire le nombre de personnes qui cessent leurs soins après leur diagnostic et d'augmenter le nombre de personnes impliquées dans les soins, le Projet STOP de Vancouver a élaboré un système robuste et fiable pour le suivi et l'implication dans les soins, composé de projets pilotes multiples et discrets, mais reliés entre eux. Une partie du succès du Projet STOP de Vancouver est directement attribuable à l'instauration de ces services nouveaux et élargis — qui desservent une variété de clients — dans la ville et à leur mise en œuvre simultanée.

Ces activités comprenaient l'amélioration des mécanismes d'arrimage à partir des lieux de dépistage du VIH; la création de nouveaux services de navigation et d'arrimage, comme le Programme des pairs navigateurs et l'Équipe d'intervention de proximité de STOP, spécialisés dans l'implication, l'arrimage et l'observance thérapeutique; et l'amélioration des services actuels qui appuient les PVVIH les plus vulnérables de Vancouver, comme le programme *Towards Aboriginal Health and Healing* (Vers une amélioration de la santé et la guérison des Autochtones), le Programme de thérapie d'assistance maximale et les services de logements supervisés.

Des services de suivi de santé publique améliorés

Pendant la phase pilote du Projet STOP de Vancouver, on a déterminé que le suivi de santé publique était une composante essentielle de tout diagnostic du VIH et d'importants changements ont été apportés au mode d'exécution de ce suivi.

À Vancouver, le suivi de santé publique relève principalement de la division du Contrôle des maladies transmissibles de VCH. Cette division offre, entre autres, un soutien aux cliniciens et aux clients pour le diagnostic, la notification des partenaires, la divulgation et l'arrimage aux soins. Elle est dotée d'une équipe d'infirmières en santé publique et dirigée par la médecin-conseil en santé publique pour les maladies transmissibles.

Avant le Projet STOP de Vancouver, le suivi de santé publique pour les personnes qui recevaient un diagnostic de séropositivité comprenait une notification relativement passive des partenaires et une certaine gestion de cas pour les clients dans le besoin. Le rôle de la santé publique dans les soins aux personnes séropositives n'était pas très bien connu des fournisseurs de soins de santé de la ville, et les services du Contrôle des maladies transmissibles de VCH n'étaient pas pleinement intégrés dans les soins primaires

fournis aux personnes venant de recevoir un diagnostic, ni optimisés de manière à profiter aux clients et à leurs partenaires.

Le Projet STOP de Vancouver a permis d'élargir et d'améliorer la notification des partenaires par la santé publique et de l'intégrer plus efficacement aux traitements, aux soins et au soutien liés au VIH. De concert avec la médecin-conseil en santé publique pour les maladies transmissibles, le Projet STOP de Vancouver a surtout cherché à améliorer la mesure des effets de la notification des partenaires pour déterminer où la notification s'effectuait de façon optimale et où elle avait besoin d'être améliorée; à impliquer et à appuyer les fournisseurs de soins de santé; et à impliquer les personnes vivant avec le VIH en vue de les arrimer activement à des soins.

Le plus important changement qui soit survenu dans le suivi de la santé publique est peut-être le passage d'une approche passive à une approche active. Aujourd'hui, grâce au Projet STOP de Vancouver, des infirmières de la division du Contrôle des maladies transmissibles de VCH effectuent un suivi actif auprès des partenaires qui ont été notifiés afin qu'ils se fassent tester, qu'ils reçoivent leur résultat et, si ce dernier est positif, qu'ils aient accès aux soins et au soutien qu'elles peuvent leur fournir.

Élaboration et mise en œuvre d'un cadre de suivi et d'évaluation

Les activités du Projet STOP de Vancouver ont été surveillées et évaluées à l'échelon provincial, à l'échelon régional, à l'échelon des secteurs locaux de prestation des services de santé, et à l'échelon des projets pilotes.

La surveillance et l'évaluation à l'échelon provincial — en utilisant 29 indicateurs — ont été effectuées par le BC Centre for Excellence in HIV/AIDS (BCCfE) à l'aide

des données provinciales sur le dépistage du VIH colligées par le BC Centre for Disease Control (BCCDC) et des données provinciales sur le traitement provenant du programme provincial de traitement des dépendances au BCCfE.

Le suivi et l'évaluation à l'échelon des secteurs locaux de prestation des services de santé et des projets pilotes ont été effectués grâce à une approche à deux volets. Le premier volet mettait l'accent sur les secteurs locaux de prestation des services de santé. Grâce à un partenariat entre l'Unité de surveillance de la santé publique (USSP), qui fait partie de Vancouver Coastal Health, l'équipe du Projet STOP de Vancouver a élaboré et officialisé un cadre de surveillance de la population et d'évaluation de programme. Ce cadre, qui comptait plus de 50 indicateurs, a guidé le suivi des résultats de STOP à l'échelon des populations à Vancouver. Ces activités étaient dirigées par l'USSP, en étroite consultation avec le Projet STOP de Vancouver. Bien que certaines des données requises pour évaluer le succès à l'échelon des populations du Projet STOP de Vancouver étaient accessibles au sein de VCH, la plupart des données ont été obtenues en établissant des liens avec une variété de groupes, y compris le BC Centre for Disease Control et le BC Centre for Excellence in HIV/AIDS.

Le second volet comprenait des analyses des projets pilotes individuels financés par VCH ou PHC; ces analyses ont été effectuées par le personnel du Projet STOP de Vancouver. Ce volet comprenait l'élaboration de modèles logiques pour les projets pilotes, ainsi que l'évaluation des effets à court et à long terme des projets pilotes, à l'aide de données qualitatives et quantitatives recueillies en collaboration avec les partenaires des projets pilotes.

La surveillance et l'évaluation du Projet STOP de Vancouver visaient à permettre aux responsables du projet, aux autres dirigeants et aux comités pertinents de prendre des décisions éclairées sur l'orientation du projet, sa mise en œuvre et la répartition des ressources.

Planification de l'état futur des services liés au VIH

Outre la réalisation de changements systémiques à l'échelle du continuum des soins, le Projet STOP de Vancouver a également mis sur pied des activités intensives de planification de la « situation future » en vue d'appuyer une restructuration de l'actuel système de soins et de services et de créer une situation idéale pour les personnes vivant avec le VIH et celles qui sont à risque d'être infectées.

Transfert et échange de données

Le Projet STOP de Vancouver avait également comme priorité de documenter les activités pilotes et les résultats clés, ainsi que l'ensemble de la mise en œuvre du projet par l'entremise de Providence Health Care et de Vancouver Coastal Health. Cet exercice visait à permettre de s'assurer que les leçons tirées de ce projet novateur ne se perdent pas et que les réussites puissent continuer.

En avril 2012, on a demandé à CATIE — le courtier national en échange de connaissances et de renseignements sur le VIH et l'hépatite C au Canada — d'appuyer les activités d'échange de connaissances du Projet STOP de Vancouver. Cela supposait l'élaboration d'un plan d'échange de connaissances, la publication de treize études de cas sous la rubrique « Connectons nos programmes » du site Web de CATIE, la publication d'un rapport sur l'ensemble de la mise en œuvre du Projet STOP de Vancouver, ainsi que l'enregistrement de l'événement organisé par le

ministère de la Santé pour marquer le lancement des activités d'échange de connaissances du Projet STOP à l'échelle de la province en janvier 2013. Pour des renseignements plus détaillés sur des activités pilotes précises, veuillez consulter les études de cas sous la rubrique « Connectons nos programmes » du site Web de CATIE (<http://www.catie.ca/fr/cnp>).

Conclusions tirées de l'expérience du Projet STOP de Vancouver

En mettant en œuvre le traitement comme outil de prévention dans le monde réel, le Projet STOP de Vancouver a non seulement réussi à atteindre les objectifs généraux du Projet STOP, mais il a aussi permis de recueillir beaucoup de renseignements sur l'état idéal des services liés au VIH à Vancouver. On a appris des leçons sur les premières étapes à franchir en vue de changer un système de soins et les éléments qui doivent être en place pour assurer le succès. Les activités du Projet STOP de Vancouver ont également eu des conséquences imprévues, qui devraient être prises en compte par les autres instances qui essaient de changer leur propre système de soins en vue de mieux combler les besoins des personnes vivant avec le VIH ou à risque d'être infectées. Toutes les leçons apprises et les conclusions clés tirées de l'expérience du Projet STOP de Vancouver sont relatées dans un rapport détaillé intitulé : *Vers un nouveau paradigme : L'histoire du Projet STOP de Vancouver*.

Introduction

Le Projet « Seek and Treat for Optimal Prevention of HIV/AIDS » (Projet STOP) [« Chercher et traiter pour une prévention optimale du VIH/sida »] était un projet pilote de trois ans (du 4 février 2010 au 31 mars 2013) financé par le gouvernement de la Colombie-Britannique. Il visait une à élargir l'accès au dépistage, aux traitements et à des services de soutien afin de réduire la transmission du VIH en Colombie-Britannique (C.-B.). Des fonds ont été versés à Vancouver Coastal Health, à Northern Health, à la Provincial Health Services Authority [Régie provinciale des services de santé], à Providence Health Care et au BC Centre for Excellence in HIV/AIDS.

Le « Vancouver STOP HIV/AIDS Project » (Projet STOP de Vancouver), un partenariat entre Vancouver Coastal Health et Providence Health Care, avait pour mandat de réaliser les objectifs du Projet STOP dans la ville de Vancouver. Ce partenariat s'est formé en février 2011.

En considérant le traitement comme outil de prévention (fondement théorique de l'initiative provinciale) comme un cadre permettant d'aborder tous les aspects du continuum des soins du VIH, le Projet STOP de Vancouver a réussi à effectuer des transformations dans l'ensemble du système de soins — dépistage et diagnostic de l'infection au VIH, recherche de cas, arrimage aux soins pour les clients actuels et nouveaux, traitement du VIH et observance, et services de soutien.

Par son engagement communautaire auprès des personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH), l'examen des données probantes, ses consultations avec les fournisseurs de services et de soins de santé, l'élaboration de rapports sur des communautés particulières, l'analyse continue de l'état du système de soins du VIH, la modification des politiques ainsi que le financement

de 41 activités pilotes de suivi et d'évaluation, le Projet STOP de Vancouver a transformé le domaine des soins du VIH à Vancouver.

Le Projet STOP de Vancouver visait les objectifs suivants, qui étaient alignés sur les buts établis pour le Projet STOP par le ministère des Services de santé (MSS) :

- réduire l'incidence du VIH et du sida à Prince George et dans les quartiers défavorisés du centre-ville de Vancouver;
- améliorer le dépistage précoce de l'infection au VIH;
- assurer un accès en temps opportun à des soins et des traitements sécuritaires et de grande qualité pour le VIH;
- rehausser l'expérience du client à chaque étape de son parcours avec le VIH/sida;
- démontrer une optimisation du système et des coûts.

Outre la réalisation de changements systémiques à l'échelle du continuum des soins, le Projet STOP de Vancouver a également mis sur pied des activités intensives de planification de la « situation future » en vue d'appuyer une restructuration de l'actuel système de soins et de services et de créer une situation idéale pour les personnes vivant avec le VIH et celles qui sont à risque d'être infectées.

Le Projet STOP de Vancouver avait également comme priorité de documenter les activités pilotes et les résultats clés, ainsi que l'ensemble de la mise en œuvre du projet par l'entremise de Providence Health Care et de Vancouver Coastal Health. Cet exercice visait à permettre de s'assurer que les leçons tirées de ce projet novateur ne se perdent pas et que les réussites puissent continuer.

Le présent document décrit l'ensemble de la mise en œuvre de l'initiative STOP par le Projet STOP de Vancouver. Pour des renseignements détaillés sur des activités pilotes particulières, veuillez consulter les études de cas présentées sous la rubrique « Connectons nos programmes » du site Internet de CATIE (<http://www.catie.ca/fr/cnp>).

Conclusions de l'expérience du Projet STOP de Vancouver

Les efforts visant à aborder les déterminants sociaux de la santé ne peuvent pas être isolés de ceux visant à aborder les besoins médicaux. Bien qu'on l'ait désigné comme étant un projet consistant à « chercher et traiter », le Projet STOP de Vancouver a mis sur pied des programmes de soins et de soutien axés non seulement sur les besoins médicaux des clients, mais également sur leurs besoins liés aux déterminants sociaux de la santé. Afin d'atteindre les buts établis par le ministère de la Santé, il était crucial d'élaborer des programmes qui abordent la santé dans une perspective plus large que « chercher et traiter ».

La frontière entre les soins hospitaliers et les soins communautaires est artificielle. En élaborant une initiative en matière de VIH, il faut tenir compte de la façon dont les gens participent au dépistage, aux soins, aux traitements et aux programmes de soutien dans le monde réel, et de la façon dont s'effectue l'arrimage entre ces éléments : pour que l'initiative soit fructueuse, la frontière entre les soins hospitaliers et les soins communautaires doit être abolie. Cette démarcation, qui est fréquente, fait obstacle à la continuité des soins (parcours du client); par conséquent, elle nuit au patient plutôt que de l'aider.

Une solide infrastructure de services de prévention du VIH doit déjà exister. Les buts du MSS pour le Projet STOP, qui ont éclairé les activités du Projet STOP de Vancouver, n'abordaient pas expressément la prévention du VIH. Toutefois, il existait déjà, à Vancouver, de solides services d'éducation sur le VIH, de distribution de condoms et de réduction des méfaits. Ces services font partie du parcours du client et ont contribué à la réussite globale de l'initiative STOP à Vancouver. Si ce projet avait été déployé dans une région dépourvue

de solides services de prévention primaires et d'une forte culture de réduction des méfaits, il aurait pu être plus difficile de réussir.

La stigmatisation a encore une profonde incidence. La stigmatisation influence fortement la volonté et la capacité des personnes de se prévaloir des services de dépistage, de reconnaître leur séropositivité ou d'entrer en relation avec des fournisseurs de soins. La stigmatisation doit être abordée à plusieurs paliers afin que les efforts de prévention et de traitement du VIH joignent un public aussi vaste que possible, et éliminent les obstacles à la santé sexuelle, au dépistage du VIH, à l'accès aux soins et à la réception de traitements.

La mise en œuvre d'un projet de « traitement comme outil de prévention » a créé une nouvelle catégorie de personnes : celles dont la charge virale n'a pas été supprimée. Afin d'optimiser les résultats de santé individuels et de réduire la charge virale de la communauté, il est crucial d'arriver à supprimer la charge virale chez les personnes vivant avec le VIH. Par conséquent, un des indicateurs de succès utilisés dans le Projet STOP était la charge virale. Le suivi de cet indicateur a cependant eu une conséquence imprévue, soit la création d'une nouvelle catégorie de personnes : les personnes séropositives dont la charge virale n'est pas supprimée. De façon générale, ces personnes comptent déjà parmi les PVIH les plus marginalisées, et l'apparition de cette catégorie pourrait les marginaliser encore davantage.

Le Projet STOP a créé de nouvelles priorités en matière de services. Les objectifs du projet STOP de Vancouver ont suscité un dialogue élargi entre les fournisseurs

de services liés au VIH concernant les activités prioritaires. Il a permis de mieux cibler certaines composantes spécifiques de la prévention, du dépistage, du traitement et de l'implication dans les soins. Certains programmes qui étaient déjà financés par des régies de la santé n'étaient pas harmonisés avec les buts du Projet STOP et, par conséquent, n'ont pas reçu de financement de projet pilote dans le cadre de STOP même s'ils étaient efficaces d'autres manières. Cela a parfois créé des tensions dans les relations entre certains fournisseurs de services et la régie de la santé.

La mise en œuvre des projets pilotes nécessaires à la réussite requiert trois stratégies interconnectées.

Afin de réussir à transformer le système de soins à Vancouver, il était important (a) de renforcer les capacités des services efficaces existants; (b) d'élaborer et de mettre à l'essai des projets pilotes novateurs; et (c) de renforcer les capacités d'arrimage, d'implication et de fidélisation des clients à ces services.

Les fournisseurs de services doivent travailler ensemble, mais maintenir des pratiques distinctes.

Le Projet STOP de Vancouver a élaboré des stratégies jumelées représentant des buts pour chacune des étapes du parcours du client, et à l'aide desquelles des projets pilotes ont été élaborés et mis à l'essai. Cette approche exigeait que les fournisseurs de services collaborent plus étroitement que par le passé, tout en gardant clairement à l'esprit leurs responsabilités et rôles respectifs.

La réalisation de changements systémiques nécessite la participation de partenaires multiples, ce qui comporte aussi son lot de défis. La réussite du Projet STOP de Vancouver nécessitait, officiellement et informellement, la participation d'un nombre considérable de partenaires. Gérer les multiples priorités des divers organismes pour atteindre un but commun a été un défi majeur — qui a été relevé grâce à un engagement des partenaires envers la communication, favorisée par la création d'équipes de projet et la tenue de nombreux forums et de réunions en personne.

L'implication des services, à l'échelle du système, est nécessaire à la réussite. D'importantes améliorations peuvent être apportées au parcours du client en modifiant certains petits éléments discrets des services. Cependant, pour avoir un impact majeur sur l'épidémie de VIH, les établissements cliniques de *tout le système* doivent être impliqués. Pour améliorer le dépistage du VIH, par exemple, le Projet STOP de Vancouver ne pouvait pas se contenter de continuer à faire les choses de la même façon. Il a fallu modifier les politiques en matière de dépistage du VIH, et intégrer des initiatives de dépistage à un large éventail de contextes de pratique.

Le renforcement simultané des capacités de plusieurs services différents peut avoir une incidence majeure à l'échelon populationnel et à l'échelon individuel. Le Projet STOP de Vancouver a rehaussé les services à l'échelle du continuum des soins du VIH de manière quasi simultanée. Ce fut un élément crucial dans la réussite de l'ensemble du projet : en rehaussant les capacités des services liés au VIH/sida, le Projet STOP de Vancouver a renforcé la capacité des infrastructures de santé de fournir des services appropriés et en temps opportun. À l'échelon populationnel, cela était indispensable pour réduire la charge virale de la communauté, l'un des indicateurs de succès du projet. À l'échelon individuel, un impact a également été observé. Lorsque la capacité des cliniques de répondre aux besoins médicaux des patients est améliorée en même temps que la capacité de répondre aux besoins des patients en ce qui concerne le logement ou d'autres aspects psychosociaux, et que le système est mieux outillé pour impliquer les patients dans les soins et les y retenir, on constate des améliorations dans la vie des patients.

Pour modifier l'épidémie de manière significative, le paradigme de dépistage doit être modifié et passer d'une évaluation fondée uniquement sur le risque à une évaluation systématique et une évaluation fondée sur le risque. Étant donné qu'environ 25 % des personnes vivant avec le VIH ignorent qu'elles sont séropositives, le dépistage fondé sur le risque ne joint pas tous les individus qui ont besoin de subir un test de dépistage. Afin d'élargir les options de dépistage

et d'augmenter le nombre de cas diagnostiqués à Vancouver, le modèle de dépistage devait subir un virage fondamental : il fallait réorienter l'approche et la faire passer d'une stratégie fondée uniquement sur le risque à une approche combinant l'offre systématique de tests de dépistage (sans égard au risque) et le dépistage fondé sur le risque.

La modification du paradigme de dépistage nécessite une approche à trois volets. Trois approches ont été adoptées pour élargir le dépistage : l'offre systématique du test de dépistage dans les cabinets de médecins de famille et dans le cadre des soins aigus; l'offre systématique du test de dépistage dans les populations à forte prévalence du VIH, comme celles que joignent les services de santé mentale et de traitement des dépendances; et accès accru au dépistage dans les populations les plus à risque.

Les partenariats entre pairs et fournisseurs de santé fonctionnent. Le Projet STOP de Vancouver a mis sur pied deux initiatives pilotes faisant intervenir des pairs — et les deux ont réussi à améliorer le parcours du client. Le Programme de pairs navigateurs a démontré que des pairs et des cliniciens peuvent travailler efficacement en étroite collaboration. Il a également démontré que les pairs apportent une expérience partagée du diagnostic et de l'implication dans les soins, et des défis que cela comporte; cela peut avoir une incidence considérable sur le degré d'implication des clients et sur l'efficacité des activités de sensibilisation et de soutien. Le projet pilote de dépistage par des pairs a démontré que ces derniers peuvent offrir des tests de dépistage de façon efficace, et que le dépistage par les pairs est acceptable aux yeux des membres de la communauté. Pour plus de renseignements sur ces projets pilotes, aller à <http://www.catie.ca/fr/cnp>.

Le logement est un élément clé de la stabilisation des personnes vivant avec le VIH, mais des solutions sur mesure en matière de logement sont nécessaires. Pour les résidents de Vancouver qui vivent avec le VIH et qui sont sans abri, mal logés ou qui s'adonnent à des activités de rue, trouver un logement sécuritaire et adapté à leurs besoins peut être difficile. Le Projet

STOP de Vancouver a établi des partenariats avec des fournisseurs de logement établis, dont les services s'adressaient à un large éventail de personnes dans la ville, y compris des personnes vivant avec le VIH, mais sans y être limités. Cette collaboration a permis d'offrir aux clients des options souples en matière de logement, dans le cadre de trois stratégies : un soutien à la stabilisation du logement, des subventions pour la vie autonome et l'accès à des habitations dans un immeuble de logements supervisés.

On peut créer un système d'arrimage et d'implication dans les soins à l'échelle de la ville grâce à des services multiples et interconnectés. Le Projet STOP de Vancouver a amélioré l'arrimage aux soins dans tout le continuum grâce à la mise en place de nouveaux services d'arrimage. De nouvelles équipes ont été créées et des processus ont été établis pour le suivi après un diagnostic d'infection au VIH dans des sites ciblés de dépistage, dans les cabinets de médecine familiale et dans les soins aigus. De nouveaux services spécialisés dans l'implication et l'arrimage, comme l'Équipe d'intervention de proximité de STOP et les pairs navigateurs, ont été mis en place. Les programmes visant à soutenir les personnes vivant avec le VIH/sida les plus marginalisées de Vancouver, comme le Programme de thérapie d'assistance maximale, ont été rehaussés. Ensemble, ces services interconnectés ont créé un système d'arrimage et d'implication à l'échelle de la ville.

Grâce à du travail sur le terrain et des membres intégrés, l'Équipe d'intervention de proximité de STOP a créé un système interconnecté d'arrimage et d'implication dans la ville. L'Équipe d'intervention de proximité de STOP (une équipe clinique interdisciplinaire mise sur pied pour fournir une gestion intensive des soins) comprenait une équipe principale d'intervention de proximité et des membres d'équipe intégrés dans des organismes locaux. Le principal avantage de ce modèle était la « combinaison » des services de l'Équipe d'intervention de proximité de STOP et des services qui existaient déjà dans la communauté. Cela a permis de mieux intégrer la prestation des services durant le parcours du client. Les services communautaires où des membres

de l'Équipe d'intervention étaient intégrés avaient une capacité accrue de fournir les soins et le soutien nécessaires aux clients aiguillés vers eux par les autres membres de l'Équipe.

Le dépistage anonyme du VIH peut être un obstacle à un arrimage efficace. L'accès au dépistage non nominatif du VIH est d'une grande importance, pour certaines communautés. Cependant, cette modalité de dépistage a eu un effet non désiré sur l'exactitude des données épidémiologiques et sur la poursuite des activités de suivi de santé publique destinées à aider les clients qui viennent de recevoir un diagnostic de séropositivité à entrer en contact avec des services de soins appropriés. Pour cette raison, le Projet STOP de Vancouver a recommandé des changements aux politiques sur le dépistage, afin d'inclure le dépistage nominatif et des stratégies spécifiques au dépistage anonyme. Lorsque des services de dépistage non nominatif sont en place, si les fournisseurs de soins autorisés reçoivent un appui et des renseignements appropriés sur la santé, ils peuvent veiller à ce que les clients aient le soutien nécessaire pour rester impliqués dans les soins. Cette approche permet également de mesurer le rendement du système et améliore le suivi épidémiologique. La vigilance à l'égard des questions de confidentialité peut atténuer les préoccupations des clients à propos de l'utilisation appropriée des données personnelles sur la santé.

L'exigence d'un counseling traditionnel préalable au test de dépistage constitue un obstacle à l'élargissement du dépistage du VIH. Les pratiques canadiennes standard consistant à fournir un counseling avant le dépistage du VIH ont été élaborées à une époque où le VIH était une maladie incurable qui conduisait au déclin du système immunitaire et au décès. À présent que le VIH est considéré comme étant une affection chronique et traitable et que le pronostic est meilleur si l'infection est détectée tôt, les pratiques traditionnelles de counseling avant le test ne reflètent plus les risques et les bienfaits associés au dépistage. L'exigence d'un counseling avant le test a été perçue comme un important obstacle à l'élargissement du dépistage du VIH. Par ailleurs, elle crée une distinction

entre le dépistage du VIH et les autres tests diagnostiques, ce qui stigmatise le dépistage du VIH. Plutôt qu'un counseling obligatoire avant le dépistage, le Projet STOP de Vancouver a conclu que l'information qu'aborde un professionnel de la santé avec un client avant le test de dépistage devrait être dictée par les besoins et les souhaits du client, et être appropriée aux circonstances cliniques.

Une participation significative des intervenants au processus est nécessaire à toutes les étapes. Le Projet STOP de Vancouver a mis en œuvre un rigoureux processus de participation des intervenants, dont des activités visant à diffuser de l'information à ces derniers et à solliciter leurs commentaires. Le processus incluait notamment des consultations communautaires au sujet des services qui existaient à Vancouver, une demande de rétroaction de la part des consommateurs et des fournisseurs de services sociaux et de santé concernant les nouvelles activités financées par STOP, de même que des demandes de validation des résultats d'évaluation auprès de sites pilotes individuels. En plus d'améliorer les services mis en œuvre par le Projet STOP de Vancouver, ces activités ont favorisé l'adhésion des intervenants.

L'établissement de liens de confiance avec les intervenants de la communauté et du milieu clinique est crucial, mais cela exige du temps. Il faut forger des relations avec les intervenants des milieux communautaire et clinique, et cela peut être un défi. Les organismes communautaires et cliniques doivent être impliqués dès le départ, de sorte que les objectifs du projet soient bien compris, et qu'ainsi les organismes et agences puissent influencer la mise en œuvre des activités. Il est important d'amener ces intervenants à s'impliquer tôt afin d'établir des liens de confiance; cela appuiera aussi les efforts visant à gérer les attentes entourant les changements à apporter aux pratiques et à faciliter les démarches en ce sens. L'équipe du projet peut aussi rehausser la confiance en présentant les résultats d'évaluation en temps opportun, tant aux responsables des projets pilotes individuels qu'à l'ensemble de la communauté lors de forums en personne.

Il est crucial de faire participer les dirigeants opérationnels et cliniques à la mise en œuvre de nouvelles pratiques comme le dépistage systématique en milieu hospitalier. Lorsque le Projet STOP de Vancouver a instauré l'offre systématique de tests de dépistage du VIH dans des hôpitaux, une petite équipe du projet a amené les dirigeants opérationnels et cliniques de chaque hôpital, de chaque département et de chaque unité à s'impliquer au processus de mise en œuvre. La participation active des dirigeants des hôpitaux a été cruciale à la réussite de l'initiative, puisque les médecins des hôpitaux ont été fortement encouragés à offrir des tests de dépistage à leurs patients, dès lors que leurs leaders y ont exprimé leur appui.

Inciter les médecins de famille et les cliniciens des hôpitaux à offrir des tests de dépistage de façon systématique nécessite un soutien sur mesure. Il était important d'offrir un soutien sur mesure aux unités et aux médecins afin de s'assurer que l'offre systématique de tests de dépistage puisse être intégrée efficacement dans les structures existantes, rehaussant ainsi la capacité des médecins d'offrir des tests de dépistage dans le cadre d'autres soins cliniques. Dans une série de réunions, chaque unité a aidé l'équipe du projet à comprendre le déroulement de son travail et, par conséquent, le type de soutien dont elle aurait besoin.

La tâche d'impliquer les clients dans le soutien et les traitements pour le VIH constitue possiblement l'étape qui demande le plus de temps. Cela peut prendre des mois ou des années, selon le client; certains clients auront toujours besoin de ces services et de ce soutien pour observer leurs traitements, et il faut respecter cela.

Les fournisseurs de soins de santé ont eux aussi besoin de soutien à toutes les étapes du parcours du client. Le Projet STOP de Vancouver a mis en place une culture où les fournisseurs étaient impliqués et soutenus pendant tout le parcours du client, ce qui a contribué à améliorer les services dans tout le continuum des soins. Les fournisseurs de soins de santé ont été impliqués et soutenus à l'aide de divers mécanismes, y compris de l'éducation par préceptorat et par l'équipe

d'éducation (Équipe d'intervention de proximité de STOP), du marketing social ainsi que des activités de la division du contrôle des maladies transmissibles de VCH. Cet ensemble d'activités de soutien et de suivi auprès des fournisseurs de soins a démontré que le Projet STOP de Vancouver était déterminé à assurer un arrimage et une implication solides tout au long du parcours du client; cela a implicitement valorisé et encouragé la contribution de tous les intervenants qui, chacun à sa manière, jouent un rôle dans le soutien d'une personne, depuis le diagnostic de séropositivité jusqu'à l'arrimage aux soins.

Une bonne équipe de leadership devrait être mise sur pied aussi tôt que possible. Un des défis pour le Projet STOP de Vancouver était l'échéancier de ce projet (trois ans). Dans les premières phases du projet, on a eu peu de temps pour planifier adéquatement la mise en œuvre. Le fait d'avoir un leadership organisationnel engagé, dévoué et responsable aux échelons supérieurs était crucial à la réussite du projet.

Un gestionnaire de projet expérimenté doit être embauché tôt. Même si un projet n'est pas encore doté d'un plan d'ensemble dès les premières phases, on peut réduire le risque de problèmes potentiels, comme les retards sur l'échéancier, le glissement de portée ou le dédoublement d'efforts si des processus opérationnels valides et des processus de communication efficaces sont mis en place dès le début. Un gestionnaire de projet expérimenté peut fournir une assise solide pour le démarrage, ce qui augmente les chances de réussite du projet. Investir le temps et les efforts nécessaires pour assurer un fondement d'infrastructures efficace pour le projet en vaut la peine puisque cette base servira de tremplin pour tous les efforts déployés par l'équipe.

Établir une équipe et un cadre de suivi et d'évaluation dès le début. Les données épidémiologiques et les analyses initiales sont devenues la feuille de route pour la complexe initiative STOP à Vancouver. La mise en place précoce d'un cadre de surveillance à l'échelon populationnel s'est avérée utile au projet en fournissant des données populationnelles, ce qui a permis à l'équipe de comprendre l'effet des initiatives,

de mieux cibler les efforts et, à terme, d'observer l'incidence de ces derniers. L'évaluation a joué un rôle de soutien tout aussi crucial à l'ensemble du projet. Les résultats des évaluations ont aidé les intervenants à comprendre l'incidence d'actions et d'interventions particulières; ils ont été une source de motivation

pour le changement et ont fourni une base objective pour la prise de décisions. Une équipe dévouée d'épidémiologistes et d'évaluateurs a été cruciale aux succès observés dans le projet pilote STOP à Vancouver, et une équipe similaire devrait être formée dès le début de toute initiative de cette ampleur.

Bref historique du Projet STOP de Vancouver

Annnonce et activités initiales (2009–2010)

Le 4 février 2010, l'honorable Kevin Falcon, ministre des Services de santé (MSS), a annoncé un engagement du gouvernement de la Colombie-Britannique à verser 48 millions \$ à Vancouver Coastal Health (VCH), à Northern Health, à la Provincial Health Services Authority [Régie provinciale des services de santé], à Providence Health Care (PHC) et au BC Centre for Excellence in HIV/AIDS pour la mise en œuvre du Projet STOP de Vancouver, une initiative pilote visant à élargir l'accès aux services de dépistage, de soins et de soutien en lien avec le VIH pour les personnes cliniquement admissibles à Vancouver et à Prince George. Le ministère des Services de santé de la C.-B. s'est engagé à fournir les fonds sur quatre exercices (2009-2013). VCH et PHC ont reçu les fonds du premier exercice (2009-2010) à la fin de ce dernier, soit en février 2010. Par conséquent, bien que le Projet STOP de Vancouver soit souvent décrit comme étant un projet quadriennal (2010–2013), son équipe le considère comme étant un projet *triennal*, puisque le financement n'a été disponible que pendant trois exercices et un mois (de février 2010 à mars 2013).

Difficulté causée par l'annonce du financement

Bien que ces nouveaux fonds venant du MSS représentaient une occasion d'une importance fondamentale pour PHC et VCH, la manière dont l'annonce

a été faite et le moment du débours initial des fonds ont créé le premier défi majeur pour les partenaires du projet.

Avant l'annonce du Ministère, VCH et PHC ne savaient pas grand-chose à propos de ce financement et n'avaient donc entrepris aucune planification ou initiative de développement de partenariat avant les débours de fonds. Il s'est avéré par conséquent impossible à l'un et à l'autre de dépenser la totalité des fonds octroyés pour l'exercice 2009-2010.

De plus, l'annonce initiale du MSS précisait que ce projet s'adresserait aux gens du quartier Downtown Eastside de Vancouver. Ce détail a donné lieu à un deuxième défi pour les dirigeants de VCH et de PHC. Certes, ce quartier compte un nombre disproportionné de personnes qui consomment des drogues injectables et de personnes vivant avec le VIH/sida. Toutefois, des programmes novateurs et complets de réduction des méfaits à Vancouver, ainsi que d'autres initiatives, abordaient déjà le VIH dans la région. L'épidémie du VIH à Vancouver touche principalement les hommes gais (dont la plupart vivent à l'extérieur du quartier visé); or, en mentionnant explicitement le Downtown Eastside, l'annonce du Ministère avait pratiquement fait fi de ce groupe. Bien que les dirigeants du projet aient été en mesure d'ajuster la description de la communauté cible pour la faire correspondre à celle des quartiers défavorisés, c'était un défi que de déterminer comment soutenir efficacement les programmes qui desservent les hommes gais et d'autres groupes vivant avec le VIH ou à risque d'être infectés, tout en respectant les paramètres du financement.

Cependant, avec le temps, il est devenu clair que les partenaires qui recevaient le financement avaient une certaine latitude quant aux mesures à prendre pour freiner l'épidémie dans leur région. Par conséquent, l'absence initiale d'un plan concret, perçue à l'origine comme un défi, a permis à l'équipe, en fin de compte, d'aborder l'initiative pilote dans un esprit novateur et un engagement à l'égard de l'évaluation et de l'apprentissage.

Comprendre le « traitement comme outil de prévention » : méthode ou cadre?

Mise à part la directive de mettre en œuvre le traitement comme outil de prévention, le financement n'était pas accompagné d'un plan détaillé. Afin de déterminer comment les fonds seraient utilisés en 2009-2010 et les années suivantes, VCH et PHC ont d'abord réfléchi aux répercussions de la tâche à accomplir. À cette étape, le discours du Projet STOP s'était concentré presque exclusivement sur le traitement comme outil de prévention en tant que théorie appuyée par de solides données sur son efficacité découlant d'études observationnelles, d'un essai contrôlé et randomisé et d'études de modélisation. On s'attendait apparemment à ce que le Projet STOP fasse de cette théorie une méthode.

Par conséquent, les communications et dialogues initiaux à propos de STOP présentaient le traitement comme outil de prévention comme étant la principale méthode à utiliser pour faire face au VIH. D'autres méthodes, comme la réduction des méfaits ou l'examen des déterminants sociaux de la santé, n'avaient pas été mises en relief dans ces conversations. Au cours du premier mois de STOP, les dirigeants de VCH et de PHC percevaient le projet à travers la lentille « chercher et traiter » : selon eux, leur responsabilité était de veiller à ce que beaucoup plus de gens aient accès à des tests de dépistage du VIH, subissent ces tests et reçoivent un diagnostic, ainsi que le soutien nécessaire pour amorcer un traitement et y adhérer. Les toutes premières activités ont donc consisté en des exposés sur les notions élémentaires du

traitement comme outil de prévention, à l'intention des dirigeants de VCH, afin d'offrir une orientation sur la manière de procéder.

Par la suite, VCH et PHC ont modifié leur approche face au traitement comme outil de prévention : plutôt qu'une méthode, il est venu à être considéré comme un cadre pour organiser leur réponse au VIH. Éventuellement, le Projet STOP de Vancouver a défini le traitement comme outil de prévention comme étant un cadre conceptuel à partir duquel aborder le continuum des soins du VIH. En utilisant ce cadre, le Projet STOP de Vancouver a réussi à créer une réponse au VIH plus efficace dans le monde réel et qui comprend des approches comportementales, socioculturelles, politiques, juridiques et d'autres approches biomédicales.

Planification et activités initiales

Dès les premiers jours de la première année de ce projet, VCH et PHC ont compris que le Projet STOP de Vancouver offrait une occasion inouïe de réfléchir à la qualité de l'ensemble du continuum des soins pour le VIH (dépistage, diagnostic, arrimage aux soins, traitements et soutien) et d'y apporter des améliorations. Leur défi était toutefois de passer de la théorie d'une méthode de traitement comme outil de prévention à la pratique. Du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2011, VCH et PHC ont procédé à une planification détaillée et mis en œuvre les premières activités financées. Ils ont également tiré d'importantes leçons qui allaient améliorer leur capacité d'atteindre les buts du Projet STOP au cours des années suivantes.

Afin d'arriver à une compréhension commune de la situation des services de dépistage, de traitement et de soutien à l'observance thérapeutique pour le VIH, des lacunes dans les connaissances et des solutions possibles pour y remédier, VCH a procédé, au début de 2010, à la première de plusieurs analyses de la « situation actuelle ». Cette analyse comprenait une enquête sur l'actuel système de soins du VIH à

Vancouver et visait à cerner les réussites, les défis et les lacunes. VCH a également effectué des consultations et un examen des données afin de repérer des approches novatrices au dépistage du VIH, à l'arrimage aux soins, aux traitements et au soutien, dont certaines allaient être mises à l'essai sur le terrain dans le cadre du Projet STOP de Vancouver.

Dans cette exploration des lacunes et des solutions possibles, l'équipe du projet a commencé à cerner des « gains rapides » (des activités qui pourraient être mises en œuvre rapidement et facilement, mais qui auraient un impact significatif) ainsi que des domaines où on s'attendait à ce qu'il soit facile d'élargir les services offerts. Au début du projet, on trouvait très important de réaliser des activités relativement faciles à établir et qui avaient de fortes chances de réussir, d'après les données sur l'efficacité de programmes antérieurs. VCH et PHC subissaient de fortes pressions pour atteindre les objectifs liés aux taux de dépistage, au nombre de résultats positifs et au nombre de patients amorçant une thérapie antirétrovirale; la première année du projet ne semblait pas le moment de prendre des risques majeurs en ce qui a trait à la mise en œuvre d'initiatives pilotes.

Les partenaires ont eu recours à des activités à succès rapide pour renforcer les capacités de dépistage du VIH, d'arrimage aux soins, de gestion intensive de cas, de reprise des soins et du traitement, et d'observance des soins. Parmi les premiers projets financés, citons l'élargissement du dépistage du VIH pour les hommes gais à la clinique de la rue Davie de Health Initiative for Men (HIM), ainsi qu'un financement accru pour un programme d'autogestion à la Vancouver Native Health Society [société de santé autochtone de Vancouver].

Réorienter l'approche rapidement

Dès le milieu de la première année (2010–2011), on apprenait déjà une des plus grandes leçons du projet : le plan des partenaires consistant à utiliser le financement du Projet STOP presque exclusivement pour élargir la portée et accroître la capacité de programmes existants et efficaces n'était pas la bonne

approche. À l'automne 2010, le projet n'atteignait pas ses cibles. Certes, il était logique que les dirigeants du projet veuillent utiliser les fonds de STOP pour combler des lacunes financières dans le système, mais cette approche n'a fait que soutenir davantage le système de soins du VIH qui existait à Vancouver avant le début du Projet STOP, un système dont le rendement n'était pas optimal. Plutôt, en plus de renforcer les capacités des programmes existants et efficaces, le Projet STOP de Vancouver devait apporter des changements considérables à la manière dont les fournisseurs de soins de santé participaient aux processus de dépistage, d'arrimage, de traitement et de soins pour le VIH. Éventuellement, c'est là que se sont orientés la majeure partie des efforts des partenaires au cours des années suivantes.

L'un des premiers exemples de cette nouvelle approche, qui constitue un des aspects les plus fondamentaux du Projet STOP de Vancouver, a été mis en œuvre à la fin de la première année : le projet a créé l'Équipe d'intervention de proximité de STOP, une équipe d'intervention clinique intégrée qui a travaillé partout à Vancouver pour arrimer à des services des personnes qui venaient de recevoir un diagnostic ou des personnes séropositives qui ne recevaient aucun soin. VCH et PHC ont aussi conçu et financé des projets pilotes novateurs de concert avec d'autres organismes de Vancouver, comme le Programme des pairs navigateurs.

Toutefois, deux des plus importantes activités de la première année ne concernaient pas la mise en œuvre de projets pilotes. Premièrement, au milieu de l'année 2010, VCH et PHC ont embauché un directeur principal de projet, qui a mis sur pied une petite équipe au cours du même exercice. Cette personne (ainsi que l'équipe du projet, par la suite) a joué un rôle déterminant dans le soutien fourni aux dirigeants et pour les tâches — grandes et petites — du projet, afin que celui-ci atteigne ses objectifs. Grâce aux conseils du directeur de projet, des plans concrets ont été élaborés pour l'année 2011–2012, et le cadre pour les initiatives en vertu de protocoles d'entente a été conçu, de même que les plans initiaux de suivi et d'évaluation visant à s'assurer

que les données nécessaires sont recueillies selon un échéancier réaliste (cycles de financement de 7 mois). Deuxièmement, en février 2011, VCH et PHC ont fusionné leurs budgets, leur leadership et leurs stratégies pour devenir le Projet STOP de Vancouver.

En janvier 2011, un responsable de l'évaluation et un épidémiologiste ont été embauchés (avant cela, il n'existait pas de cadre de suivi et d'évaluation pour VCH/PHC, ni de modèle logique du projet). Pendant ce même mois, les premières activités (principalement des éléments à succès rapide) ont reçu des fonds. Certains indicateurs et cibles initiaux ont été établis et ajoutés à la liste des produits livrables figurant dans les protocoles d'entente; le cadre de suivi et d'évaluation du projet commençait à prendre forme.

Pendant le troisième et le quatrième trimestre de 2010–2011, on a planifié de façon détaillée les initiatives pilotes de 2011–2012. Les données de la première année démontraient qu'en dépit de certaines réussites du projet jusqu'à ce moment, l'incidence générale sur le dépistage du VIH, l'arrimage, les soins et les services de soutien avait été négligeable. Il y avait eu des améliorations qualitatives dans l'accès individuel à des programmes, mais très peu de changements s'étaient produits à l'échelon populationnel.

Même en considérant les importantes améliorations qui avaient été apportées en matière de soins cette année-là, la portée du projet avait été beaucoup trop modeste. Le Projet STOP de Vancouver nouvellement formé devait mettre en œuvre des programmes qui auraient une incidence majeure sur l'épidémie de VIH, d'une manière jamais vue jusque-là. Il fallait impliquer les milieux de la pratique clinique, et ce à l'échelle complète du système.

Afin d'améliorer le dépistage du VIH, par exemple, il fallait élaborer une justification convaincante pour l'élargissement du dépistage et son intégration dans tous les milieux de pratique clinique; de plus, le projet devait fournir le soutien nécessaire pour permettre aux cliniciens d'offrir le test. Pour ce faire, le dépistage devait cesser d'être l'apanage exclusif de quelques programmes fournissant des services

de santé sexuelle à des populations ciblées et devenir devienne une activité quotidienne de tous les programmes : cliniques pour jeunes, cliniques de soins primaires, cliniques de médecine familiale, programmes de santé mentale et de traitement des dépendances, services de logement, services de soins en établissement, services de santé pour étudiants, cliniques d'avortement, programmes de soins aigus, etc. De fait, le projet devait modifier les politiques en vigueur relativement au dépistage du VIH.

Émergence de priorités claires pour la planification

Des priorités claires pour les programmes avaient émergé. Le Projet STOP de Vancouver devait travailler à l'élargissement du dépistage du VIH — y compris aux points de service et en laboratoire — dans un large éventail de milieux. Il devait instaurer des services de dépistage par les pairs; produire des messages de santé publique pour encourager le dépistage à la fois au sein du public et des fournisseurs de soins de santé; et rehausser le soutien fourni aux personnes ayant récemment reçu un diagnostic. Après plusieurs mois de consultation et d'examen des données, l'équipe directrice du Projet STOP de Vancouver (décrite ci-dessous dans la section sur le modèle de gouvernance) s'est réunie pour déterminer quelles activités devraient être financées au cours des années suivantes. À la fin de cette année, l'équipe avait sélectionné 27 projets pilotes à mettre en œuvre et à évaluer au cours de l'année suivante.

Parmi les projets pilotes mis en œuvre au cours de la première année, citons :

Dépistage du VIH

- Mise en place d'un projet de dépistage du VIH administré par des pairs, en partenariat avec la PHS Community Services Society
- Instauration du dépistage du VIH dans les cliniques dentaires
- Instauration du dépistage aux points de service par l'entremise de la Clinique d'immunodéficience John Ruedy (IDC) de l'Hôpital St. Paul

- Expansion des cliniques de santé sexuelle de concert avec Health Initiative for Men (HIM)
- Instauration du dépistage de proximité pour les populations à forte prévalence, par l'entremise de l'Équipe d'intervention de proximité de STOP
- Instauration du dépistage systématique dans les soins aigus et en médecine familiale

Traitement du VIH et soutien connexe

- Expansion des programmes à Vancouver Native Health, y compris *Towards Aboriginal Health and Healing* (TAHAH) [pour la santé et la guérison des peuples autochtones] et le *Positive Outlook Program* (POP)
- Amélioration des services de dépistage et de soutien pour le traitement à la clinique de PHS
- Création du Programme des pairs navigateurs, avec Positive Living BC et la Clinique d'immunodéficience de l'Hôpital St. Paul
- Expansion du Programme de thérapie d'assistance maximale (TAM)
- Expansion de l'équipe clinique de l'IDC de l'Hôpital St. Paul, avec un accent sur la gestion clinique de cas, le soutien en santé mentale et les services de spécialistes

Soutien

- Partenariat avec RainCity Housing, Coast Mental Health et McLaren Housing pour fournir un soutien à la stabilisation du logement et l'accès à des logements pour la vie autonome assistée
- Amélioration de la gestion intensive de cas à AIDS Vancouver

Gestion de cas intensive, soins, traitements et soutien

- Mise sur pied de l'Équipe d'intervention de proximité de STOP
- Expansion des services de spécialistes à l'IDC (gestion de cas, équipe de santé mentale, psychologues, services de traitement des dépendances)

Déploiement, suivi et évaluation des projets pilotes

Dans sa deuxième année seulement, le Projet STOP de Vancouver a déployé 27 projets pilotes et élaboré un cadre standard pour le suivi et l'évaluation. Le volet évaluatif de ce cadre a fourni aux projets pilotes un modèle logique global de projet, ainsi que des modèles logiques individualisés qui incluaient des indicateurs et des objectifs pour mesurer les progrès réalisés dans l'atteinte des objectifs du Projet STOP. Le volet de suivi du cadre consistait en 33 indicateurs liés à la population et ayant trait au dépistage, au diagnostic, à l'arrimage aux soins et au traitement du VIH. Le rapport et les analyses trimestriels produits par l'unité de surveillance de la santé publique de VCH ont été essentiels pour comprendre les progrès généraux du projet dans l'atteinte de ses objectifs et cerner de nouvelles stratégies prioritaires.

Plusieurs des projets pilotes amorcés dans la deuxième année étaient des programmes déjà existants qui ont été élargis, plutôt que des programmes ou infrastructures entièrement nouveaux. Ces projets pilotes étaient un ensemble équilibré de stratégies fondées sur des données probantes touchant divers aspects du continuum de soins du VIH, et axées sur l'amélioration des services de dépistage ciblé et à grande échelle, de l'arrimage aux soins et du soutien pour le traitement, et sur le renforcement des capacités de traitement.

Dans sa deuxième année, le Projet STOP de Vancouver a investi des ressources considérables dans le dépistage du VIH, et ce, dans divers milieux cliniques. Au cours de l'année, il a fourni du financement dans les domaines suivants :

- Instauration de l'offre systématique du test de dépistage du VIH aux patients admis aux soins aigus et aux patients des médecins généralistes – cliniques et cabinets de dentiste; (le taux

de résultats positifs dans les soins aigus a été plus élevé que prévu et a dépassé les seuils de rentabilité publiés);

- Instauration de l'offre systématique de tests de dépistage du VIH aux membres des populations ciblées dans les cliniques de soins primaires de VCH, les cliniques pour étudiants et pour jeunes, les cliniques d'avortement, les services de traitement des dépendances et les cliniques de santé mentale;
- Élargissement du dépistage ciblé du VIH par l'entremise de l'Équipe d'intervention de proximité de STOP, du dépistage par des pairs lors de foires communautaires dans le quartier Downtown Eastside, dans des cliniques dentaires de santé publique, et par une approche de réseautage social rehaussée pour le suivi de santé publique et la recherche des partenaires des personnes qui viennent de recevoir un diagnostic.

Les activités de dépistage et de diagnostic étaient considérées comme une réussite. Non seulement parce que le dépistage systématique dans les soins aigus et le milieu communautaire s'est avéré faisable et rentable, mais aussi parce que les initiatives décrites ci-dessus ont effectivement augmenté le taux de dépistage du VIH à Vancouver, dans l'ensemble. De plus, le projet a permis de repérer les personnes à un stade plus précoce de l'infection au VIH (il y a eu légèrement moins de cas diagnostiqués en phase avancée de l'infection, et légèrement plus de cas diagnostiqués en phase aiguë). En outre, le projet avait également des taux de succès plus élevés dans le repérage de cas de VIH, le counseling aux personnes venant de recevoir un diagnostic et le dépistage du VIH chez les gens avec qui celles-ci avaient eu des contacts.

L'arrimage aux soins a également été fortement intensifié pendant la deuxième et la troisième année du projet. Les personnes qui recevaient un diagnostic d'infection dans le cadre d'initiatives de dépistage élargi étaient arrimées à des services de soins et de soutien pour le VIH par l'intermédiaire de la santé publique, ainsi que de l'Équipe d'intervention de proximité de STOP et des pairs navigateurs — deux

projets pilotes élaborés pendant la première année. À la fin de cette année, 91 % des nouveaux clients séropositifs aiguillés vers l'Équipe d'intervention de proximité de STOP avaient été arrimés à des soins, de même que 100 % des clients dirigés vers les pairs navigateurs. À la fin de la deuxième année, la majorité des personnes recevant un résultat positif au test de dépistage étaient arrimées à des services de soins en moins de 30 jours (c.-à-d. elles subissaient un test de charge virale), ce qui constitue un indicateur de succès. Cependant, les statistiques sur l'arrimage étaient encore inconnues pour une faible proportion de personnes venant de recevoir un diagnostic.

Au cours des deux dernières années du projet, les initiatives de traitement et de soutien ont aussi été élargies. Ces activités pilotes visaient à rehausser l'accès aux traitements, à fournir un soutien aux clients pour qu'ils observent leur traitement et à augmenter le nombre de personnes dont le traitement réussit (déterminé par une charge virale indétectable). Les données d'évaluation indiquent que ces activités pilotes ont réussi, de façon générale, à aider les clients à atteindre une certaine stabilité leur permettant d'envisager d'entamer une thérapie antirétrovirale, à les aider à faire des choix éclairés en matière de traitement, et à en soutenir d'autres dans l'observance thérapeutique.

Le programme TAM, au Downtown Community Health Centre et au Dr. Peter Centre, a continué d'être soutenu financièrement par le Projet STOP, tout comme les programmes POP et TAHAAH de Vancouver Native Health. Le Projet STOP de Vancouver a également élargi ses partenariats avec Coast Mental Health, RainCity et McLaren Housing, qui fournissent diverses formes de logements supervisés. Le Projet STOP de Vancouver a créé des postes en soutien au logement dans ces organismes, ainsi que des logements proprement dits. Les programmes d'autogestion ont également été élargis, de manière à fournir un soutien éducationnel pour augmenter l'autogestion du VIH par les clients. Ces programmes incluaient Season4Change et Ni Wakati (groupe de femmes africaines).

Le Projet STOP de Vancouver a également continué à appuyer le Programme des pairs navigateurs — un partenariat entre Positive Living BC et l'IDC de l'Hôpital St. Paul, la clinique de soins tertiaires du VIH du Projet STOP de Vancouver.

La combinaison des activités susmentionnées a aidé à rehausser la reprise des soins et l'observance pour les personnes vivant avec le VIH. Le travail d'intervention de proximité réalisé par l'Équipe d'intervention de proximité de STOP et les pairs navigateurs, entre autres, allié aux ressources accrues pour le soutien psychosocial, a contribué à cette observance améliorée. À la fin de la deuxième année, les activités du Projet STOP de Vancouver avaient déjà enregistré une augmentation du nombre de thérapies

antirétrovirales entamées et une modeste augmentation du nombre de traitements repris. Grâce à ces activités et à d'autres, le Projet STOP de Vancouver a observé une diminution globale de la charge virale plasmatique de VIH dans la communauté à la fin de sa deuxième année.

Outre la continuation et le raffinement des projets pilotes fructueux démarrés en 2011–2012, quelques nouveaux projets pilotes novateurs ont vu le jour en 2012–2013 (la dernière année de financement), comme le dépistage du VIH dans les cliniques de médecine familiale de Vancouver, et une planification significative de la durabilité ou de « l'état futur », y compris des efforts pour faire valoir la nécessité de nouvelles lignes directrices provinciales sur le dépistage du VIH.

Modèle de gouvernance

Le Projet STOP de Vancouver — un partenariat entre Vancouver Coastal Health et Providence Healthcare — était chargé de réaliser le Projet STOP à Vancouver. Par l'entremise de ce partenariat, ces deux organismes ont partagé les responsabilités liées à la gouvernance, au financement et à la reddition de comptes pour la planification et la prise de décisions concernant les projets pilotes et tous les autres aspects du projet.

L'équipe de direction du Projet STOP de Vancouver était formée de Scott Harrison, Providence Health Care (PHC); Julie Kille, PHC; Chris Buchner, Vancouver Coastal Health (VCH); Val Munroe, VCH; Réka Gustafson, VCH; et d'autres décideurs clés de chacun des autres organismes et du BC Centre for Excellence in HIV/AIDS. Cette équipe relevait des cadres supérieurs de VCH et de PHC (dirigés par le Dr Patty Daly et Diane Doyle, respectivement), et dirigeait à son tour l'équipe du projet et les nombreux groupes de travail.

Partenariat du Projet STOP de Vancouver

Au début du Projet STOP (2009-2010), le ministère des Services de santé de la C.-B. (MSS) finançait séparément VCH et PHC. Toutefois, après la première année complète du financement (février 2011), VCH et PHC ont décidé de décloisonner leurs budgets, leurs infrastructures et leurs processus décisionnels et de les réunir en un seul grand projet.

Plusieurs raisons ont motivé cette décision. Premièrement, VCH et PCH fonctionnent dans la même grande région : VCH est responsable des services à Vancouver ainsi qu'à Richmond, sur la Rive-Nord, la région de Coast Garibaldi, le corridor « Sea-to-Sky », la Sunshine Coast, Powell River, Bella Bella et

Bella Coola. PHC, l'un des plus grands organismes confessionnels au Canada, a pour mandat de fournir des services liés au VIH/sida à l'échelle provinciale, par l'entremise du BC Centre for Excellence in HIV/AIDS, de la Clinique d'immunodéficience John Ruedy (IDC), de l'aile (appelée 10-C) pour les patients hospitalisés pour le VIH/sida à l'Hôpital St. Paul, ainsi que de l'Unité de soins aigus du VIH/sida, tous fréquentés par des patients provenant de partout en C.-B.

Deuxièmement, VCH et PHC étaient chargés de faire le même travail, c'est-à-dire d'atteindre les mêmes objectifs du MSS, en grande partie dans la même région. Cependant, puisqu'il s'agit d'organismes différents, une frontière artificielle avait été érigée entre les soins hospitaliers et les soins communautaires. Or, lorsqu'on considère comment les personnes vivant avec le VIH s'impliquent dans les programmes de dépistage, de soins, de traitements et de soutien pour le VIH, on a convenu que cette séparation était plus néfaste qu'utile, puisqu'elle perturbait la continuité des soins et l'intégration complète des services — des éléments importants à développer et à préserver afin que le Projet STOP atteigne ses objectifs. Par conséquent, le partenariat était un engagement explicite au principe selon lequel le financement serait utilisé pour venir en aide aux résidents de Vancouver qui vivaient avec le VIH ou qui étaient à risque d'être infectés.

Troisièmement, VCH était déjà dotée d'une importante infrastructure administrative. De plus, dans sa première année de financement pour le Projet STOP, VCH avait commencé à bâtir une infrastructure spécifique au Projet STOP. PHC n'avait pas cette même infrastructure au début de 2011, ni la capacité de s'en doter d'une manière qui lui aurait permis d'atteindre les buts du projet dans le temps prévu.

Par conséquent, pour faire en sorte que les gens de Vancouver puissent recevoir les soins les plus complets possible, VCH et PHC ont uni leurs forces et sont devenus le *Vancouver STOP HIV/AIDS Project* (Projet STOP de Vancouver). Cela signifiait qu'ils s'engageaient à travailler en collaboration pour diriger ensemble la mise en œuvre du Projet STOP dans cette ville. Selon les parrains du projet à VCH et à PHC, les partenaires ont uni leurs forces simplement parce qu'ils étaient d'accord — « Ne serait-ce pas mieux de s'asseoir à la table ensemble? » et « Ne serait-ce pas mieux de planifier ensemble? ». Ce partenariat n'a pas été demandé par le ministère.

En soi, le partenariat du Projet STOP de Vancouver a été l'un des principaux catalyseurs dans l'atteinte des objectifs du MSS. Le partenariat entre VCH et PHC a été une telle réussite principalement en raison des individus composant l'équipe de direction. Cette équipe avait la bonne combinaison de dirigeants : des dirigeants opérationnels de VCH et de PHC, un médecin de la santé publique et des infirmières cadres, dont plusieurs avaient déjà effectué du travail communautaire en plus de posséder une riche expérience clinique et en santé publique. Les membres de l'équipe ont également injecté une bonne dose de passion et d'engagement à l'égard des produits livrables; et leurs personnalités s'harmonisaient bien les unes aux autres. Sans ce partenariat, la mise en œuvre du Projet STOP à Vancouver n'aurait pas été un tel succès.

Relation avec le Structured Learning Collaborative

Le Projet STOP de Vancouver avait des partenariats officiels avec le *STOP HIV/AIDS Structured Learning Collaborative* [Réseau de collaboration en apprentissage structuré pour mettre fin au VIH/sida] du BC Centre for Excellence, un réseau provincial multidisciplinaire regroupant des fournisseurs de santé et des utilisateurs de services, qui mettent leurs connaissances en commun en vue d'apporter des changements systémiques efficaces aux soins du VIH/sida en C.-B. Le réseau a été établi pendant la première année du Projet STOP (2010–2011).

L'IDC de l'Hôpital St. Paul, qui fait partie de PHC, a joué un rôle crucial dans l'établissement de ce réseau; son équipe a été l'une des premières à s'y joindre et a été invitée à y apporter son expertise considérable en prestation de soins holistiques à des personnes vivant avec le VIH. Elle a également tiré des bienfaits de son travail dans cette initiative de collaboration, plus précisément en examinant la modification des pratiques dans la perspective plus formelle offerte par le réseau.

VCH a également fourni du soutien à douze équipes cliniques afin qu'elles participent au réseau.

Ce projet de collaboration a évolué pour devenir une nouvelle initiative appelée « Comité d'amélioration de la qualité dans la province »; ce comité continue de recueillir des données à l'échelle du système et organise des webinaires à l'intention des équipes cliniques.

Administration du *Projet STOP de Vancouver*

Parrains du projet

Le Projet STOP de Vancouver était administré par les parrains du projet (Scott Harrison, Providence Health Care [PHC]; Chris Buchner, Vancouver Coastal Health [VCH]; Réka Gustafson, VCH; et Val Munroe, VCH). Ces parrains ont participé activement à la mise en œuvre du projet, y compris la planification et la conception de l'ensemble du projet, l'élaboration des activités des projets pilotes, l'élaboration des résultats à long terme et, parfois, la mise en œuvre de projets pilotes particuliers. Ce groupe donnait des directives aux employés de VCH et de PHC qui avaient aussi des rôles de leadership dans la vision et la réalisation du Projet STOP de Vancouver (Miranda Compton, directrice, VIH/sida; Julie Kille, chef des opérations, VIH/sida; et Meaghan Thumath, directrice clinique, VIH/sida). Tous les parrains du projet et les autres dirigeants de VCH ont participé à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du Projet STOP de Vancouver dans le cadre de leurs autres responsabilités. Cela représentait évidemment un défi de taille. La planification d'un projet aussi complexe que le Projet STOP de Vancouver exigeait des ressources considérables, et il était donc crucial qu'une équipe de projet soit mise sur pied pour soutenir les parrains et l'équipe de direction du Projet STOP de Vancouver.

Équipe de projet

L'équipe de projet était chargée d'assurer la gestion du Projet STOP de Vancouver. Alors que les parrains du projet et les personnes qu'ils ont désignées dans leurs équipes respectives (c.-à-d. Miranda Compton,

Julie Kille et Meaghan Thumath) dirigeaient et participaient à la planification, à la conception et à la mise en œuvre du projet, l'équipe de projet était pour sa part responsable d'élaborer du matériel, des structures et des processus pour faire en sorte que la planification soit réalisée, et que les échéanciers et le budget soient respectés.

L'équipe de projet était également responsable de l'évaluation des projets pilotes individuels du Projet STOP de Vancouver (la surveillance à l'échelon populationnel était menée par l'Unité de surveillance de la santé publique de VCH). Cela comprenait la conception et l'élaboration du cadre général d'évaluation des protocoles d'entente des projets pilotes du Projet STOP de Vancouver; l'élaboration des modèles logiques, des indicateurs et des cibles des projets pilotes; ainsi que l'élaboration de méthodes de collecte et le soutien aux projets pilotes pour l'évaluation des progrès réalisés dans l'atteinte des objectifs du Projet STOP. Ce groupe a travaillé en étroite collaboration avec l'Unité de surveillance de la santé publique de VCH, qui devait périodiquement fournir, pour la ville de Vancouver, des rapports de surveillance à l'échelon populationnel démontrant l'incidence globale des projets pilotes. L'Unité de surveillance de la santé publique de VCH a par ailleurs dirigé l'évaluation du projet pilote sur l'offre systématique de tests de dépistage du VIH dans les soins aigus et dans les hôpitaux. Pour de plus amples renseignements à ce sujet, veuillez consulter la section intitulée « Élaboration et mise en œuvre d'un cadre de surveillance et d'évaluation », ci-dessous.

L'équipe était également chargée de faire état des initiatives du Projet STOP de Vancouver aux intervenants externes à la demande de ces derniers (p. ex., ministère de la Santé, fournisseurs de services et groupes communautaires de lutte contre le VIH/sida, cadres supérieurs de VCH et de PHC.)

L'équipe de projet était dirigée par un gestionnaire principal. Il ne faut pas sous-estimer l'importance de ce rôle, ni d'ailleurs celle de chaque membre de cette équipe. Il fallait un gestionnaire de projet très expérimenté pour planifier, organiser et gérer adéquatement un projet de la taille et de

la complexité du Projet STOP. Grâce aux efforts de l'équipe de projet, des plans détaillés ont été élaborés, un cadre de travail pour le processus des protocoles d'entente a été établi et des plans initiaux de surveillance et d'évaluation ont été mis en place afin de s'assurer que les données nécessaires soient recueillies selon un échéancier réaliste (cycles de financement de sept mois). L'équipe a également dirigé la préparation d'un document sur la situation future idéale des services liés au VIH/sida, et la planification du passage du mode « projet » au mode « maintien », en intégrant tout le continuum de soins.

Activités visant à améliorer *le parcours du client*

Le Projet STOP de Vancouver a utilisé le concept du parcours du client comme cadre général d'organisation. Le parcours du client est un modèle conceptuel de la démarche d'une personne dans le système de dépistage, des soins, des traitements et du soutien en lien avec le VIH. Le Projet STOP de Vancouver visait à améliorer l'ensemble de ce parcours tout en atteignant les objectifs du Projet STOP tels que définis par le ministère de la Santé.

Pour améliorer l'ensemble du parcours, il fallait améliorer chacune des étapes, de même que l'arrimage et l'implication d'une étape à l'autre. Autrement dit, tout l'éventail des services liés au VIH/sida — à l'échelon des programmes et du système — devait être transformé.

Afin de dresser un plan opérationnel à cet effet, le Projet STOP de Vancouver a entamé un processus itératif de consultations, de mise en œuvre, d'évaluation et d'ajustements s'étalant sur trois ans et à l'issue duquel il avait élaboré un cadre de travail visant à créer une situation idéale pour les services liés au VIH/sida à Vancouver.

Ce cycle triennal de planification, de mise en œuvre et d'évaluation a été amorcé par VCH et PHC, chacun tentant, grâce aux activités décrites ci-après, d'obtenir un tableau complet de la situation *actuelle* des services liés au VIH dans les zones qu'ils desservaient. Ils ont cerné les réussites, les efficacités, les contraintes systémiques, les lacunes dans les services ainsi que les étapes superflues dans les processus (chevauchements, gaspillage et erreurs). À mesure que la situation actuelle se clarifiait, VCH et PHC ont pu élaborer des stratégies et des actions

pour atteindre leurs buts, au moyen de projets pilotes. Certains de ceux-ci étaient des initiatives existantes considérées comme étant efficaces et dont on a élargi la portée, alors que d'autres étaient de nouvelles initiatives visant à combler des lacunes.

Brosser un tableau de la situation actuelle

Dès le début de la planification, le Projet STOP de Vancouver savait qu'aucun organisme ne pouvait, *à lui seul*, comprendre pleinement l'ensemble du système des soins à Vancouver ou avoir un aperçu complet de la situation actuelle des services liés au VIH. Par conséquent, VCH et PHC ont procédé à de vastes consultations, à des séances de remue-méninges à l'interne ainsi qu'à un examen des données pendant toute la durée du projet. Ces activités ont permis d'obtenir un aperçu du parcours du client. Cet aperçu a évolué au fil du temps pour refléter les activités continues d'apprentissage et d'évaluation et les réalisations. Un exemple du parcours d'un client datant de mai 2012 est présenté à l'Annexe 1.

Les sections qui suivent décrivent les stratégies utilisées par les responsables du Projet STOP de Vancouver pour déterminer comment atteindre les objectifs du ministère de la Santé, y compris comment ils ont amené les intervenants à participer aux consultations, comment ils ont examiné les données, comment ils ont élaboré des stratégies de haut niveau pour mieux aborder chaque étape du parcours du client et, éventuellement, comment ils ont cerné, mis en œuvre et évalué les services actuellement fournis aux personnes vivant avec le VIH.

Implication des intervenants

Afin d'élaborer un plan opérationnel complet qui reflète les besoins de la communauté et de réaliser des projets pilotes responsables, souples et efficaces, le Projet STOP de Vancouver a entrepris un vaste processus d'implication destiné aux milieux communautaire et clinique et qui visait à recueillir les commentaires et suggestions des personnes qui vivent avec le VIH et de celles qui sont à risque d'être infectées, des autorités de santé, du gouvernement et des intervenants cliniques et communautaires, à l'aide de méthodes appropriées au groupe.

Le Projet STOP de Vancouver tenait particulièrement à recueillir les commentaires et suggestions des fournisseurs de soins en milieu clinique et communautaire qui travaillaient avec les populations suivantes (et en faisaient partie) : peuples autochtones, jeunes, personnes ayant une maladie mentale, personnes ayant des dépendances, immigrants et réfugiés, hommes gais, autres HARSAH, et personnes sans abri. Par la suite, on devait également entendre les fournisseurs de soins de santé desservant le grand public, dans le contexte du dépistage systématique dans les hôpitaux et les cliniques.

Des consultations officielles ont eu lieu à compter du premier mois du financement du projet jusqu'à la fin de ce dernier, à intervalles d'environ six mois. Entre ces consultations officielles, des communications, de la rétroaction et des consultations informelles ont également eu lieu avec divers intervenants à des étapes précises du projet.

Ce processus a été utile à l'établissement et à l'évaluation de priorités en ce qui a trait au parcours des clients, en permettant de cerner les éléments qui facilitaient ou nuisaient à l'accès au dépistage du VIH, au suivi et au traitement. En aidant à définir des stratégies pour améliorer la situation du système de soins à Vancouver, ce processus a également éclairé les décisions quant aux types d'activités qui seraient réalisés.

Le Projet STOP de Vancouver considérait plusieurs de ces consultations comme offrant des avantages mutuels, puisqu'elles permettaient non seulement aux intervenants cliniques et communautaires de participer à la planification continue, mais elles permettaient également aux responsables du projet de communiquer leurs réponses à leurs idées.

Les principales activités d'implication de la communauté et du milieu clinique de Vancouver sont résumées ci-après.

Réunions avec les intervenants internes et externes

Des réunions officielles ont été organisées avec les intervenants dès les premiers mois du financement du projet jusqu'à la fin de ce dernier.

Dès le premier mois du financement (en avril 2010), VCH a organisé une séance d'information à l'intention des intervenants. Il s'agissait d'un important premier pas dans le processus d'implication, car c'était une occasion de parler du financement récemment annoncé du Projet STOP aux intervenants communautaires pertinents et de recueillir leurs premiers commentaires.

VCH a invité presque tous les organismes communautaires et cliniques pertinents (ceux qui offraient des programmes liés au VIH/sida) à cette réunion. On a répondu en grand nombre, probablement en raison de la controverse entourant le Projet STOP dans la communauté et des préoccupations qu'il suscitait, et parce que les organismes comprenaient que du financement pourrait être alloué à de nouveaux projets. La majorité des participants provenaient du milieu clinique. Pendant la réunion, VCH a présenté sa vision du projet, et bien que ce dernier ait évolué pendant la période du financement, la vision est demeurée fidèle aux objectifs de STOP.

Cette réunion a également été l'une des premières tentatives de décrire le parcours du client de Vancouver à ce moment, c'est-à-dire de brosser un portrait du parcours d'une personne dans le système

de dépistage, des soins, des traitements et du soutien liés au VIH à Vancouver. On y est parvenu en obtenant une rétroaction sur ce qui fonctionnait dans la pratique actuelle, ce qui ne fonctionnait pas, et ce qui pourrait améliorer le parcours du client ou l'état des services liés au VIH/sida à Vancouver. Des exemples de cas ont été utilisés pour expliquer aux participants comment certains clients évoluent au sein du système de soins à Vancouver, ce qui s'est avéré utile à la discussion.

Après la rencontre initiale avec les intervenants communautaires au début de 2010, VCH a mis sur pied un comité directeur composé d'importants acteurs des milieux communautaire et clinique, et de représentants de VCH, de PHC et du BC Centre for Excellence in HIV/AIDS. Pour plus de détails sur ce processus, veuillez consulter la section « Repérage des gains rapides et d'autres activités qui ont reçu un financement précoce », ci-dessous.

Les réunions de ce comité directeur sont devenues une série de réunions que VCH, puis le Projet STOP de Vancouver, organisaient à intervalles d'environ six mois avec des intervenants internes et externes, dont des chefs de programmes de VCH et de PHC ainsi que des organismes ayant des protocoles d'entente avec le Projet STOP de Vancouver (c.-à-d. des organismes recevant un financement de celui-ci). Les réunions permettaient aux organismes de faire le point sur les activités de leurs projets, et aux fournisseurs de services de mieux connaître le travail des autres. Des fournisseurs de services liés au VIH/sida qui ne recevaient pas de financement dans le cadre du Projet STOP ont également été invités à assister à ces réunions afin de se renseigner sur les progrès du projet et les expériences de leurs collègues. Le projet a également consulté ces mêmes groupes relativement à la planification des activités du projet pour 2011–2012 et 2012–2013 et la planification de la situation future.

Collaboration avec le service de l'implication communautaire de Vancouver Coastal Health

Des consultations approfondies et étalées sur trois ans avec des organismes communautaires et des utilisateurs des services se sont avérées une stratégie clé pour brosser un tableau exact de la situation actuelle et pour mettre en œuvre des programmes aptes à améliorer le système de soins à Vancouver. Au début de 2010, VCH a chargé son service de l'implication communautaire de mener ces consultations, qui visaient à renseigner sur les lacunes et les réussites du système de soins actuel et à recueillir les points de vue des utilisateurs de services — un élément qui a joué un rôle de premier plan pendant toute la mise en œuvre du Projet STOP de Vancouver. Kath Webster, représentante communautaire au sein du comité de direction du Projet STOP, a fourni des conseils et a agi comme animatrice communautaire.

Entre juin 2010 et la fin de 2012, quatre consultations communautaires ont eu lieu, chacune réalisée conjointement par le service de l'implication communautaire de VCH et le Projet STOP de Vancouver. Bien que menées par un service de VCH, elles ont été réalisées pour l'ensemble du Projet STOP de Vancouver.

Ces consultations étaient vastes, diversifiées, et ont été réalisées grâce aux conseils et à la participation de nombreux individus et organismes; certains partenaires communautaires ont pris part aux efforts de recrutement, d'autres ont aidé à la formulation des questions. Sans cette participation, les consultations n'auraient peut-être pas été aussi fructueuses.

Chaque consultation mettait l'accent sur un aspect différent, selon la phase du Projet STOP de Vancouver : la première visait à permettre de repérer les lacunes du système actuel, alors que les consultations ultérieures consistaient plutôt à recevoir une rétroaction sur les initiatives du Projet STOP. Toutefois, les principales questions posées aux participants étaient très semblables d'une séance à l'autre.

On leur demandait, notamment :

- Qu'est-ce qui fonctionne et qu'est-ce qui ne fonctionne pas dans les services actuels (financés ou non par STOP)?
- Comment pourrions-nous améliorer l'accès à ces services?
- Quels services, selon vous, se sont améliorés depuis le début de la mise en œuvre du Projet STOP?
- Quels services, selon vous, changent réellement quelque chose pour les gens, et de quelles manières?
- Quels services nécessitent encore des améliorations et comment pourrions-nous les améliorer?

À l'aide de ces questions, le Projet STOP de Vancouver a pu non seulement disséminer de l'information sur le projet à l'échelon local, mais aussi offrir aux intervenants une occasion de s'impliquer dans le processus de planification et de poser des questions à propos du projet. Ces consultations ont permis de cerner d'importants facteurs qui facilitent l'accès aux services de dépistage, d'arrimage, de traitements et de soins, ou qui y font obstacle. Elles ont aussi permis de déceler des thèmes soulevés par plusieurs groupes et qui révélaient des préoccupations sous-jacentes quant au succès des initiatives de dépistage et de traitement du VIH. L'attention portée à ces préoccupations a été un élément déterminant dans l'atteinte des objectifs du Projet STOP de Vancouver.

On peut consulter les rapports de ces consultations à l'adresse : http://www.vch.ca/get_involved/community-engagement/community-engagement-reports/public-health/stop-hiv-aids/stop-hiv-aids-project.

Leçons générales tirées du processus de consultation

On a eu recours à un large éventail de méthodes pour recueillir de l'information et des idées auprès des gens. Cette démarche aurait pu livrer des résultats encore meilleurs si on avait eu recours à

des méthodes de portée plus vaste. Les méthodes ne devraient pas se limiter à des groupes de discussion et devraient tenir compte de la diversité des besoins et offrir de meilleures occasions de participer. Dans certaines consultations, par exemple, il n'a pas été possible de faire participer tout le monde au processus officiel de groupe; en tel cas, les animateurs ont mené des entrevues avec une, deux ou trois personnes à la fois. Cette souplesse dans l'approche a mis certaines personnes plus à l'aise et elles participaient donc avec enthousiasme lorsque les méthodes étaient adaptées à leurs besoins particuliers. Certaines personnes n'ont pas pu participer, principalement en raison de la stigmatisation et de leur crainte d'être désormais identifiées comme étant des personnes séropositives (ou soupçonnées de l'être).

Consultations communautaires 1 (2010)

En juin et juillet 2010, VCH a mené ses premières consultations auprès de la communauté. En collaboration avec des partenaires de la communauté et des employés de VCH, le service de l'implication communautaire de VCH a cerné les populations prioritaires à consulter, notamment les peuples autochtones, les jeunes, les personnes ayant une maladie mentale, les personnes ayant des problèmes de dépendance, les immigrants et les réfugiés, les hommes gais et autres HARSAH, les personnes sans abri et celles qui utilisent des drogues injectables. Ces consultations ont pris la forme de groupes de discussion afin que les participants puissent partager des idées et s'inspirer des points de vue des autres. VCH a aussi cherché à capter le vécu de personnes vivant avec le VIH et de celles qui sont à risque d'être infectées. Bien que ces consultations aient eu lieu avant l'avènement du Projet STOP de Vancouver, elles étaient faites au nom de PHC également, puisque PHC et VCH avaient déjà une entente d'apprentissage informelle.

Treize discussions de groupe ont eu lieu, auxquelles ont participé 113 participants représentant un large éventail de groupes d'âge et de quartiers de Vancouver. Une réunion a aussi eu lieu avec

des fournisseurs de services travaillant pour des organismes communautaires, et leur rétroaction est incluse dans le présent sommaire.

Ces consultations ont mis en relief deux grandes préoccupations chez les participants et qui reflétaient l'état des services liés au VIH à Vancouver en 2010. La première concernait l'effet profond du stigmatisme lié au VIH dans la communauté sur la disposition des gens à subir un test de dépistage du VIH, à reconnaître leur statut de séropositivité (le cas échéant) ou à discuter de leurs risques avec leurs fournisseurs de soins de santé. On a informé les responsables du Projet STOP de Vancouver qu'ils devaient absolument aborder la question de la stigmatisation liée au VIH s'ils souhaitaient atteindre leurs objectifs. Cet élément a aussi été mis en évidence lors des consultations auprès de médecins de famille qui élaboraient des activités d'apprentissage en vue de l'intégration de l'offre systématique du test de dépistage du VIH dans leur pratique.

L'atténuation de la stigmatisation liée au VIH ne faisait pas explicitement partie des objectifs établis par le ministère de la Santé pour le Projet STOP, mais le Projet STOP de Vancouver a pu commencer à aborder cet enjeu auprès du grand public et des fournisseurs de soins de santé dans le cadre de la campagne *It's Different Now* et de l'initiative *Change HIVStory*, et par la banalisation du dépistage du VIH. Pour plus de détails sur ces projets, veuillez consulter les sections *It's Different Now* et *Change HIVStory*, ci-dessous.

La deuxième grande préoccupation avait trait aux priorités établies par les bailleurs de fonds pour la répartition des ressources financières, surtout dans le contexte d'un projet axé sur le traitement comme outil de prévention. Les organismes communautaires étaient considérés comme un élément essentiel pour faciliter le recours des clients/patients aux services de santé, y compris les traitements. Toutefois, certains craignaient que le financement des organismes communautaires ne soit pas une priorité pour le Projet STOP de Vancouver.

De fait, pendant la première année du projet, les organismes communautaires ont eu l'impression de ne pas faire partie des priorités du projet, en partie parce que l'approche biomédicale « chercher et traiter » était considérée comme une exclusion de ces organismes; en partie en raison du nombre de programmes communautaires qui ont reçu un financement pendant la première année; et en partie à cause d'idées erronées quant aux objectifs réels du Projet STOP de Vancouver.

Toutefois, le Projet STOP de Vancouver était résolu à faire participer les organismes communautaires dès le début. Le dossier de financement du projet fait d'ailleurs foi de cet engagement. Il a cependant été difficile d'assurer l'inclusion d'organismes/modèles communautaires dans un projet qui était fortement axé sur des résultats cliniques/médicaux. En fait, la notion voulant que des organismes communautaires jouent un rôle essentiel dans l'atteinte d'objectifs cliniques était nouvelle.

Consultations communautaires 2 (2011–2012)

La deuxième série de consultations communautaires a eu lieu en janvier et février 2011, afin d'éclairer la planification de services de santé de la deuxième année (1^{er} avril 2011 au 31 mars 2012). Douze groupes de discussion — dont deux en espagnol — ont permis de réunir 130 participants représentant un large éventail de groupes d'âge et de quartiers de Vancouver. Ces consultations avaient pour objectifs de donner aux fournisseurs de services un résumé de ce que les gens avaient dit lors de la première série de consultations, et d'indiquer comment le Projet STOP de Vancouver avait donné suite aux suggestions formulées par les utilisateurs de services. Les responsables du projet voulaient également recueillir des commentaires et suggestions quant aux thèmes prioritaires à aborder dans l'année qui allait suivre.

À l'instar des autres consultations communautaires, un certain nombre de thèmes se sont dégagés, notamment, quelques préoccupations ayant trait au recours au test de dépistage du VIH et au traitement. Tout d'abord, certaines personnes avaient l'impression qu'il existait encore, dans les

communautés autochtones et le Downtown Eastside, des stéréotypes et des renseignements erronés au sujet de la transmission du VIH et des comportements à risque. Il était clair que des ateliers éducatifs sur le VIH étaient nécessaires dans plusieurs communautés. Bien que la prévention primaire ne faisait pas partie du mandat du Projet STOP de Vancouver, les responsables du projet ont réussi à stimuler certaines activités d'éducation sur le VIH grâce à des projets pilotes axés sur le *soutien*, comme le Programme des pairs navigateurs. Toutefois, ces programmes d'éducation s'adressaient uniquement aux personnes vivant avec le VIH/sida.

D'autres activités d'éducation ont eu lieu, de manière informelle, avec des personnes qui avaient reçu un résultat négatif au test de dépistage dans le cadre des initiatives de dépistage du Projet STOP, y compris une initiative d'éducation à grande échelle lors des événements de dépistage par les pairs dans le quartier Downtown Eastside en 2011, mais les initiatives d'éducation manquaient de cohérence, compte tenu des changements aux lignes directrices sur le counseling avant et après le test de dépistage. Pour plus de renseignements sur les modifications apportées au counseling préalable au test de dépistage dans le cadre du Projet STOP de Vancouver, veuillez consulter la section « Dépistage du VIH : un changement de paradigme », ci-après.

Consultations communautaires 3 (2011–2012)

En novembre et décembre 2011, l'équipe de l'implication communautaire (une représentante communautaire du Projet STOP et l'unité de l'implication communautaire de VCH) a donné suite à une requête provenant de certains partenaires communautaires qui souhaitaient recevoir un rapport sur les activités du Projet STOP et avoir accès à des activités éducatives sur divers sujets. L'équipe de l'implication communautaire a présenté aux groupes intéressés un exposé sur les mises à jour, avec ou sans séance d'éducation connexe.

Consultations communautaires 4 (2012–2013)

Des consultations ont été menées en janvier et février 2012 dans le but de recueillir une rétroaction sur l'expérience des gens avec les services du Projet STOP de Vancouver et cerner les priorités de la prochaine année (1^{er} avril 2012 au 31 mars 2013).

Les répondants étaient d'avis que le Projet STOP de Vancouver avait mené des campagnes de sensibilisation efficaces auprès du public pour atténuer la stigmatisation associée au test de dépistage du VIH (voir la section « *It's Different Now* et *Change HIVSTory* », ci-dessous, pour plus de renseignements), mais ils ont recommandé que les campagnes futures tiennent compte de la stigmatisation associée au fait d'être séropositif et continuent de mettre l'accent sur la nouvelle réalité qu'il est possible de vivre longtemps et en santé avec le VIH/sida.

Deux préoccupations principales ont été exprimées en ce qui concerne le dépistage. L'administration du test de dépistage dans les cabinets de médecins était une source de préoccupation pour les participants, en particulier en ce qui concernait la régularité du suivi pour le résultat du test, ainsi que la stigmatisation persistante. Les participants ont aussi discuté de l'offre systématique du test de dépistage dans les soins aigus, mais ils n'ont pas pu parvenir à un consensus. Certains étaient d'avis qu'il s'agit d'une responsabilité clé de la santé publique; d'autres se préoccupaient de ce que ressentiraient les patients en se voyant demander de subir un test. Pour plus de renseignements sur la façon dont le Projet STOP de Vancouver a abordé le dépistage systématique du VIH, voir plus loin.

En ce qui concerne l'arrimage aux soins, les participants convenaient que les services semblaient mieux organisés à ce stade du projet. De plus, l'arrimage semblait plus visible et plus homogène d'un service à l'autre. Plusieurs de ces services existaient depuis plusieurs années, mais c'est le Projet STOP de Vancouver qui les a reliés les uns aux autres, améliorant ainsi l'expérience des clients. Il a également été reconnu que les pairs navigateurs

étaient un facteur clé du succès des efforts visant à augmenter les taux de dépistage et à améliorer l'arrimage aux soins.

Les participants ont louangé les soins reçus des spécialistes en VIH/sida dans les hôpitaux et les cliniques, mais ont dit souhaiter que les médecins poursuivent leur formation afin de pouvoir communiquer des renseignements sur les médicaments d'une manière qui soit positive et habilitante pour le patient.

Activités spécifiques à des populations

Le Projet STOP de Vancouver s'est aussi efforcé d'impliquer des communautés spécifiques (femmes, hommes gais et autres HARSAH, et peuples autochtones) par des activités plus intensives. Entre janvier et mars 2011, l'équipe de projet a recueilli des commentaires et suggestions dans le cadre de consultations communautaires, et a publié des rapports sur des populations distinctes.

Communautés autochtones

Susciter l'implication des communautés autochtones locales et forger des relations de confiance avec elles était essentiel à la réussite du Projet STOP de Vancouver, puisque 14 communautés des Premières Nations résident dans la région desservie par VCH. De plus, le Conseil de santé des Premières Nations n'avait pas reçu de financement du ministère de la Santé pour le Projet STOP. L'établissement de ces relations a été difficile, mais les efforts ont porté fruit et ont livré d'importantes leçons. Certaines des activités entreprises par le Projet STOP de Vancouver en collaboration avec des communautés autochtones sont décrites ci-dessous, et des recommandations sont formulées quant à la manière d'avoir encore plus de succès à l'avenir.

Réunions des intervenants : Les organismes autochtones qui s'occupent de questions liées au VIH ont été invités aux réunions que tenait le Projet STOP de Vancouver avec les intervenants locaux tous les six mois afin qu'ils puissent se renseigner sur les activités du projet et éclairer celles-ci. De plus, en 2010–2011,

VCH a organisé quatre groupes de discussion avec des utilisateurs de services provenant des communautés Métis et des Premières Nations.

Élaboration de recommandations d'actions

spécifiques aux populations : Le Projet STOP de Vancouver a élaboré un plan d'action autochtone au début de l'exercice 2011–2012, afin d'octroyer des fonds de STOP à des organismes/communautés autochtones. Ce plan a été élaboré avec l'aide des participants aux réunions susmentionnées avec les intervenants et à la lumière d'un rapport sur les recommandations publié en 2011 à la demande de la régie provinciale des services de santé. Ces recommandations portaient sur les moyens d'accroître l'accès au dépistage, aux soins et aux traitements du VIH pour les personnes autochtones vivant à Vancouver et à Prince George. Elles ont été examinées par l'équipe du Projet STOP de Vancouver dans le cadre de ses efforts pour déterminer comment augmenter l'accès aux services essentiels pour les communautés des Premières Nations situées dans la région desservie.

Établir une relation avec le Conseil/Régie de la santé

des Premières nations : Le Projet STOP de Vancouver a amorcé le développement d'une solide relation de travail avec le Conseil/Régie de la santé des Premières nations (FNHC/A) de la C.-B., qui est responsable de la planification, de la conception, de la gestion, de la réalisation et du financement des programmes de santé pour les Premières Nations dans la province. Le FNHC/A a pour mandat, entre autres, de collaborer avec les autorités de santé de la C.-B. pour assurer la coordination et l'intégration de leurs programmes et services de santé respectifs et favoriser les meilleurs résultats de santé possible pour les Premières nations de la province.

Au début de 2011, l'équipe de direction du Projet STOP de Vancouver a invité un représentant du FNHC/A, le Dr Evan Adams, à venir rencontrer l'équipe pour la renseigner (a) sur la nouvelle régie de la santé des Premières Nations et (b) sur les principes d'implication

décrits dans le document *Principles of Engagement with First Nations* qu'elle a élaboré à l'intention du Projet STOP.

Ces principes indiquaient que le Projet STOP devait (a) se familiariser avec l'environnement tripartite et les obligations connexes; (b) se conformer aux exigences précises de rapport sur les activités s'adressant spécifiquement aux communautés autochtones; (c) partager les données et respecter les principes de la propriété, du contrôle, de l'accessibilité et de la possession; (d) assurer une participation significative des communautés, organismes et dirigeants des Premières nations; et (e) s'assurer que le FNHC/A ait voix au chapitre dans toute politique touchant les personnes autochtones. Le Projet STOP de Vancouver a exprimé son engagement envers ces principes et les a appliqués pendant toute la durée du projet.

Un comité autochtone d'examen du VIH pour le FNHC/A a été créé afin d'examiner tous les rapports de STOP, les propositions de contrats de services à l'intention des peuples autochtones, les politiques proposées (comme le dépistage systématique dans les soins aigus) et les processus de collecte de données afin d'assurer le soutien régional et la pertinence pour les Premières Nations.

Par ailleurs, un représentant du Projet STOP de Vancouver siégeait au comité du FNHC/A et un représentant de celle-ci a été invité à se joindre à l'équipe de projet. Ces mesures ont favorisé l'échange continu de connaissances entre les organismes.

Un des défis majeurs dans l'établissement de cette relation avait trait aux personnes autochtones vivant en région urbaine, en particulier celles provenant de communautés des Premières nations situées à l'extérieur de la C.-B. Le FNHC/A concentrait initialement son attention sur la prestation de services dans les réserves des Premières nations. La relation entre le FNHC/A et le Projet STOP de Vancouver offrait au FNHC/A une occasion de consulter VCH et PHC au sujet de la prestation de services aux populations autochtones en milieu urbain; elle permettait aussi au Projet STOP de Vancouver de consulter le Conseil

de la santé des Premières nations sur les occasions de prestation de services dans d'autres zones de la région desservie par VCH. Le Projet STOP de Vancouver était, pour VCH et PHC, une des premières occasions d'établir une relation avec le FNHC/A. Pour y arriver, il était crucial que le Projet STOP de Vancouver procède lentement, de manière respectueuse et dans un esprit d'apprentissage.

Représentation autochtone au sein des équipes du Projet STOP : Outre la représentation de dirigeants autochtones au sein de l'équipe de direction du Projet STOP de Vancouver (voir ci-dessous), les dirigeants des Premières nations étaient également représentés au sein de l'équipe des opérations du Projet STOP de Vancouver, y compris le sous-groupe d'évaluation des projets pilotes, le groupe de travail sur le marketing social et le groupe de travail sur la situation future.

Par ailleurs, l'équipe de direction provinciale du Projet STOP, qui était l'ultime responsable de la réalisation du programme, comprenait des représentants des Premières nations et d'autres communautés touchées par le VIH à Vancouver et Prince George.

Formation en compétences culturelles indigènes : Dans le cadre de leur engagement envers les principes de l'implication des communautés des Premières nations et les soins de qualité pour le VIH, PHC et VCH se sont engagés à assurer une formation en compétences culturelles indigènes. Tous les employés salariés du Projet STOP, y compris le personnel du Projet STOP de Vancouver (VCH et PHC) et les employés externes, avaient la responsabilité de suivre cette formation.

Activités pilotes élaborées en partenariat avec des communautés autochtones ou à leur intention : L'approche adoptée pour l'élaboration des projets pilotes axés sur les communautés autochtones consistait à déterminer, à l'aide des activités ci-dessus, quels services existaient déjà et étaient utilisés par ces communautés, et à quels endroits la confiance à l'égard des services était déjà établie. La priorité était de renforcer et de soutenir ces services afin d'accroître

leur utilisation, et de trouver des moyens nouveaux et novateurs d'atteindre les objectifs du Projet STOP de Vancouver dans les communautés autochtones.

Chaque année, environ 30 % du budget total du Projet STOP de Vancouver a été affecté à des initiatives ayant une composante autochtone : 37 % en 2010–2011, 30 % en 2011–2012 et 33 % en 2012–2013.

En ce qui concerne les communautés autochtones hors réserve, le Projet STOP de Vancouver a :

- financé l'élargissement des services existants de dépistage, de traitement et de soutien en lien avec le VIH, et les initiatives d'intervention de proximité s'adressant aux peuples autochtones et fournis par des organismes autochtones (p. ex., le programme Positive Outlook de la Vancouver Native Health Society, Toward Aboriginal Health and Healing [TAHAH], et la Urban Native Youth Association);
- financé l'élargissement des services existants de dépistage, de traitement et de soutien en lien avec le VIH, et les initiatives d'intervention de proximité s'adressant aux peuples autochtones et fournis par des organismes alliés de ceux-ci et qui avaient des compétences démontrées en prestation de services à ces communautés (p. ex., PHS Community Services Society; Downtown Eastside Women's Centre);
- financé l'élargissement des services existants qui donnent accès à des services de soins et de soutien de qualité aux personnes autochtones de Vancouver (p. ex., le Programme de thérapie d'assistance maximale, au Downtown Community Health Centre);
- financé l'élaboration du nouveau Programme des pairs navigateurs (bien que ce programme ne s'adresse pas spécifiquement aux personnes autochtones, environ 25 % de ses clients sont autochtones);
- financé des lits pour la stabilisation, des subventions au logement supervisé et des logements supervisés réservés aux personnes autochtones (environ 30 % des logements subventionnés étaient réservés aux communautés autochtones);

- embauché une personne autochtone comme infirmière en chef à la Clinique d'immunodéficience John Ruedy (IDC); et
- financé la mise en œuvre de festins périodiques des aînés à l'IDC.

Le Projet STOP de Vancouver s'est aussi efforcé d'instaurer le dépistage rapide aux points de service dans un petit nombre de réserves des Premières nations situées dans la région desservie par VCH. Ce projet pilote de petite envergure mais de grande importance avait pour objectif de travailler avec deux ou trois communautés des Premières nations en vue d'améliorer l'accès au dépistage du VIH, de favoriser le dépistage précoce chez les peuples autochtones, de rehausser l'arrimage aux soins et aux traitements pour les personnes qui viennent de recevoir un diagnostic, et de documenter les apprentissages afin de soutenir les communautés des Premières Nations dans la mise en œuvre d'initiatives visant à élargir le dépistage.

Le Projet STOP de Vancouver a procédé très lentement à la mise en œuvre de l'initiative pilote de dépistage rapide aux points de service, en gardant les concepts d'autodétermination autochtone et de sécurité culturelle à l'avant-plan de toutes les activités. Le projet pilote a été réalisé selon l'approche de gestion du changement utilisée par l'Équipe d'intervention de proximité du Projet STOP dans les sites de dépistage communautaires à Vancouver, mais l'approche a été adaptée en fonction de la rétroaction des intervenants des Premières nations. Cette approche différait de l'approche habituelle de gestion du changement en ce sens qu'elle faisait intervenir plusieurs paliers de gouvernance des Premières nations et des partenaires, notamment le FNHC/A, les dirigeants des communautés autochtones dans les endroits où ont lieu les projets pilotes, la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (Santé Canada), Chee Mamuk, les partenaires autochtones de VCH, STOP AHRC et l'infirmière-éducatrice des patients autochtones du Projet STOP de Vancouver. De plus, seules les communautés qui avaient exprimé un intérêt à l'égard du dépistage du VIH et qui avaient demandé le soutien de VCH ont été abordées.

Enfin, bien que le Projet STOP n'ait pas financé les autres changements aux politiques de PHC touchant l'amélioration des services aux communautés autochtones, il semble que ces changements aient résulté en grande partie des efforts déployés par le Projet STOP de Vancouver pour impliquer les communautés autochtones et améliorer les services qui leur sont destinés. Parmi ces efforts, citons notamment la création du Conseil de PHC pour l'amélioration de la santé des Autochtones, en partenariat avec les Initiatives stratégiques de santé autochtone de VCH, le changement de politique de PHC concernant la tenue de cérémonies traditionnelles dans ses établissements, et la création d'un espace sacré à l'Hôpital St. Paul.

Hommes gais et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes

Lorsque le ministère de la Santé de la C.-B. a annoncé le financement du Projet STOP en 2009, les hommes gais et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HARSAH) ne figuraient pas parmi les populations prioritaires. Cependant, PHC et VCH comprenaient très bien les besoins liés à la santé des hommes gais et les répercussions du VIH sur eux. Puisque les hommes gais sont le groupe le plus touché par l'épidémie du VIH à Vancouver, ils constituaient une priorité pour le Projet STOP de Vancouver.

Bien que l'une des premières activités du Projet STOP de Vancouver ait été d'accroître l'accès au test de dépistage du VIH pour les hommes gais en élargissant la clinique de santé sexuelle de la rue Davie, qui fonctionne en partenariat avec Health Initiative for Men, on a constaté, à l'automne 2010, qu'il fallait élaborer une stratégie spécifique aux hommes gais. Compte tenu du fait que cette population est fortement surreprésentée dans les données sur l'incidence et la prévalence du VIH à Vancouver, et qu'elle constitue une des priorités explicites du Projet STOP de Vancouver, ce dernier a entamé un processus de planification en partenariat avec Health Initiative for Men et d'autres intervenants en santé des

hommes gais à Vancouver pour cerner des priorités et activités spécifiques à cette population dans le cadre du Projet STOP de Vancouver.

Comme première étape de cette démarche, le Projet STOP de Vancouver a élaboré un document de travail énonçant des priorités précises pour les hommes gais. Il a ensuite formé un groupe de travail (appelé groupe de leadership HG/HARSAH et groupe des intervenants HG/HARSAH) pour donner suite et continuer à façonner l'architecture de ce document en pleine évolution qui décrit, pour chacun des buts généraux du Projet STOP, des objectifs spécifiques à cette population.

Le groupe de leadership HG/HARSAH était composé de représentants du Projet STOP de Vancouver (Chris Buchner, Lynn Tran, Meaghan Thumath, Réka Gustafson et Scott Harrison, PHC), de Health Initiative for Men (Wayne Robert), du BC Centre for Disease Control (Mark Gilbert) et d'une représentante de VCH qui ne faisait pas partie de l'équipe du Projet STOP de Vancouver (Lorraine Grieves).

Ce groupe a examiné et validé le document, l'a enrichi et étoffé, puis a élaboré 14 objectifs spécifiques à la population des hommes gais et autres HARSAH qu'il considérait pertinents pour atteindre les objectifs du Projet STOP et répondre aux besoins de cette communauté d'une manière globale.

Après l'élaboration de ces 14 objectifs, une séance d'une journée avec animateur a été organisée, réunissant un large groupe d'intervenants clés possédant des connaissances, une expérience et des mandats pertinents — notamment des représentants du groupe de leadership HG/HARSAH, de Spectrum Health Care, du BC Centre for Excellence in HIV/AIDS, de Positive Living BC et de Boys R Us. Ce groupe a travaillé en collaboration pour cerner et prioriser des activités qui pourraient être réalisées au cours des deux années suivantes afin d'atteindre les 14 objectifs spécifiques à cette population de la manière la plus efficace possible.

Le groupe de leadership HG/HARSAH a ensuite peaufiné ces activités et objectifs et les a transformés en dix recommandations stratégiques qui ont ensuite été examinées par tout le comité de direction du Projet STOP de Vancouver. Pour des renseignements plus détaillés sur ces dix recommandations, veuillez consulter le document *STOP HIV/AIDS: Recommendations to Address Current Issues for Gay Men and Other Men who have Sex with Men*, préparé par Chris Buchner (VCH), Wayne Robert (Health Initiative for Men), Lynn Tran (VCH) et Ali Grant (AMG Consulting) pour le projet pilote STOP HIV/AIDS (février 2011).

La première recommandation a été mise en application presque immédiatement : le Projet STOP de Vancouver a créé le Groupe de référence sur la santé des hommes gais — un groupe multidisciplinaire, multisectoriel et multigénérationnel chargé de fournir, de façon continue, des commentaires et suggestions, des conseils, des comptes rendus, un soutien et des orientations concernant la stratégie relative aux hommes gais et aux HARSAH dans le cadre du Projet STOP de Vancouver. Le Groupe de référence sur la santé des hommes gais a continué de se réunir après la fin du Projet STOP de Vancouver pour examiner d'importantes questions liées à la santé et au bien-être des hommes gais.

Le Projet STOP de Vancouver a tenu compte de ces recommandations en élaborant le parcours du client et en cernant des projets pilotes potentiels; il a aussi mis à l'essai divers projets ciblant les hommes gais et les HARSAH. Certains de ces projets pilotes étaient financés pour un cycle (six mois) et d'autres l'étaient pour plusieurs cycles. Il est important de garder à l'esprit que la majorité des projets pilotes élaborés dans le cadre du Projet STOP ne concernaient pas une population précise, autre que l'ensemble de la population à risque, ou s'adressaient au grand public; par conséquent, d'autres projets pilotes s'adressant aux hommes gais, mais dont le mandat ne mentionnait pas explicitement ces derniers, ne sont pas énumérés ci-dessous.

Les projets pilotes ciblant cette communauté, qui représentent chaque étape du parcours du client, visaient notamment à :

- accroître l'accès au dépistage du VIH en milieu communautaire en prolongeant les heures de service de la clinique de la rue Davie de Health Initiative for Men;
- accroître l'accès au dépistage du VIH en milieu communautaire, en ouvrant sur la promenade Commercial une clinique satellite de Health Initiative for Men;
- accroître la sensibilisation et le recours au dépistage du VIH, grâce à une campagne de marketing social intitulée « What's Your Number? »;
- rétablir l'implication des hommes qui avaient cessé de recevoir des soins; élargir le dépistage et l'implication dans les soins grâce à un partenariat avec la clinique Spectrum Health (repérer de façon systématique les patients qui avaient cessé de recevoir des soins et les arrimer à nouveau à des soins); et élargir le dépistage systématique du VIH pour les clients qui ont recours aux services de la clinique Spectrum Health;
- demander à Health Initiative for Men de produire un rapport sur les moyens d'impliquer les HARSAH ne recevant pas suffisamment de services, en vue d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie de dépistage qui permettra de joindre des groupes de HARSAH à risque élevé et qui ne recouraient pas au dépistage;
- mettre en œuvre des initiatives de dépistage du VIH dans les saunas;
- mettre en œuvre une initiative mobile de dépistage du VIH, en partenariat avec YouthCO, en vue d'amener des hommes gais et des HARSAH à se faire tester;
- favoriser le leadership clinique et renforcer les capacités cliniques spécifiques aux hommes gais, en créant un poste de chef infirmier au sein de l'Équipe d'intervention de proximité du Projet STOP et en embauchant plusieurs infirmiers gais.

Femmes

Le Projet STOP de Vancouver a pris part à un nombre limité d'initiatives ciblées d'implication des femmes. En août 2012, la Régie provinciale des services de santé a entrepris, avec l'appui du Projet STOP de Vancouver et du BC Centre for Excellence in HIV/AIDS, un processus de consultation et de planification dans le but d'élaborer des recommandations stratégiques sur la façon dont le Projet STOP provincial pourrait répondre aux besoins des femmes.

Ce rapport, qui a éclairé la planification du Projet STOP à l'échelon provincial, contenait un résumé de plusieurs rapports préparés pour le Projet STOP et qui étaient pertinents pour les femmes — notamment le rapport de 2010 sur l'implication communautaire à Vancouver, un sondage auprès des patientes effectué par la clinique Oak Tree, et un examen de la littérature sur les modèles novateurs de dépistage et de soins. De ce tour d'horizon se sont dégagés des thèmes communs sur des activités importantes pour les femmes, comme le système de pairs navigateurs et le soutien par les pairs; la nécessité de mesures précises de soutien à l'observance thérapeutique; et la nécessité d'intégrer des programmes sur le VIH dans d'autres types de services comme les programmes de sécurité alimentaire, de garde d'enfants et de soutien au revenu.

Le Projet STOP de Vancouver a tenu compte de ces recommandations en élaborant le parcours du client et en cernant des projets pilotes potentiels; il a aussi mis à l'essai divers projets ciblant les femmes. Certains de ces projets pilotes étaient financés pour un cycle (six mois) et d'autres l'étaient pour plusieurs cycles. En voici quelques exemples :

- rehausser les services de dépistage et de traitement du VIH dans le Downtown Eastside, en élargissant la gamme de services du Downtown Eastside Women's Centre;
- accroître l'accès au dépistage du VIH pour les femmes victimes de violence de la part d'un partenaire intime, grâce à des partenariats avec des organismes communautaires, des refuges pour femmes et des foyers d'hébergement transitoire (en partenariat avec Fraser Health);
- instaurer le dépistage systématique du VIH dans les cliniques d'avortement et les cliniques pour jeunes;
- concevoir une série d'ateliers d'éducation et d'autogestion à l'intention des femmes d'origine africaine qui vivent avec le VIH, en partenariat avec l'Équipe interculturelle de santé mentale de VCH;
- en partenariat avec l'initiative Sheway de la Vancouver Native Health Society, fournir un soutien aux femmes enceintes et aux nouvelles mères qui vivent avec le VIH ou qui sont à risque d'infection, par l'implication dans un programme de sécurité alimentaire.

La grande majorité des projets pilotes élaborés dans le cadre du Projet STOP de Vancouver n'étaient pas axés sur une approche sexospécifique, ce qui signifie qu'ils s'adressaient typiquement à l'ensemble des personnes à risque ou au grand public, sans égard au sexe.

Recherche formelle et informelle sur les pratiques de prévention et de soins du VIH

En plus de ses activités officielles d'implication communautaire, le Projet STOP de Vancouver a utilisé des rapports de recherche pour enrichir sa compréhension (a) des lacunes de l'actuel système de soins à Vancouver, et (b) des stratégies possibles pour combler ces lacunes. L'équipe a utilisé des rapports de recherche déjà publiés et en a commandé d'autres, notamment un rapport sur des initiatives novatrices en matière de dépistage et un examen des services de dépistage et de traitement à Vancouver. Elle a également consulté d'autres rapports, comme celui d'un examen des services d'intervention de proximité et de soutien à Vancouver, réalisé avant le Projet STOP, et les *Recommendations for Action in Aboriginal Communities* préparées par le Red Road HIV/AIDS Network en C.-B. Elle a également analysé les données épidémiologiques locales et celles du BC Centre for Disease Control, du Laboratoire provincial et du BC Centre for Excellence in HIV/AIDS, qui fournissent des renseignements à l'échelon provincial et des quartiers sur le recours au dépistage et aux traitements.

Élaborer des stratégies pour améliorer le parcours du client

Grâce à un processus itératif s'appuyant sur les consultations communautaires poussées et les recherches susmentionnées, le Projet STOP de Vancouver a dressé un portrait de l'état actuel des services liés au VIH/sida à Vancouver. Cet instantané a permis de cerner les lacunes existantes, ainsi que les inefficiences et les aspects à améliorer.

À l'aide du portrait du parcours du client, le Projet STOP de Vancouver a élaboré un ensemble de stratégies interconnectées afin d'améliorer le continuum des soins en vue d'instaurer un système

de services sociaux et de santé unique et homogène. Par exemple, une des premières étapes du parcours du client est quand ce dernier ignore son statut sérologique. Une des stratégies permettant d'aborder cette étape du parcours consiste à normaliser et à accroître le recours au test de dépistage du VIH. Grâce à une série de stratégies semblables reliées par le parcours du client, le plan de mise en œuvre du Projet STOP de Vancouver a commencé à prendre forme.

Le tableau ci-dessous résume les stratégies élaborées par le Projet STOP de Vancouver pour aborder chaque étape du parcours du client. Le ou les buts de chaque stratégie, établis par l'équipe d'évaluation du Projet STOP de Vancouver, y figurent également. Les projets pilotes étaient axés sur une ou plusieurs stratégies.

Étape du parcours du client	Stratégie	But(s)
Ignore son statut sérologique	Accroître le recours au dépistage par des partenariats et des campagnes de marketing	Compte de CD4 ≥ 500 au moment du diagnostic
Au courant de sa séropositivité, mais ne reçoit pas de soins à cet égard	Veiller à ce que les personnes qui reçoivent un résultat positif au dépistage d'anticorps anti-VIH pour la première fois soient mises en relation avec un médecin et commencent à recevoir des soins pour le VIH	Compte initial de CD4 et mesure de la charge virale plasmatique effectués en moins de 3 mois
Impliqué dans des soins du VIH	Veiller à ce que les personnes arrimées à des soins le demeurent Veiller à ce que les personnes qui ne reçoivent plus de soins soient de nouveau arrimées à des soins	Les soins fournis sont conformes aux lignes directrices pour la pratique et $>95\%$ des personnes séropositives reçoivent des soins
Traitement antirétroviral amorcé	Veiller à ce que la thérapie antirétrovirale soit amorcée en temps opportun	Quand le compte de CD4 est ≥ 500
Traitement antirétroviral suivi et observé	Veiller à ce que du soutien soit fourni, au besoin, pour une observance thérapeutique continue	Observance thérapeutique $\geq 95\%$
Charge virale supprimée	Fournir la thérapie antirétrovirale, mesurer et suivre la charge virale plasmatique dans la population séropositive	Charge virale plasmatique ≤ 200

Outre les stratégies susmentionnées, le Projet STOP de Vancouver a également mis au point des stratégies de marketing social et d'éducation des partenaires.

Les stratégies de marketing social visaient (a) à améliorer la compréhension du dépistage du VIH parmi le grand public; (b) à accroître la demande à l'égard du dépistage du VIH à Vancouver; et (c) à accroître l'offre de dépistage du VIH dans tous les contextes cliniques.

Les stratégies d'éducation des partenaires visaient (a) à permettre aux organismes communautaires, aux organismes de lutte contre le VIH/sida, aux professionnels de la santé et au grand public de comprendre le Projet STOP de Vancouver; et (b) à fournir de l'éducation sur le dépistage du VIH aux équipes de VCH et à d'autres organismes désireux d'offrir le dépistage du VIH.

Par ces stratégies interconnectées, des projets pilotes ont été élaborés et mis à l'essai. L'approche nécessitait qu'une diversité de fournisseurs de services travaillent en étroite collaboration, plus que par le passé, tout en maintenant des pratiques distinctes et indépendantes. Pour des renseignements sur la façon dont ces stratégies se sont transformées en projets pilotes, voir ci-dessous.

Repérage d'activités pour appuyer les stratégies du Projet STOP de Vancouver

Par des consultations auprès des intervenants, un dialogue interne, des exercices de visualisation et un examen des données, le Projet STOP de Vancouver a cerné, mis en œuvre et mis à l'essai des activités qui permettraient d'atteindre les buts du Projet STOP entre le début de l'année 2010 et le 31 mars 2013.

L'approche générale du Projet STOP de Vancouver consistait à miser sur l'infrastructure des services existants à Vancouver, plutôt que de créer de nouveaux organismes. Afin d'atteindre ses buts, le

Projet STOP de Vancouver a adopté une approche à trois volets : premièrement, élargir la portée et la capacité des programmes efficaces dans la ville; deuxièmement, instaurer de nouveaux modes de prestation de services au client à chaque étape de son parcours; et troisièmement, rehausser l'arrimage entre les diverses composantes du système de soins. Grâce à ces approches, ils sont parvenus à atteindre les objectifs du Projet STOP. Certaines activités ont été relativement faciles à mettre en œuvre, alors que d'autres ont nécessité une planification et des changements aux pratiques à long terme.

Bien que toutes ses activités soient souvent qualifiées de projets pilotes, en réalité le Projet STOP de Vancouver a mis en œuvre trois types d'activités différents : gains rapides, projets pilotes et modification des pratiques et des politiques.

Le Projet STOP de Vancouver a financé des activités dans le cadre de ses propres programmes et à l'intérieur de ses propres cliniques (comme à la Clinique d'immunodéficience, qui fait partie de PHC, de même que dans les cliniques de VCH); il a aussi forgé des partenariats avec d'autres organismes communautaires pour mettre en œuvre des projets pour son compte. Les projets pilotes financés par des organismes externes étaient établis à l'aide d'un protocole d'entente (PE) et étaient donc appelés « détenteurs de PE ». Les premiers projets mis en œuvre — dont certains à l'interne et d'autres par des organismes autres que ceux du Projet STOP de Vancouver — constituaient des « gains rapides ».

Repérage des gains rapides et d'autres activités qui ont reçu un financement précoce

Au début du projet (2010), avant que n'émerge le Projet STOP de Vancouver, VCH et PCH ont cherché à cerner les éléments des services qui entravaient ou favorisaient l'accès au dépistage, au suivi et au traitement du VIH. Ils ont ensuite dressé une liste initiale d'activités qui pourraient être réalisées très rapidement — en quelques mois — afin de commencer à améliorer le système de soins actuel.

Plusieurs des domaines où des améliorations pouvaient être apportées rapidement et avec peu de ressources avaient déjà été cernés avant le début du Projet STOP par des membres du personnel de PHC et de VCH qui sont ensuite devenus des dirigeants du Projet STOP, simplement dans le cadre de leur pratique. Cependant, avant le Projet STOP, ils n'avaient pas les ressources humaines et financières nécessaires pour apporter des améliorations. Vu la manière dont le financement du Projet STOP a été annoncé et versé, VCH et PHC ont dû planifier, financer et évaluer très rapidement des projets pilotes, surtout au début du projet. Ces activités ont été élaborées en faisant appel à une combinaison de l'expertise interne de VCH et de PHC, de recherches préliminaires mais déjà détaillées sur l'état actuel des programmes de dépistage et de traitement du VIH, de même que des rétroactions initiales des fournisseurs et utilisateurs de services. Certains gains rapides ont mené à des changements modestes mais bénéfiques au système de soins à Vancouver; il était important d'apporter ces changements tôt, puisque le Projet STOP de Vancouver entreprenait une refonte de tout le continuum. D'autres activités dont on s'attendait à ce qu'elles procurent des gains rapides n'ont pas donné les résultats escomptés.

Les chefs de projets à VCH et PHC ont alloué approximativement 50 % de leurs budgets de la première année à la mise en œuvre de gains rapides, et l'autre moitié à des efforts de mise en œuvre plus larges visant des changements systémiques de plus grande envergure.

Repérage et réalisation de gains rapides, à Vancouver Coastal Health

L'équipe principale de VCH et le comité de direction, de concert avec d'autres employés de VCH et d'experts en la matière ont généré une trentaine d'idées de possibilités de gains rapides, en utilisant leurs propres connaissances fondées sur la pratique, des données de recherches, des ateliers et des consultations préliminaires auprès des intervenants (voir la section intitulée « Implication des intervenants », ci-dessus).

Parmi les critères utilisés pour déterminer l'ordre de priorité pour le financement des gains rapides, citons : l'activité pouvait être réalisée en moins de six mois; l'activité pouvait être réalisée avec les ressources disponibles du Projet STOP; l'activité correspondait à un ou plusieurs objectifs du Projet STOP; l'activité relevait clairement de la portée du Projet STOP; le rapport entre les risques et l'incidence en aval était jugé raisonnable; l'activité avait des chances raisonnables de durabilité; l'activité avait un potentiel de transformation raisonnable; et les coûts combinés de tous les gains rapides ne dépassaient pas un million de dollars.

Après avoir dressé cette liste initiale, l'équipe principale de VCH a analysé de plus près les activités de mise en œuvre nécessaires à chaque gain rapide, pour s'assurer qu'elles étaient réellement faisables et n'étaient pas particulièrement risquées, qu'elles ne nécessitaient que des ressources raisonnables et qu'elles correspondaient à des buts du Projet STOP. Cette démarche a mené à l'approbation initiale de quatre gains rapides qui allaient être réalisés avec des fonds de VCH. D'autres gains rapides ont été ajoutés par VCH après cette réunion.

Voici des exemples de gains rapides de VCH, dont certains faisaient partie d'initiatives plus larges décrites dans des sections ultérieures du document, et d'autres étaient des activités distinctes :

- évaluation et modification des formulaires dans tous les systèmes afin de satisfaire aux normes relatives aux données (p. ex., élaboration d'une feuille de soins et d'un instrument de triage pour le VIH);
- amélioration de l'infrastructure clinique : laboratoire du VIH et disponibilité de notes de cas;
- amélioration de l'accès à Care Connect/Medinet;
- instauration d'un protocole de soins pour les personnes sans assurance médicale;
- création d'un registre des patients vivant avec le VIH;
- examen de la littérature sur des stratégies novatrices pour le dépistage du VIH;

- mise en œuvre d'un protocole d'entente entre VCH et le BC Centre for Excellence in HIV/AIDS afin d'améliorer le couplage des données et la reprise des soins par les clients;
- promotion de l'observance thérapeutique et du maintien dans les soins en fournissant une formation aux employés de la prison de Vancouver, du tribunal communautaire et du tribunal consacré en matière de drogues, afin d'améliorer la planification des sorties pour les patients vivant avec le VIH et de rehausser l'accès à la gestion de cas;
- élargissement du dépistage ciblé en fournissant une formation dans 49 sites communautaires, en impliquant des fournisseurs de soins de santé dans des pratiques très achalandées afin d'augmenter le recours au dépistage du VIH lors de tests de dépistage d'ITS et de l'hépatite C, et en instaurant le dépistage du VIH au point de service dans le contexte du tribunal communautaire et du tribunal consacré en matière de drogues;
- amélioration du suivi de santé publique et de la recherche des contacts;
- mise en œuvre d'activités de marketing pour promouvoir le dépistage du VIH à grande échelle dans la population (p. ex., recommandation aux fournisseurs de soins de santé d'offrir un test de dépistage du VIH aux patients qui se font tester pour des ITS);
- mise sur pied d'une initiative de dépistage éclair dans le Downtown Eastside.

Repérage et réalisation de gains rapides à Providence Health Care

PHC a également mis en œuvre une série de projets à gains rapides au cours des premiers mois de la première année du financement du Projet STOP. Pour PHC, les gains rapides concernaient des améliorations aux activités de la Clinique d'immunodéficience (IDC) de l'Hôpital St. Paul.

L'IDC était (et demeure) un centre facile d'accès qui offre des soins primaires complets aux personnes vivant avec le VIH. La clinique fournit des soins holistiques aux patients, y compris des soins médicaux et un soutien psychosocial. Toutefois, l'IDC

fonctionnait à plein rendement et ses dirigeants savaient, par la pratique et l'évaluation des services, quels domaines avaient besoin de ressources accrues. Ces domaines ont bénéficié d'un financement immédiat et sont devenus des gains rapides pour PHC. Ces activités comprenaient, entre autres :

- l'embauche de personnel infirmier et de travailleurs sociaux chevronnés afin de renforcer les capacités de gestion intensive de cas pour les patients ayant des besoins complexes;
- l'embauche d'un nutritionniste clinique pour fournir une meilleure nutrition clinique aux patients, dont plusieurs avaient des problèmes de sécurité alimentaire (avant le Projet STOP, l'IDC partageait les services d'un nutritionniste clinique avec 10-C, l'unité d'hospitalisation de l'Hôpital St. Paul);
- l'embauche d'une infirmière en psychiatrie par l'IDC;
- l'instauration du dépistage aux points de service à l'IDC, y compris la formation de tout le personnel infirmier de la clinique, l'élaboration de protocoles de dépistage et la modification des flux de travail.

Repérage et mise en œuvre des projets pilotes

Tout en finançant ses activités à gains rapides, le Projet STOP de Vancouver procédait à une planification à grande échelle pour élaborer des projets pilotes à l'interne et à l'externe (avec protocole d'entente) visant à améliorer la qualité des soins dans tout le continuum. Certains projets pilotes étaient de petite envergure et faciles à réaliser; d'autres étaient plus vastes, touchant plusieurs organismes et secteurs et nécessitant d'importantes modifications aux pratiques et aux politiques. Certains portaient sur le renforcement de la capacité de services existants, d'autres incluaient des activités nouvelles et novatrices.

Bien que l'on puisse décrire des projets distincts, cela risquerait d'éclipser ce que le Projet STOP a réellement accompli. Le Projet STOP de Vancouver a mis en œuvre des projets pilotes en tant que composantes

d'une vision unique et cohérente d'un changement systémique. Grâce à des projets pilotes distincts, mais interconnectés, et des changements aux politiques dont il a été question plus tôt, le Projet STOP de Vancouver a transformé le système de soins du VIH à Vancouver.

Repérage des projets pilotes

En raison d'un échéancier serré, le Projet STOP de Vancouver n'a pas procédé par appel d'offres pour le repérage des projets pilotes. Il a plutôt cerné des possibilités de projets pilotes au moyen de consultations, d'examen des données, d'exercices de vision d'avenir, et d'examen de propositions de projets qui ont été reçues, sans invitation, de la part de fournisseurs de services. Au début de 2011, après une année de planification, l'équipe principale s'est réunie pour une retraite d'une journée au cours de laquelle elle a examiné les données et les projets proposés, puis dressé une liste de 27 projets pilotes s'adressant à des populations multiples, à toutes les étapes du parcours du client. Ces 27 projets pilotes correspondaient à des stratégies fondées sur des données probantes et visaient à améliorer le dépistage du VIH en général, le dépistage ciblé, l'arrimage aux soins, les capacités de traitement et le soutien thérapeutique. Ces projets pilotes et quelques autres qui ont été cernés à des étapes ultérieures ont été réalisés entre le 1^{er} avril 2010 et la fin du Projet STOP de Vancouver.

Les projets pilotes ont été évalués de façon formelle lors de la retraite de l'équipe principale, et de manière moins formelle par la suite, à l'aide des critères suivants :

Pertinence pour les objectifs du Projet STOP de Vancouver. Un projet pilote potentiel devait avoir une pertinence directe pour le mandat du Projet STOP. Cela était d'une importance extrême; il existait bien sûr d'autres programmes efficaces de lutte contre le VIH à Vancouver et certains d'entre eux ont demandé un financement au Projet STOP de Vancouver. Toutefois, seuls ceux qui correspondaient à un ou plusieurs objectifs du Projet STOP étaient admissibles à recevoir un financement.

Faisabilité. Le Projet STOP de Vancouver disposait de peu de temps pour produire d'importants résultats; par conséquent, la capacité reconnue de l'organisme en question, les estimations des coûts et du temps requis pour le projet pilote proposé ainsi que la capacité du Projet STOP de Vancouver de soutenir le projet pilote étaient prises en considération pour déterminer la faisabilité de ce dernier.

Coût/avantages. L'un des buts du Projet STOP était d'améliorer l'efficacité et la rentabilité des services à Vancouver. Les pilotes ont été sélectionnés en fonction de leur incidence potentielle par rapport à leur coût.

Conformité aux principes du Projet STOP de Vancouver. En 2010, le Projet STOP de Vancouver a dressé sa propre liste de principes directeurs pour toutes ses activités. Les projets pilotes proposés ont été évalués à la lumière de ces principes :

- ils devaient être fondés sur des données probantes ou éclairées par celles-ci
- ils devaient être réalisables
- ils devaient appuyer un changement systémique plus vaste
- ils devaient offrir un bon rapport coût/avantages
- ils devaient être novateurs
- ils devaient faire fond sur ce qui fonctionnait déjà bien
- ils devaient être accessibles
- ils devaient être équitables
- ils devaient être culturellement sécuritaires
- ils devaient refléter le Principe de la participation accrue des personnes qui vivent avec le VIH/sida (le principe GIPA)
- ils devaient être respectueux de l'individu
- ils devaient respecter la vie privée et la confidentialité.

Appui à la vision du Projet STOP de Vancouver en fait d'équité entre les populations. Le Projet STOP de Vancouver s'est efforcé de financer des projets pilotes qui permettaient un équilibre des initiatives à l'échelle du continuum de soins et des populations desservies.

Les stratégies et activités particulières qui ont été mises en œuvre pour les différentes étapes du parcours du client sont discutées ci-après.

La prévention dans *le Projet STOP de Vancouver*

Même si Vancouver Coastal Health et Providence Health Care ont déployé des efforts considérables dans le domaine de la prévention primaire du VIH avant et pendant le Projet STOP, cet élément n'était pas un objectif du Projet STOP provincial; par conséquent, les activités dans ce domaine n'étaient pas admissibles à un financement de STOP.

Cela s'est avéré un défi pour le Projet STOP de Vancouver, pour plusieurs raisons. D'une part, vu leur expérience dans la prestation de services à toutes les étapes du continuum des soins, les responsables du projet étaient conscients de l'importance de la prévention pour l'amélioration du parcours du client et profondément engagés à celle-ci. D'autre part, la plupart des contrats de VCH avec des organismes externes qui allaient devenir partenaires de STOP étaient axés sur la prévention primaire. Il était difficile d'exprimer et de respecter les exigences du Projet STOP tout en appuyant une pratique complète.

Au fil de l'évolution du Projet STOP de Vancouver, les responsables ont déterminé qu'ils pouvaient encourager et financer la prévention combinée — à défaut de la prévention primaire — en aidant les projets pilotes à aborder les services de test de dépistage, de traitement, de soins et de soutien dans une perspective de prévention combinée (ou de soins complets).

Fait important, vu l'infrastructure des services liés au VIH dans la ville, l'équipe du Projet STOP de Vancouver n'a pas rencontré de défi éthique épineux en excluant la prévention primaire de son travail. Des améliorations étaient souhaitables, mais la ville offrait déjà de solides services d'éducation sur le VIH, de distribution de condoms et de réduction des méfaits; et le Projet STOP de Vancouver n'a pas compromis le financement ni la mise en œuvre de ces services. Si le projet avait eu lieu dans une région où on avait peu investi dans les services de prévention primaire, le défi aurait pu être plus grand.

Dépistage du VIH : *un changement de paradigme*

Le Projet STOP de Vancouver a provoqué un virage fondamental dans le paradigme de dépistage du VIH dans la ville — c'est probablement l'un des plus importants changements à s'être produit dans le cadre du projet. Le dépistage du VIH a été réorienté, passant d'une stratégie unique fondée sur le risque, à une approche combinant l'offre systématique du test de dépistage et le dépistage fondé sur le risque. Ce changement s'est effectué par l'entremise d'une série de projets pilotes et de modifications aux pratiques et aux politiques.

En 2010, au moment où le Projet STOP de Vancouver envisageait des activités et projets pilotes possibles, des données indiquaient que le modèle de dépistage fondé sur le risque, à Vancouver, ne joignait pas tous les individus qui avaient besoin d'un test de dépistage — environ 25 % des personnes vivant avec le VIH n'étaient toujours pas au courant de leur séropositivité, et ce, malgré de nombreuses occasions de dépistage fondé sur le risque. Dans 60 % des cas, le diagnostic de séropositivité a été reçu alors que la personne aurait déjà dû amorcer un traitement. Près d'un patient sur cinq a reçu son diagnostic à un stade très avancé de la maladie.

La direction du Projet STOP de Vancouver était d'avis que, pour élargir les options de dépistage du VIH et augmenter le nombre de diagnostics, le modèle de dépistage devait subir un virage fondamental.

Grâce à ses services cliniques, le système de soins de santé pouvait être mis à profit pour s'assurer que la plupart des personnes séropositives aient l'occasion de recevoir un diagnostic. Le Projet STOP de Vancouver a formulé l'hypothèse selon laquelle il fallait normaliser

le test de dépistage du VIH afin de mobiliser ce système et d'encourager les gens à se faire tester. Cette normalisation pouvait être réalisée en offrant, à chaque occasion, un test de dépistage du VIH à tous les patients du système de soins de santé qui avaient déjà eu des relations sexuelles et qui n'avaient pas subi de test au cours de l'année précédente.

Une approche intégrée en trois volets a été adoptée pour élargir le dépistage du VIH à Vancouver :

- offre systématique du test de dépistage du VIH en médecine familiale
- offre systématique du test de dépistage du VIH dans les soins aigus
- dépistage ciblé du VIH dans les populations à forte prévalence (y compris un dépistage amélioré dans les endroits où il était déjà offert et l'instauration du dépistage dans de nouveaux milieux).

Dépistage systématique en médecine familiale et dans les soins aigus : préparer le terrain

L'instauration de l'offre systématique du test de dépistage du VIH dans les hôpitaux et les cabinets de médecine familiale est l'un des plus importants changements ayant découlé du Projet STOP à Vancouver. Ce changement s'est opéré par étapes, chacune étant accompagnée de communications poussées, d'importantes initiatives d'éducation et de vastes changements dans la pratique, dont de

nouvelles procédures et politiques. Les changements apportés étaient d'une ampleur considérable et ont été réalisés grâce au dévouement de l'équipe du Projet STOP de Vancouver et de leaders clés du changement.

L'instauration de l'offre systématique du test de dépistage du VIH dans les soins aigus à Vancouver nécessitait l'approbation des comités consultatifs médicaux de Providence Health Care (PHC) et de l'Hôpital général de Vancouver/Université de la Colombie-Britannique; cette approbation a été obtenue après que le médecin-conseil en santé publique a présenté les raisons justifiant l'offre systématique.

Justifier l'offre systématique du test de dépistage du VIH

Au cours de la première année du Projet STOP de Vancouver, l'équipe de direction a élaboré un argumentaire convaincant pour l'instauration de l'offre systématique du test de dépistage du VIH, fondé sur les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé concernant les programmes de dépistage systématique (non spécifique au VIH). L'équipe a aussi utilisé des données des États-Unis et du Royaume-Uni démontrant que les systèmes de soins de santé rataient des occasions de diagnostic. Dans plusieurs secteurs de compétence, ce sont les fournisseurs de soins de santé (et non les patients) qui font souvent obstacle au test de dépistage du VIH.

La justification de l'offre systématique du test de dépistage du VIH était cruciale, puisqu'elle représentait un changement majeur à la pratique actuelle et largement acceptée en matière de dépistage du VIH. L'argumentaire général à l'appui de l'offre systématique du test de dépistage du VIH reposait sur sept points principaux :

1. Le diagnostic et le traitement précoces peuvent mener à une espérance de vie quasi normale et à une bonne qualité de vie. L'objectif général de toute stratégie de dépistage est de diagnostiquer le VIH le plus tôt possible après l'infection.
2. En cas de diagnostic et de traitement précoces, la probabilité de transmission ultérieure du VIH est réduite de façon significative.
3. Malgré l'objectif de diagnostic précoce, le diagnostic tardif est la norme plutôt que l'exception. Soixante p. cent des personnes recevant un diagnostic de séropositivité à Vancouver le reçoivent à un moment où elles devraient déjà suivre un traitement. Vingt p. cent reçoivent un diagnostic à un stade très avancé de la maladie, lorsque le système immunitaire a déjà subi de lourds dommages.
4. Le dépistage systématique du VIH augmente les occasions de détection précoce. Des données démontrent que le système de soins de santé rate des occasions de diagnostic du VIH. Souvent, les personnes qui reçoivent un diagnostic de séropositivité ont subi d'autres tests sanguins lors d'une consultation auprès d'un professionnel de la santé, mais ne s'étaient pas vu offrir de test de dépistage du VIH.
5. L'offre systématique du test de dépistage du VIH est acceptable aux yeux des patients. Quand le test de dépistage du VIH est offert dans le cadre des soins courants à tous les patients, la stigmatisation qui y est associée est réduite.
6. Le dépistage systématique du VIH s'effectue déjà chez les femmes enceintes, principalement par des médecins de famille.
7. L'infection au VIH répond à tous les critères des lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé sur les maladies pour lesquelles le dépistage systématique devrait être envisagé. Le dépistage systématique est rentable : avec une prévalence diagnostiquée de 12,1/1000 (pour chaque 1000 habitants de Vancouver, 12 sont séropositifs), Vancouver dépasse nettement le seuil de prévalence diagnostiquée qu'utilise le Royaume-Uni pour déterminer si le test de dépistage du VIH devrait être offert de manière systématique. Des estimés du rendement des investissements indiquent que, considérant le taux de prévalence à Vancouver, le dépistage systématique du VIH y serait rentable et permettrait même de réaliser des économies.

Cet argumentaire a été présenté, sur une certaine période et de diverses manières, à des fournisseurs de soins aigus, des organismes communautaires, des médecins de famille, au Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique et au grand public. L'équipe a adapté ses messages à l'auditoire ciblé. Par ailleurs, la foire de dépistage organisée dans le Downtown Eastside par la PHS Community Services Society et le Projet STOP de Vancouver (décrite plus en détail ci-dessous) a apporté des preuves locales indiquant qu'il n'existait pas d'épidémie cachée dans le quartier. Cela a renforcé la conviction de la direction du Projet STOP qu'un virage était nécessaire afin de réduire la proportion de cas d'infection au VIH non diagnostiqués.

Mettre en place les structures nécessaires à la mise en œuvre de l'offre systématique

Dans la deuxième année du Projet STOP de Vancouver (2011–2012), l'équipe a mis en place les structures nécessaires à l'instauration de l'offre systématique du test de dépistage du VIH en médecine familiale et dans les soins aigus. Elle a notamment impliqué des directions cliniques et opérationnelles, modifié des politiques et offert un soutien complet aux médecins.

Même si le projet était dirigé par la Régie de la santé, il a été difficile pour l'équipe de projet de communiquer aux directions cliniques et opérationnelles de Vancouver la justification de l'offre systématique du test de dépistage du VIH. Il a fallu qu'une petite équipe (composée de la médecin-conseil en santé publique, du directeur de projet des initiatives de dépistage en soins aigus et en médecine familiale, du responsable clinique de l'initiative de soins aigus et du médecin en chef de l'initiative de médecine familiale) présente des dizaines d'exposés à des dizaines d'intervenants sur une période de plusieurs mois.

La décision de charger un petit noyau d'employés de présenter l'argumentaire était stratégique. Des questions complexes liées à l'argumentaire, au caractère éthique de l'offre systématique et à

la faisabilité de cette approche étaient souvent soulevées lors de ces rencontres. De plus, certains praticiens et dirigeants trouvaient difficile de passer du counseling à une discussion avant le test, et de s'adapter aux nouveaux processus de suivi délégué. La mise sur pied d'une petite équipe de personnes qui comprenaient l'argumentaire, étaient engagées à la mise en œuvre de l'offre systématique et avaient préparé des réponses à la plupart des questions s'est avérée un moyen efficace de susciter la confiance des dirigeants cliniques à l'égard du processus.

Appuyer le Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique

Pour atteindre les objectifs du Projet STOP et instaurer l'offre systématique du test de dépistage du VIH, il était crucial d'obtenir l'appui du Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique. Puisque l'offre systématique représentait un important changement de pratique pour plusieurs médecins, et que le test de dépistage du VIH était traditionnellement assorti d'exigences plus poussées que d'autres tests, certains médecins craignaient de ne pas pouvoir se conformer aux normes et aux attentes de leur Collège.

En réponse à cette préoccupation, le fondement et les processus du projet de dépistage dans les soins aigus ont été soumis à l'examen du Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique. Cet examen n'a relevé aucune préoccupation liée au processus, notamment en ce qui a trait au consentement éclairé et au processus de suivi délégué, et il a reconnu l'importance de favoriser le diagnostic précoce et de faire en sorte que des occasions de dépistage ne soient pas ratées.

Changement de politique : lignes directrices sur le counseling avant et après le test

Avant 2011, les lignes directrices du BC Centre for Disease Control exigeaient qu'un counseling préliminaire soit fourni à toute personne qui demandait ou se voyait offrir un test de dépistage du VIH. Ce counseling devait être effectué verbalement et pouvait durer jusqu'à 20 minutes par patient.

Toutefois, ces lignes directrices sur le counseling avant et après le test ont été élaborées pour une maladie qui a, depuis, considérablement évolué. De plus, l'exigence relative au counseling avant et après le test était reconnue comme un important obstacle à l'offre systématique du test de dépistage du VIH en médecine générale. En consultation avec des médecins de famille et dans un sondage distribué à tous les fournisseurs avant la mise en œuvre de l'offre systématique du test de dépistage du VIH en soins aigus, des médecins ont indiqué que le temps requis pour fournir le counseling était un des principaux obstacles à l'instauration de l'offre systématique du test de dépistage du VIH dans leur pratique.

En pratique familiale, l'exigence relative à une discussion approfondie avec chaque patient nécessite un investissement de temps prohibitif. Dans les soins aigus, fournir un counseling avant et après le test à chaque patient à qui l'on offrait un test de dépistage aurait surchargé des médecins déjà très occupés. Dans ce contexte, en particulier, la nécessité de fournir un counseling avant l'administration d'un test sanguin de diagnostic représentait un changement important comparativement à l'approche utilisée pour tout autre test sanguin.

Par ailleurs, le counseling préalable était considéré comme un obstacle pour les patients qui demandaient et recevaient un test de dépistage du VIH. L'évaluation du risque avant l'administration d'un test de dépistage du VIH exige que le patient (1) soit conscient de son risque; et (2) dévoile ce risque à son fournisseur de soins de santé. La direction du Projet STOP de Vancouver a reconnu que cela constituait un obstacle à la capacité du patient d'avoir accès à un diagnostic qui pourrait lui sauver la vie. Pour obtenir un test du VIH, les patients devaient dévoiler leurs risques et en discuter avec un fournisseur de soins de santé, ce qu'ils pouvaient souhaiter ou non. L'exigence d'une telle discussion est à présent considérée comme excessive et susceptible de nuire à l'autonomie du patient plutôt que de la favoriser, puisqu'elle oblige le patient à avoir avec son fournisseur de soins de santé une discussion normalisée plutôt qu'adaptée à ses besoins individuels.

Le Projet STOP de Vancouver a collaboré étroitement avec le BC Centre for Disease Control à la préparation de nouvelles lignes directrices pour le counseling avant le test qui tiennent compte de toutes ces questions.

Le BC Centre for Disease Control a publié ses nouvelles *HIV Test Pre and Post Test Guidelines* en septembre 2011. Ces lignes directrices n'exigent plus que chaque élément du counseling avant et après le test soit fourni verbalement, mais elles continuent d'exiger un consentement verbal. Les fournisseurs de la C.-B. sont tenus d'informer le patient que le test de dépistage lui est recommandé afin qu'il ait l'occasion de le refuser. Toutefois, la remise de documentation écrite sur le VIH et son dépistage est aussi considérée comme suffisante pour obtenir le consentement éclairé d'un patient. En vertu des lignes directrices, le patient et le fournisseur peuvent avoir la discussion que le patient souhaite avoir : il peut parler de ses risques s'il le souhaite, mais il n'est pas obligé de le faire pour avoir accès au test de dépistage.

En réponse à l'exigence de consentement éclairé stipulée dans les lignes directrices, une foire aux questions « HealthLinkBC File » sur le test de dépistage du VIH a été préparée avec le concours d'AIDS Vancouver et de Positive Living BC. Le feuillet a été distribué à tous les cabinets de médecine familiale et établissements de soins aigus qui instaurent l'offre systématique du test de dépistage du VIH. Il a aussi été placé sur le site Internet du gouvernement de la Colombie-Britannique.

Ce changement de politique n'a pas été sans controverse. Des organismes communautaires ont dit craindre que l'annulation de l'exigence d'un counseling verbal préalable ne porte atteinte au droit des individus de comprendre les subtilités rattachées à un diagnostic de séropositivité, dans un contexte où le VIH demeure stigmatisé, où les dossiers médicaux peuvent être consultés par tout clinicien participant aux soins et ne sont pas parfaitement protégés en ce qui a trait à la confidentialité, et où la non-divulgence du VIH est criminalisée.

En tant que fournisseurs de soins de santé, les dirigeants du Projet STOP de Vancouver sont très attachés à leur code de déontologie et fermement résolus à le respecter, et ils sont convaincus du bien-fondé de ce changement dans les politiques et la pratique. Une analyse éthique des soins de santé exige de soupeser et de faire l'équilibre entre les risques et les bienfaits d'une intervention. Si les risques liés à un diagnostic de séropositivité en dépassaient les bienfaits il y a plusieurs années, les dirigeants du projet sont convaincus que les avantages d'un diagnostic précoce l'emportent sur les risques liés à la réception de ce diagnostic dans le contexte actuel de dépistage et de traitement.

Offre systématique du test de dépistage du VIH en médecine familiale

Une composante du changement de paradigme du dépistage a été l'instauration du test de dépistage du VIH en médecine familiale. L'objectif était que chaque personne qui a un médecin de famille ou qui visite une clinique sans rendez-vous ait accès à un test du VIH et connaisse son statut sérologique.

En 2011, le projet STOP de Vancouver, en partenariat avec le Département de perfectionnement professionnel continu de l'Université de la Colombie-Britannique (l'établissement d'enseignement chargé de fournir une formation aux médecins de famille) et avec les autorités de médecine familiale de la province, a amorcé les efforts nécessaires à l'instauration du dépistage du VIH en médecine familiale.

Lignes directrices

Les médecins de famille, qui doivent tenir leurs connaissances à jour sur plusieurs affections médicales, utilisent souvent des lignes directrices dans leur travail. Toutefois, au moment de la mise

en œuvre, il n'existait pas de lignes directrices provinciales sur le dépistage du VIH en C.-B. La médecin-conseil en santé publique de Vancouver a plutôt formulé une recommandation claire à l'intention des médecins de famille de la ville concernant l'offre systématique du test de dépistage du VIH. Elle recommandait aux médecins de famille d'offrir un test de dépistage du VIH :

- à toute personne qui le demande; ou
- à tout adulte qui n'a pas subi ce test au cours de la dernière année, chaque fois que d'autres tests sanguins sont prescrits; ou
- chaque fois qu'un patient demande un traitement ou un diagnostic pour une autre infection transmissible sexuellement, l'hépatite C ou la tuberculose.

Cette recommandation était cruciale à l'amorce d'un changement dans la pratique des soins primaires, mais à elle seule, elle ne suffisait pas. Beaucoup plus d'efforts étaient nécessaires pour aider les médecins de famille à intégrer l'offre systématique du test de dépistage du VIH.

Partenariat avec le Département de perfectionnement professionnel continu de l'Université de la Colombie-Britannique

Le projet STOP de Vancouver avait besoin d'un organisme de formation chevronné et digne de confiance pour élaborer et coordonner des activités de formation à l'intention des médecins de famille. En 2011, le projet STOP de Vancouver a demandé au Département de perfectionnement professionnel continu de l'Université de la Colombie-Britannique de fournir aux médecins de famille une formation sur l'intégration de l'offre systématique du test de dépistage du VIH. Cet organisme a été choisi en raison de son expérience en élaboration et en dispense de contenu et de ses relations solides avec les médecins de famille en C.-B.

Impliquer les médecins de famille dans les consultations sur le dépistage du VIH

L'équipe de médecine familiale (un petit groupe du projet STOP de Vancouver) a entamé un processus de consultation exhaustif et à plusieurs niveaux auprès des médecins de famille, afin de comprendre leurs préoccupations à l'égard de l'offre systématique du test de dépistage du VIH, de les faire participer au repérage d'obstacles au changement des pratiques et de cerner des stratégies pour réduire les obstacles. Diverses instances clés représentant les médecins de famille de la province ont participé aux consultations, notamment l'Association médicale de la Colombie-Britannique (et des représentants de son Comité des services aux omnipraticiens), la Société des omnipraticiens de la Colombie-Britannique, le Collège des médecins de famille de la Colombie-Britannique et le Département de médecine familiale de l'Université de la Colombie-Britannique.

Les renseignements recueillis dans le cadre de ces consultations ont mené à la création de trois activités de formation pour les médecins de famille, chacune offrant des crédits de formation médicale continue : un webinaire de 90 minutes, un atelier de cinq heures et des séances de soutien en cabinet. Les activités de formation ont été annoncées par l'entremise de la base de données des médecins de famille du Département de perfectionnement professionnel continu de l'Université de la Colombie-Britannique, des réseaux personnels des médecins, de dépliants distribués à des congrès et par un travail d'intervention de proximité auprès de cabinets médicaux ciblés. Les médecins de famille qui avaient reçu un soutien en cabinet pouvaient bénéficier d'un soutien de suivi fourni par une infirmière autorisée et un médecin de famille spécialisé en soins primaires du VIH.

L'équipe a créé un site Internet pour aider les médecins de famille à offrir des tests de dépistage du VIH à leurs patients de façon systématique. Ce site contenait des ressources pour les patients, des lignes directrices, des documents pour faciliter la mise en

œuvre et, surtout, une liste de numéros de téléphone que les médecins pouvaient appeler si un de leurs patients recevait un résultat positif au test.

Assurer un soutien en cas de résultat positif

Un aspect crucial de l'instauration de l'offre systématique du test de dépistage du VIH en médecine familiale consistait à veiller à ce qu'une infrastructure souple et accessible soit en place pour appuyer les médecins de famille en cas de résultat positif. Comme nous l'avons déjà mentionné, plusieurs médecins de famille ont peu d'expérience avec le VIH — ce qui peut constituer un obstacle considérable à l'intégration de l'offre systématique du test de dépistage du VIH en médecine familiale.

L'infrastructure de soutien aux médecins a été coordonnée en grande partie par le CDC de Vancouver, qui est responsable du suivi de santé publique pour les diagnostics d'infection au VIH. De plus, l'Équipe d'intervention de proximité de STOP offrait aux médecins de famille un soutien pour le diagnostic du VIH et l'arrimage à des soins primaires, surtout dans le cas de patients aux besoins complexes.

Défis de la mise en œuvre

Le projet STOP de Vancouver a rencontré divers défis dans la mise en œuvre de l'offre systématique du test de dépistage du VIH en médecine familiale, notamment l'échéancier, le recrutement de médecins de famille et la nécessité de tenir compte de leurs priorités divergentes.

Échéancier : Le projet STOP de Vancouver a constaté qu'il faut beaucoup de temps pour apporter des changements conceptuels concrets et efficaces. L'initiative de dépistage en médecine familiale avait un échéancier de 18 mois — ce qui n'est pas très long pour combler les besoins en formation et respecter les horaires de tous les médecins. Le personnel du projet a donc dû accepter le fait qu'il ne pourrait

joindre que les praticiens les mieux prédisposés (premiers utilisateurs) à instaurer le dépistage du VIH dans leur pratique.

Recrutement des médecins de famille : Les médecins de Vancouver Coastal Health n'ont pas tous suivi la formation sur l'offre systématique du test de dépistage du VIH. Malgré la difficulté à impliquer les médecins de famille, le programme de soutien en cabinet a été considéré comme un succès, puisque la moitié des cabinets invités à y participer l'ont fait. Divers moyens ont été mis en œuvre pour joindre les médecins de famille qui ont un horaire chargé. Par exemple, l'Équipe de soutien en cabinet de médecine familiale a collaboré avec une infirmière locale pour impliquer les médecins ayant une clientèle principalement sud-asiatique.

Priorités divergentes : Les médecins de famille sont débordés et le VIH fait concurrence à de nombreux autres problèmes médicaux importants. Pour relever ce défi, l'équipe a dû travailler très fort pour faire valoir ses arguments en faveur de l'offre systématique et les communiquer efficacement, puis former les médecins de famille et leur fournir un soutien continu.

Offre systématique du test de dépistage du VIH dans les soins aigus

Le projet STOP de Vancouver a également instauré l'offre systématique du test de dépistage du VIH dans les soins aigus partout dans la ville. À l'instar de ses nombreuses autres initiatives de dépistage, celle-ci avait pour objectifs d'augmenter les occasions de dépistage du VIH et de réduire le nombre de personnes qui ignorent leur statut sérologique.

Initialement, les responsables du projet STOP de Vancouver croyaient que le dépistage dans les soins aigus permettrait de joindre une population d'individus qu'on ne voit pas dans d'autres contextes, notamment les personnes sans médecin de famille, les personnes qui recherchent des soins médicaux

en cas d'urgence seulement et celles qui ont des comportements à risque qu'elles ne dévoileraient pas à un professionnel de la santé, soit parce qu'elles ne sont pas au courant de leurs risques ou parce qu'elles choisissent, pour diverses raisons, de ne pas les divulguer. Ainsi, l'offre systématique du test de dépistage du VIH dans les soins aigus complétait les efforts visant à offrir le dépistage aux patients en médecine familiale et dans des milieux ciblés.

Or, le projet pilote de dépistage dans les soins aigus a révélé que cette approche permettait de joindre davantage de patients plus âgés, de patients sans facteur de risque identifiable ou dont la maladie était à un stade plus avancé. L'offre systématique du test de dépistage dans les soins aigus constituait aussi une autre importante occasion de dépistage pour les personnes ayant des facteurs de risque connus, qui subissaient régulièrement des tests et qui avaient un médecin de famille. Cela a renforcé la notion selon laquelle le modèle traditionnel de dépistage du VIH effectué à l'initiative du patient n'a pas, à lui seul, une portée suffisante, et que des occasions de dépistage multiples sont nécessaires dans divers contextes.

Le grand nombre de résultats de tests de dépistage devenus disponibles pour analyse suite à l'instauration de l'offre systématique du test dans les soins aigus a aidé l'équipe du projet STOP de Vancouver à comprendre deux enjeux clés liés au diagnostic du VIH dans cette ville. D'une part, l'offre systématique du test de dépistage du VIH dans le cadre des soins hospitaliers est tout à fait acceptable aux yeux des patients — une très grande majorité d'entre eux (94 %) l'ayant acceptée dans ce contexte. D'autre part, plusieurs personnes ayant reçu un diagnostic en soins aigus avaient consulté un professionnel de la santé pour des affections liées à une infection au VIH dans la communauté et en soins aigus, mais on ne soupçonnait pas que le VIH soit en cause puisque les fournisseurs de soins ignoraient que le patient avait un facteur de risque élevé précis qui augmentait ses risques d'infection au VIH. Enfin, les fournisseurs supposent souvent que les patients qui ont des facteurs de risque reconnaissables se font tester ailleurs — une supposition qui est souvent

fausse. Ce renseignement sera important pour comprendre l'avenir du test de dépistage du VIH dans le contexte des soins de santé.

Changement de politique : un processus de suivi délégué

En plus des modifications susmentionnées aux lignes directrices sur le counseling avant et après le test pour faciliter l'offre systématique du test de dépistage du VIH dans les soins aigus, il était crucial qu'un processus de suivi soit formulé et approuvé avant la mise en œuvre graduelle du dépistage en octobre 2011. L'une des principales préoccupations des médecins en soins aigus était le temps requis pour fournir un suivi et des services après un résultat positif, à des patients avec lesquels ils n'avaient souvent pas de relation continue.

En réponse à ce problème, le projet STOP de Vancouver a établi un processus de suivi délégué. Les médecins qui avaient prescrit un test de dépistage du VIH dont le résultat était positif avaient maintenant la possibilité de demander à des infirmières du groupe de contrôle des maladies transmissibles de Vancouver Coastal Health (VCH) de venir discuter du diagnostic avec le patient et de l'arrimer à des soins et un soutien de suivi, y compris un suivi de santé publique et la notification des partenaires. On pouvait opter pour ce processus de rechange même si le patient était encore hospitalisé au moment de l'obtention des résultats.

La décision d'établir un système de suivi délégué distinct a permis d'assurer un suivi d'expert rapide, même si le fournisseur du test avait peu d'expérience en matière de VIH, peu de temps pour fournir un counseling adéquat avant le test ou s'il n'avait pas de relation thérapeutique continue avec le patient.

Le processus s'appuyait sur un mécanisme existant de l'infrastructure de santé publique de Vancouver : chaque résultat positif à un test de dépistage du VIH est signalé au médecin-conseil en santé publique. Sur réception d'un avis de nouveau résultat positif, les infirmières relevant du médecin-conseil en santé

publique communiquaient avec le médecin concerné pour lui demander s'il désirait que le personnel du groupe de contrôle des maladies transmissibles de VCH informe le patient de son diagnostic et s'occupe du suivi. Depuis l'instauration de l'offre systématique du test de dépistage du VIH dans les soins aigus et du nouveau processus de suivi délégué, les médecins requérants ont délégué ces tâches dans 99 % des cas où les patients avaient déjà reçu leur congé et n'étaient plus sous les soins du médecin. Toutefois, ce processus de suivi délégué signifie que les patients ne peuvent pas recevoir de test anonyme à l'hôpital; les patients qui désirent subir un test non nominatif sont aiguillés vers un site de dépistage communautaire.

Ce processus de suivi délégué est une composante clé du processus examiné par le Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique. Il a été crucial à l'instauration du test de dépistage du VIH dans les soins aigus, puisque les médecins avaient l'assurance d'un processus de suivi solide et conforme aux attentes de leur organe de réglementation.

Mise en œuvre graduelle

L'offre systématique de tests de dépistage du VIH a été déployée graduellement dans quatre hôpitaux de Vancouver : l'Hôpital St. Paul et l'Hôpital Mount St. Joseph, administrés par PHC, et l'Hôpital général de Vancouver et l'Hôpital de l'Université de la Colombie-Britannique (U.C.-B.), administrés par VCH. En octobre 2011, St. Paul et Mount St. Joseph ont été les premiers hôpitaux à la mettre en œuvre. L'Hôpital général de Vancouver et l'Hôpital de l'U.C.-B. s'y sont ajoutés plus tard.

Mise en œuvre : implication de la direction

Les directions cliniques et opérationnelles de chaque hôpital, département et unité ont été impliquées dans la mise en œuvre. Cette implication a été assurée par une petite équipe composée du médecin-conseil, du chef de projet et du responsable clinique de l'initiative. L'implication de la direction médicale et opérationnelle de l'hôpital était cruciale au succès

de l'initiative, puisque les médecins auraient à rendre compte aux dirigeants de leur hôpital en ce qui concerne l'offre systématique du test de dépistage du VIH, et non à l'équipe de projet chargée de la mise en œuvre.

Le fait d'offrir un soutien sur mesure aux unités a permis d'intégrer le dépistage systématique du VIH aux structures existantes, augmentant ainsi la probabilité que les médecins offrent le test. Dans le cadre d'une série de réunions, chaque unité a aidé l'équipe de projet à comprendre le déroulement de son travail et, par conséquent, le type de soutien dont elle avait besoin.

Mise en œuvre : formation du personnel

Il était important d'expliquer le fondement de l'offre systématique du test de dépistage du VIH et l'effet qu'elle allait avoir sur *tous* les membres du personnel, même ceux qui ne participaient qu'indirectement au dépistage. On a ainsi pu s'assurer que tous les employés comprenaient les données qui sous-tendent le dépistage et le rôle qu'ils étaient appelés à jouer dans l'offre du test de dépistage du VIH.

Les médecins et médecins-résidents ont reçu de l'information sur l'offre systématique du test de dépistage du VIH lors de tables rondes et de demi-journées de formation, et la responsable clinique du projet a présenté des exposés lors de chaque séance d'orientation des médecins-résidents de l'Hôpital général de Vancouver, une réunion obligatoire pour tous les médecins traitants et médecins-résidents. Pendant huit semaines, des infirmières ont reçu une formation en milieu de travail sur la mise en œuvre de l'offre systématique du test de dépistage du VIH. Les commis d'unités ont été formés à commander et à traiter des tests de dépistage du VIH, et à en interpréter les résultats. Les professionnels paramédicaux ont été informés et le personnel d'entretien a reçu la consigne de placer, sur chaque lit nouvellement fait, un dépliant « foire aux questions » sur le dépistage du VIH.

Dans la mesure du possible, l'équipe de projet a utilisé les moyens de communication existants pour disséminer ses messages. La responsable clinique du projet STOP de Vancouver rédigeait les communications, mais elle utilisait les processus de communication de l'hôpital afin de s'assurer que ces messages parvenaient aux médecins, aux médecins-résidents, au personnel infirmier et aux autres employés. Cette mesure était essentielle pour que ces renseignements se distinguent des nombreuses autres communications — courriels, télécopies, affiches, etc. — que reçoit le personnel chaque jour.

Soutien continu

Une fois la mise en œuvre achevée dans une unité, l'équipe de projet revenait pour fournir une formation additionnelle au personnel après deux ou trois mois. À cette occasion, elle faisait état des tendances dans le dépistage, notamment les taux d'offre et d'acceptation et le rendement diagnostique de l'hôpital. Elle offrait aussi des narratifs présentant des études de cas de personnes ayant reçu un diagnostic d'infection au VIH. Ces récits étaient particulièrement efficaces puisqu'ils démontraient la valeur et la pertinence clinique de l'offre systématique du test de dépistage du VIH à l'hôpital.

Défis

Tout comme en médecine familiale, l'instauration de l'offre systématique du test de dépistage dans les soins aigus comportait des défis. Quelques-uns sont résumés ci-dessous; d'autres sont décrits dans l'étude de cas sur le test de dépistage dans les soins aigus, qu'on peut consulter à l'adresse www.catie.ca/pc.

Absence d'une recommandation de haut niveau :

Le projet STOP de Vancouver a instauré l'offre systématique de tests de dépistage du VIH dans un contexte de soins aigus en l'absence d'une recommandation provinciale ou nationale. Cela signifie que l'équipe de projet a dû élaborer ses propres arguments cliniques et de santé publique et les présenter aux responsables cliniques et

opérationnels. L'appui des autorités de santé et du médecin-conseil en santé publique a aidé à relever ce défi.

Malaise des cliniciens : Alors que plusieurs médecins avaient hâte de le faire, d'autres étaient initialement mal à l'aise à l'idée d'offrir un test de dépistage du VIH et se préoccupaient particulièrement de la réaction des patients. On a répondu partiellement à leurs préoccupations en offrant une formation poussée aux cliniciens, en lançant la campagne de marketing social *It's Different Now* et en fournissant un soutien continu. Le fait que 94 % des patients en soins aigus aient accepté de se faire tester a également permis de réduire la crainte, chez certains cliniciens, de réactions négatives des patients.

Temps : Plusieurs membres du personnel des hôpitaux craignaient que l'offre systématique du test de dépistage du VIH ne vienne augmenter le temps que le clinicien doit passer avec un patient. On s'inquiétait aussi que les cliniciens ne soient pas en mesure de fournir un suivi adéquat aux personnes qui recevraient un résultat positif. En réponse à ces préoccupations, l'offre systématique du test de dépistage du VIH a été intégrée aux structures d'admission existantes, les lignes directrices de counseling avant et après le test ont été modifiées (tout en continuant d'exiger le consentement éclairé) et le processus de suivi a été délégué au Contrôle des maladies transmissibles de Vancouver.

Communiquer avec les professionnels de la santé et le public

It's Different Now et Change HIVStory

En novembre 2011, les responsables du projet STOP de Vancouver ont élaboré et lancé, à l'échelle de la ville, une campagne de marketing social primée visant à sensibiliser le public aux réalités contemporaines du VIH et à inciter les gens à subir un test de dépistage du VIH. Plus précisément, la campagne a été élaborée afin d'appuyer l'offre systématique du test de dépistage du VIH dans des milieux cliniques en 2011. Ces milieux incluaient les quatre hôpitaux de

Vancouver, plusieurs cabinets de médecine familiale et d'autres services cliniques. À certains endroits, la campagne visait aussi à inciter les professionnels de la santé à offrir un test de dépistage du VIH à leurs patients.

Le projet STOP de Vancouver n'avait pas l'expertise nécessaire pour élaborer et mettre en œuvre une campagne de marketing social de l'ampleur de *It's Different Now*. Ses responsables ont pris la décision stratégique de retenir les services d'une firme de marketing externe pour concevoir la campagne. À l'issue d'un appel d'offres, False Creek Ventures a été sélectionné en raison de la stratégie et du concept sophistiqués qu'ils proposaient pour la campagne.

La campagne a été élaborée autour d'un thème central, à savoir que le VIH n'est plus ce qu'il était dans les années 80. On a choisi le slogan « *It's Different Now* » (ce n'est plus la même chose) pour souligner cette idée. La campagne a été diffusée dans les médias sociaux, sur un site Web, par des affiches placées dans les établissements de santé et à l'extérieur, et par des annonces dans des journaux et des revues. On a organisé des concours pour attirer des visiteurs vers le site Web, qui offrait plus de renseignements sur le VIH. Les messages étaient bien peaufinés et précis : toute personne sexuellement active devrait subir un dépistage du VIH; les technologies de dépistage et les traitements se sont améliorés, et le pronostic après un diagnostic d'infection au VIH est également meilleur. Le message de la campagne était qu'il est maintenant possible de vivre longtemps et en santé avec le VIH.

La campagne « *It's Different Now* » a été mise en œuvre en deux phases. La première visait principalement à réduire les préjugés liés au VIH grâce à une sensibilisation accrue quant aux personnes qui devraient subir un test de dépistage et aux progrès réalisés dans le dépistage, le traitement et le pronostic du VIH, encourageant ainsi la population à accepter de subir un test de dépistage quand on le leur offre. La seconde phase était un appel à l'action visant à mobiliser les habitants de Vancouver pour qu'ils aident à enrayer l'infection au VIH en se faisant tester et en encourageant leurs amis à en faire de même.

Dépistage ciblé du VIH

L'instauration et l'élargissement de l'offre systématique du test de dépistage du VIH — à la fois les tests rapides aux points de service, et les prélèvements sanguins habituels — dans des milieux ciblés (à prévalence élevée) ont été dirigés par un petit groupe de l'Équipe d'intervention de proximité de STOP, appelé « équipe de dépistage ciblé » et composé de trois infirmières enseignantes et d'une responsable clinique qui est aussi infirmière autorisée.

L'élargissement du dépistage du VIH dans des milieux ciblés constituait le troisième volet des efforts déployés par le projet STOP de Vancouver pour modifier le modèle de dépistage dans la ville. Cette initiative avait pour objectif d'élargir l'accès au dépistage du VIH pour les personnes qui sont particulièrement à risque d'être infectées — celles qui font partie d'une communauté à forte prévalence.

L'objectif a été atteint au moyen d'une approche mixte qui incluait des tests rapides et standards dans des cliniques, des organismes communautaires et des lieux communautaires fréquentés par des personnes vulnérables au VIH. Les responsables des services et programmes instaurés à ces endroits à l'intention de ces populations ont été encouragés à avoir avec les patients une discussion préalable plus approfondie que celle qu'ils auraient eue dans un hôpital ou en médecine familiale.

Le projet STOP de Vancouver a repéré plusieurs services et milieux où un accès accru au dépistage du VIH serait bénéfique aux clients. Les centres de soins primaires de Vancouver Coastal Health (VCH) sont des sites clés qui ont instauré l'offre systématique du test de dépistage du VIH à des groupes à forte prévalence. Les autres services qui ont adopté cette approche étaient notamment des services de santé mentale et de traitement des dépendances financés par VCH, des cliniques d'avortement, le système judiciaire, des cliniques situées dans des complexes de logements subventionnés par VCH, des programmes pilotes dans trois communautés des Premières nations sur le territoire de VCH, des cliniques pour jeunes, des

cliniques dentaires, un projet de dépistage par les pairs, et des initiatives de dépistage ciblé à l'intention des hommes gais dans les saunas et dans un fourgon mobile.

Offre systématique du test de dépistage du VIH dans les centres de soins primaires de Vancouver Coastal Health

Dans le modèle des centres de santé communautaire, les services afférents à chaque étape du parcours du client sont souvent disponibles dans un même lieu. Les clients qui demandent un test de dépistage du VIH et reçoivent un diagnostic de leur fournisseur de soins primaires peuvent souvent recevoir un traitement, des soins et du soutien pour le VIH au même endroit.

VCH gère neuf centres de santé communautaire dans la ville, dont plusieurs dans des quartiers défavorisés. Ces établissements offrent des soins primaires directs, souvent d'après un modèle de soins interdisciplinaires. Habituellement, les populations desservies par ces centres ont de la difficulté à avoir accès aux cliniques où l'on paie à l'acte, et présentent de multiples comorbidités. Bien que l'on y offre principalement le dépistage standard en laboratoire, la plupart des cliniciens sont aussi formés à administrer le test de dépistage au point de service et peuvent, dans de rares cas, choisir de l'offrir.

Impliquer les centres de santé communautaire de Vancouver Coastal Health

Afin d'impliquer les centres de santé communautaire et de les inciter à élargir leurs services de dépistage du VIH, le directeur médical communautaire de VCH a envoyé aux responsables des centres une directive claire stipulant que la mise en œuvre du dépistage du VIH était une priorité pour les autorités de santé et qu'elle devrait débiter avant une date établie (le 15 juillet 2011). La directive indiquait également que chaque centre de santé communautaire allait recevoir le soutien d'un responsable clinique et d'une infirmière enseignante du projet STOP de Vancouver.

Le responsable clinique et l'infirmière enseignante ont rencontré les dirigeants cliniques de chaque centre pour les aider à comprendre le fondement clinique et de santé publique du dépistage systématique, et leur donner l'occasion de formuler des commentaires, suggestions et préoccupations et de poser des questions. Lors de cette rencontre initiale, l'infirmière enseignante du projet STOP examinait le taux de dépistage du VIH actuel de la clinique et expliquait que VCH s'attendait à ce que tous les patients de la clinique se voient recommander un test de dépistage du VIH par leur professionnel de la santé dans les 18 mois suivants.

Les infirmières enseignantes du projet STOP fixaient ensuite une date pour rencontrer le personnel de la clinique dans le cadre de réunions distinctes ou pendant les réunions des employés. À ces réunions, elles présentaient une mise à jour sur le VIH, décrivaient comment le dépistage, le traitement et le soutien sont différents d'il y a 30 ans, et expliquaient le fondement du dépistage systématique du VIH. Elles proposaient également diverses options de rappel du dépistage de laboratoire (cases pré-cochées, autocollants, etc.) et invitaient l'équipe de la clinique à discuter du système qui convient le mieux à ses besoins. La direction clinique fixait ensuite une date de mise en œuvre, puis les infirmières enseignantes fournissaient du matériel de soutien et toute autre forme de soutien que la direction clinique considérait comme nécessaire avant cette date.

Un élément crucial du soutien offert par les infirmières enseignantes aux centres de santé communautaire était une interaction de suivi, habituellement en personne, mais parfois au téléphone, trois ou quatre mois après la mise en œuvre. Ce soutien de suivi visait à permettre d'évaluer comment le centre gérait le dépistage systématique. Lors de cette interaction, les infirmières enseignantes décrivaient comment le dépistage avait évolué dans la clinique depuis la rencontre initiale. Elles questionnaient aussi les employés sur leurs pratiques exemplaires, partageaient des pratiques exemplaires d'autres cliniques et organisaient des séances de remue-méninges pour trouver des solutions aux

défis rencontrés; elles revenaient trois ou quatre mois plus tard si les tendances de dépistage ne s'étaient pas améliorées. Ce processus itératif rappelait aux cliniciens que le dépistage systématique du VIH était un important pilier de la stratégie du projet STOP de Vancouver, en plus de leur apporter un soutien continu et adapté pour surmonter les défis et améliorer leur taux de dépistage.

Appuyer le suivi des patients

Les centres de santé communautaire qui ont mis en œuvre le dépistage du VIH avaient la possibilité de communiquer avec l'Équipe d'intervention de proximité de STOP pour obtenir un soutien en cas de résultat positif. L'équipe était disponible par téléphone pour soutenir et guider les cliniciens dans la communication des diagnostics; elle pouvait aussi se rendre dans les cliniques pour annoncer les diagnostics aux patients qui avaient accepté sa présence.

Pour alléger la tâche du suivi, l'équipe de Contrôle des maladies transmissibles de VCH et l'Équipe d'intervention de proximité de STOP se sont chargées du suivi de santé publique; les fournisseurs de soins primaires étaient encouragés à communiquer avec l'une ou l'autre de ces équipes pour ce service.

Les soins aux patients qui ont reçu leur diagnostic en soins primaires étaient habituellement offerts dans le centre de santé communautaire. Pour soutenir les médecins de premier recours de VCH dans cette tâche, un partenariat entre la Clinique d'immunodéficience John Ruedy (IDC) et le programme de soins primaires de VCH leur offrait des occasions de préceptorat à l'IDC, un chef de file en soins cliniques pour le VIH.

Services de santé mentale et de traitement des dépendances

L'offre systématique du test de dépistage standard en laboratoire a été instaurée dans des services de santé mentale et de traitement des dépendances à Vancouver.

Habituellement, les services de santé mentale financés par VCH sont fournis par des équipes de santé mentale, qui sont interdisciplinaires et souvent fondées sur le modèle des centres de santé communautaire. Les programmes de traitement des dépendances sont habituellement intégrés aux services de soins primaires. Outre ces sites, des centres de désintoxication et l'Insite (le Centre d'injection supervisé de Vancouver) ont été impliqués dans l'offre systématique du test de dépistage du VIH.

Cliniques d'avortement

L'offre systématique du test de dépistage du VIH en laboratoire a également été instaurée dans des cliniques d'avortement de Vancouver, à leur demande. Le processus d'implication était semblable à celui utilisé dans les soins primaires. La manière dont le dépistage a été offert était toutefois différente. Le test de dépistage était offert par la conseillère à l'admission, avant que la femme ne subisse son avortement. Cette approche a été adoptée parce que la patiente ne rencontre habituellement pas le fournisseur avant l'avortement.

Le suivi après un résultat positif n'était pas fourni par la clinique d'avortement. Bien que les cliniques d'avortement de Vancouver optent de plus en plus pour un modèle de bien-être de la femme (ce qui signifie qu'elles offrent des soins et un soutien de suivi), plusieurs patientes n'y retournent pas pour recevoir des soins de suivi. Grâce à une relation continue avec ces cliniques, le BC Centre for Disease Control s'occupe de l'annonce du diagnostic et de l'arrimage aux soins pour les femmes qui reçoivent un résultat positif au test de dépistage du VIH dans une clinique d'avortement.

Communautés des Premières nations

L'équipe de dépistage ciblé a aussi impliqué trois des quinze communautés des Premières Nations situées sur le territoire desservi par VCH. Pour plus de renseignements sur le processus d'implication,

veuillez consulter la section sur l'implication des communautés autochtones dans le projet STOP, à la page 38.

Le test de dépistage du VIH a été offert dans le cadre de foires de santé qui portaient également sur d'autres problèmes de santé comme le diabète et les maladies cardiovasculaires. Des représentants de Chee Mamuk, l'équipe de dépistage ciblé et la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (Santé Canada) ont fourni à des infirmières communautaires des séances de mentorat sur le dépistage aux points de service, l'offre systématique du test de dépistage et les renseignements à aborder dans une discussion préalable au test. Ces séances avaient lieu quelques jours avant la foire.

Instances judiciaires en matière de santé

Le projet STOP de Vancouver visait à instaurer le dépistage rapide ou standard dans trois instances judiciaires dans la ville. Le Downtown Community Court et le Drug Treatment Court of Vancouver sont des modèles de justice alternative dotés d'une importante composante liée à la santé. La troisième instance judiciaire est la Prison de Vancouver, où VCH fournit des services de santé.

Dans les modèles de justice alternative, les participants sont tenus de se présenter presque chaque jour pour un traitement de santé mentale ou des dépendances, un counseling ou un soutien de groupe. Le personnel de ces tribunaux comprend une infirmière formée à l'administration du test de dépistage du VIH aux points de service et en laboratoire. Toutefois, très peu de tests de dépistage ont été effectués dans le cadre de cette initiative, principalement parce que cette population s'était déjà fait tester ou que les infirmières considéraient que le moment était mal choisi pour offrir le test de dépistage.

Bien qu'il a été facile d'instaurer le dépistage du VIH dans les instances de justice alternative fortement orientées vers l'amélioration de la santé et du bien-être des participants, le Projet STOP de Vancouver a eu de la difficulté à établir un programme de dépistage solide dans la Prison de Vancouver.

Logements supervisés

La plupart des projets de logement financés par VCH sont dotés de cliniques où travaillent des cliniciens des Services primaires d'intervention de proximité de VCH. Puisque ces logements sont destinés à une population où la prévalence du VIH est plus élevée, le dépistage rapide et en laboratoire a été intégré aux services généraux de la clinique.

Plusieurs cliniques incluent le dépistage du VIH dans des journées de bien-être à l'occasion desquelles les participants peuvent subir un examen du cœur et des tests de dépistage du diabète, de la tuberculose, d'ITS et du VIH. Plusieurs cliniques encouragent la participation à ces journées de bien-être en offrant du chocolat.

Le suivi des résultats positifs est effectué par le clinicien qui a administré le test, et des soins primaires continus pour le VIH peuvent être fournis par les médecins et les infirmières de la clinique.

Cliniques pour jeunes

Vancouver organise une série de cliniques pour jeunes axées principalement sur le diagnostic et le traitement des ITS et la gestion de la contraception. Le dépistage systématique du VIH a été instauré dans ce milieu en utilisant le même processus que dans les soins primaires. Certains cliniciens se montraient réticents face à cette initiative, qu'ils ne trouvaient pas appropriée pour leurs patients.

Dépistage du VIH dans des cliniques dentaires

L'instauration du dépistage rapide du VIH dans les cliniques dentaires de Vancouver est un exemple des idées nouvelles que le projet a mises à l'essai dans l'ensemble du continuum des soins. Issue d'un partenariat entre le projet STOP de Vancouver et Does HIV Look Like Me? International, l'étude de faisabilité comprenait le recrutement, la formation et le soutien des cliniques dentaires, afin qu'elles offrent de manière systématique le test de dépistage rapide du VIH au point de service dans le cadre de leur pratique. L'offre systématique du test de dépistage du VIH dans ce milieu visait à permettre à un plus grand nombre de personnes de se faire tester régulièrement.

Le projet STOP de Vancouver et Does HIV Look Like Me? International ont vérifié auprès de collègues pertinents si le dépistage du VIH faisait partie du champ de pratique de la dentisterie. Le registraire du Collège des chirurgiens dentistes de la Colombie-Britannique a organisé une table ronde en vue d'impliquer des dentistes en pratique privée et de la santé publique. Certaines cliniques privées souhaitaient initialement offrir le dépistage du VIH à leurs patients, mais l'exigence d'offrir ce service gratuitement dans une clinique achalandée et fondée sur le paiement à l'acte a rendu leur participation impossible. Trois cliniques (Mid-Main, Portland Hotel Society et First United Church) ont suivi la formation complète et instauré le dépistage du VIH dans leurs établissements.

Avant d'instaurer le dépistage dans une clinique dentaire, tous les employés recevaient une formation sur le VIH et l'utilisation du test au point de service. Un processus de suivi étroit a été élaboré pour soutenir les fournisseurs en cas de résultat réactif (résultat positif préliminaire).

Le projet n'a pas généré de résultats réactifs, ni effectué suffisamment de tests pour que son rapport coûts-efficacité puisse être évalué, mais il a démontré sa valeur à d'autres égards. Il a permis au projet

STOP de Vancouver et à l'Équipe d'intervention de proximité de STOP de tisser des liens plus étroits avec les dentistes de Vancouver. Grâce aux relations établies dans le cadre de cette étude de faisabilité, tous les étudiants en dernière année de dentisterie à l'Université de la Colombie-Britannique — la seule école de dentisterie dans la province — ont participé à des ateliers sur le VIH présentés par l'Équipe d'intervention de proximité de STOP et Positive Living BC.

Leçons apprises

L'étude de faisabilité a révélé que l'offre du dépistage du VIH dans le contexte des soins dentaires peut être considérée comme acceptable par les patients et les fournisseurs.

De plus, le projet STOP de Vancouver a appris que l'établissement des relations requises entre les services liés au VIH et les professionnels dentaires avait amélioré la connaissance du VIH et réduit la stigmatisation chez les dentistes et les assistants et hygiénistes dentaires agréés, même ceux qui n'avaient pas mis en œuvre le dépistage systématique. Cela a eu pour effet de réduire les obstacles pour les personnes vivant avec le VIH qui ont recours à des soins dentaires à Vancouver.

Dépistage chez les hommes gais et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

Plusieurs hommes gais et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) ont une culture de dépistage solidement ancrée et se font tester régulièrement. Toutefois, cette population a les taux d'incidence et de prévalence du VIH les plus élevés à Vancouver, et ces taux étaient stables au début du projet STOP de Vancouver. Malgré les nombreuses possibilités de dépistage offertes

aux hommes gais, tous les hommes n'avaient pas accès à des méthodes de dépistage appropriées ou accessibles pour eux.

Par conséquent, le projet STOP de Vancouver (par l'entremise de l'Équipe d'intervention de proximité de STOP) s'est donné pour objectif d'élargir les possibilités de dépistage du VIH et l'accessibilité du test pour les hommes gais et autres HARSAH. Ces initiatives avaient pour but de joindre les hommes dans les endroits qu'ils fréquentent et de leur offrir un test de dépistage du VIH s'ils le voulaient. On y est parvenu notamment en offrant le dépistage dans des saunas et dans une unité mobile. L'essai pilote de l'unité mobile de dépistage a été réalisé en partenariat avec YouthCO. Le dépistage dans les saunas et dans divers lieux publics de rencontres sexuelles et d'événements gais visait à joindre des hommes qu'on ne joindrait pas nécessairement dans les cliniques ou les services s'adressant spécialement aux hommes gais, et pas assez fréquemment en médecine familiale ou dans les soins aigus.

Il a fallu répondre à beaucoup de questions avant de déplacer des services de santé sexuelle d'une clinique vers des sites communautaires : comment les services seront-ils perçus par la communauté? Les gens y auront-ils recours? Comment peut-on fournir ces services sans qu'ils soient perçus comme étant coercitifs ou insistants? Il était difficile de prédire les réponses à ces questions; de nombreuses stratégies ont donc été utilisées pour faire en sorte que ces services soient bien accueillis et répondent aux besoins non satisfaits de cette communauté diversifiée.

Établir des liens communautaires et répondre aux préoccupations de la communauté

Le projet STOP de Vancouver a forgé des partenariats avec plusieurs importants organismes de santé des hommes gais et des membres de la communauté, afin d'envisager de nouvelles stratégies d'intervention et de prestation de services. Pour plus de renseignements sur ce travail d'envergure,

y compris la création du Groupe de référence sur la santé des hommes gais, veuillez consulter la section « Implication des intervenants », ci-dessus.

Des dirigeants communautaires ont signalé plusieurs préoccupations liées aux services offerts dans des endroits ciblés, notamment le respect de la vie privée des clients, la prestation de services culturellement sûrs et l'application des mêmes normes qu'en milieu clinique en ce qui a trait aux services fournis et au consentement éclairé. Toutefois, ces préoccupations (qu'il était néanmoins important d'entendre) n'étaient pas fondées, puisque tous les tests de dépistage ont été exécutés par des infirmières hautement qualifiées de l'Équipe d'intervention de proximité de STOP, en partenariat avec des entreprises ou des organismes communautaires dirigés par des personnes gais.

Le personnel infirmier de l'Équipe d'intervention de proximité de STOP qui offrait le dépistage dans des saunas et dans l'unité mobile était qualifié pour intervenir auprès d'hommes gais. L'une des principales stratégies utilisées en réponse aux préoccupations susmentionnées a été d'adopter une approche d'intervention passive. Plutôt que d'aborder directement les gens et de les inciter à se faire tester, le personnel infirmier se contentait simplement de faire sentir sa présence, que ce soit en installant des affiches, en diffusant des annonces sur le système de sonorisation des saunas, en utilisant des applications de réseaux sociaux comme Grindr ou en stationnant tout simplement le fourgon de dépistage mobile (appelé « Know on the Go ») dans un endroit très visible.

Pour le dépistage dans les saunas et dans l'unité mobile, les coordonnateurs du projet étaient conscients que certains membres de la communauté pourraient croire que leur présence « gâchait le plaisir » des clients ou stigmatisait la communauté en associant cette dernière aux ITS et au VIH. En fait, certains clients des endroits où STOP fournissait des services à la communauté ont indiqué qu'ils préféreraient se rendre dans une clinique pour obtenir ces services.

Toutefois, grâce à des sondages sur la satisfaction et des conversations informelles avec des clients, les infirmières de l'Équipe d'intervention de proximité de STOP ont constaté, de façon générale, que la réaction à leur présence et à leurs services était très positive; plusieurs membres de la communauté étaient contents que ces services soient offerts, et satisfaits de leur qualité et de leur facilité d'accès.

Leçons apprises

La prestation de services liés au VIH et aux ITS dans des endroits inhabituels exige des stratégies ouvertes, souples et dynamiques de la part du personnel infirmier qui administre les tests de dépistage. Par exemple, certains clients pouvaient avoir consommé de l'alcool ou d'autres substances avant de se renseigner sur le test de dépistage. D'autres pourraient ne pas être prêts à recevoir certains services ou, dans le cas du dépistage aux points de service, à recevoir le résultat du test de dépistage du VIH. De plus, les infirmières de STOP étaient conscientes qu'elles s'introduisaient et fournissaient des services dans un milieu parfois hautement sexualisé. Le personnel infirmier a eu recours à un éventail de stratégies pour évoluer de manière appropriée, efficace et prudente dans ces environnements uniques et changeants. Il s'est montré ouvert et chaleureux quand des clients potentiels semblaient s'intéresser aux services offerts. Le maintien d'une attitude joviale tout en établissant des limites cohérentes en communiquant clairement leur rôle a permis aux infirmières d'évoluer et d'agir avec professionnalisme dans un contexte favorable à l'expression de la sexualité.

Projet de dépistage par les pairs

L'une des premières activités financées par le Projet STOP de Vancouver était un partenariat avec la PHS Community Services Society (PHS) pour former des pairs à offrir le test de dépistage du VIH lors d'événements publics dans le quartier Downtown

Eastside. C'est la seule initiative financée dans le cadre du projet STOP de Vancouver qui habilitait des pairs à administrer des tests de dépistage du VIH, et la seule fois dans l'histoire de Vancouver où des pairs ont été autorisés à effectuer ce test.

Le Projet STOP de Vancouver et PHS n'auraient pas pu, l'un sans l'autre, lancer cette initiative pilote de dépistage par les pairs. Le projet STOP de Vancouver possédait l'expertise clinique nécessaire, mais il avait besoin de l'expertise d'un organisme communautaire robuste. Grâce à ses liens étroits dans la communauté, son modèle de prestation de services fondé sur les pairs et son expérience en prestation efficace de services de santé dans le Downtown Eastside, PHS a pu lui fournir cette expertise.

Des infirmières enseignantes de l'Équipe d'intervention de proximité de STOP ont formé 70 pairs et employés de PHS à fournir des renseignements avant le test, à administrer le test de dépistage aux points de service, à lire et communiquer les résultats et à fournir des renseignements après le test et, au besoin, un arrimage à des soins primaires ou à des soins pour le VIH. Quarante personnes formées ont réussi le test d'aptitude pratique et sont devenues préposées au dépistage. Les autres se sont vu offrir l'occasion d'être pairs éducateurs lors d'événements de dépistage.

Les infirmières de l'Équipe d'intervention de proximité de STOP ont fourni un soutien clinique aux préposés au dépistage. Une à six infirmières étaient présentes à chaque événement pour offrir du soutien aux pairs dans l'exécution du test, au besoin, pour administrer le test aux rares personnes qui ne voulaient pas être testées par un pair, pour aider les personnes qui étaient déjà au courant de leur séropositivité à recommencer à recevoir des soins, et pour fournir des soins primaires à toute personne qui en avait besoin.

PHS a élaboré une campagne de marketing pour promouvoir ses événements de dépistage. Des cartes postales et des affiches arborant les slogans « A Positive Event » (Un événement positif) et « Know in

60 seconds. Live a Lifetime » (Sachez en 60 secondes. Vivez toute une vie) ont été distribuées, et on a maintenu une présence dans les médias sociaux afin d'encourager les gens à se faire tester.

Entre juin et octobre 2011, PHS a organisé 26 événements publics où on a administré des tests de dépistage rapide à 4 773 personnes, diagnostiqué 11 cas d'infection au VIH et aiguillé vers des soins 324 personnes qui se savaient déjà séropositives.

Ce modèle de test de dépistage du VIH a remis en question des idées préconçues, à savoir comment et où des soins de santé devraient être fournis et qui devrait les prodiguer. Une seule des 4 773 personnes testées lors des événements a demandé à être testée par une infirmière plutôt que par un pair. Le projet a démontré qu'une approche de dépistage combinant des pairs et des professionnels pouvait éduquer, tester et réintégrer des personnes qui faisaient face à des obstacles complexes dans l'accès aux services liés au VIH à Vancouver.

Le projet a aussi démontré qu'il n'y avait pas d'épidémie cachée dans les quartiers défavorisés de Vancouver. La prévalence du VIH dans le Downtown Eastside s'élève tout de même à 6 %, mais elle n'est pas de 30 % comme plusieurs le suggéraient. Le projet a été rentable, avec un taux de diagnostics positifs de 0,02 %; il s'est avéré un moyen très efficace de fournir des services de santé à une population qui n'y aurait pas eu accès dans le contexte traditionnel.

Défis

En dépit du caractère nouveau du dépistage par les pairs dans la culture du VIH à Vancouver, très peu de défis ont été relevés dans la mise en œuvre de cette approche. Le projet STOP de Vancouver s'est heurté à des réticences de la part du BC Centre for Disease Control et de médecins dans la communauté. Le BC Centre for Disease Control craignait que le dépistage ne soit pas administré correctement, que les protocoles cliniques ne soient pas suivis et que la déclaration des cas soit négligée.

Les médecins de la communauté se préoccupaient de la continuité des soins pour leurs patients. Seuls les résultats positifs étaient communiqués aux médecins, et ces résultats étaient souvent envoyés au médecin de l'Équipe d'intervention de proximité de STOP plutôt qu'au fournisseur de soins primaires du participant. Certains médecins considéraient que cela les avait empêchés de combler les besoins médicaux de leurs patients et d'avoir un aperçu complet de l'état de santé de ces derniers.

Leçons apprises

Plusieurs leçons importantes ont été tirées de la mise en œuvre de ce projet de dépistage par les pairs. L'élément le plus important qu'a appris le projet STOP de Vancouver est probablement que l'anonymat dans le dépistage n'est pas nécessairement requis pour cette population. Le fait de connaître le pair qui exécutait le test de dépistage n'était pas un obstacle pour les participants. En fait, une partie du succès de l'initiative a été de briser la croyance selon laquelle les gens veulent toujours subir un test de dépistage du VIH dans l'anonymat.

De plus, l'ambiance festive des événements de dépistage était un important incitatif à la participation. Les repas et les divertissements fournis ont contribué à faire du dépistage un événement communautaire. Les événements étaient un moyen efficace de renseigner les résidents sur le VIH, sa transmission, la période fenêtre, les traitements et la réduction du risque de transmission ultérieure. Après les événements, des membres du personnel de PHS entendaient parfois des participants partager leurs nouvelles connaissances avec des pairs dans la rue.

Des incitatifs monétaires sous la forme de certificats-cadeaux de 5 \$ d'un grand magasin local ont permis à l'équipe du Projet STOP de Vancouver de joindre des personnes extrêmement marginalisées qui autrement n'auraient pas été impliquées dans des soins. Cet incitatif a permis aux participants de se procurer des articles de première nécessité.

Enfin, la présence simultanée des pairs et des employés et infirmières de PHS a permis aux préposés au dépistage de recevoir du soutien de la part de fournisseurs de services dignes de confiance (personnel de PHS), et aux personnes qui venaient de recevoir un diagnostic ou qui reprenaient leurs soins de bénéficier d'un solide arrimage à des soins et à un suivi complet.

Dépistage du VIH au point de service à la Clinique d'immunodéficience John Ruedy

Dès les débuts du projet STOP, la Clinique d'immunodéficience John Ruedy (IDC) a été envisagée comme un endroit possible pour l'élargissement du dépistage du VIH. Avant le projet STOP, le dépistage n'était pas effectué sur place dans cette clinique de soins tertiaires pour le VIH, mais il était inclus dans les projets élaborés par STOP pour aborder le nombre croissant de couples sérodiscordants rencontrés à l'IDC. À l'étape de la planification, il semblait nettement avantageux de promouvoir la disponibilité du dépistage non seulement auprès des partenaires des patients de l'IDC, mais aussi auprès des employés et visiteurs de l'Hôpital St. Paul et de la communauté locale. Une fois que l'équipe a reçu sa formation et adopté les processus nécessaires pour offrir le test de dépistage standard et aux points de service et le test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) sur des prélèvements mélangés, l'initiative pilote a été lancée et publicisée au moyen d'annonces publicitaires dans l'hôpital et dans la communauté locale.

Depuis son lancement, l'initiative de dépistage de l'IDC a enregistré l'un des meilleurs taux de diagnostics positifs. Des clients ont signalé que l'anonymat relatif avec lequel il peuvent subir le test à l'IDC est un incitatif important. L'initiative a non seulement livré un grand nombre de nouveaux diagnostics avec arrimage direct à des soins, mais elle a aussi démontré la nécessité d'un autre élément

clé d'une stratégie complète de dépistage. Alors que plusieurs personnes qui sont au courant de leur risque considèrent que les cliniques communautaires de dépistage du VIH sont pratiques et faciles d'accès, d'autres veulent avoir accès au test de dépistage du VIH dans un établissement médical qu'elles pourraient

fréquenter « pour n'importe quelle raison ». Cela met en relief l'un des principaux constats du projet STOP : aucune stratégie de dépistage n'a, à elle seule, une portée suffisante pour convenir à toutes les personnes qui ont besoin d'un test de dépistage du VIH.

Arrimage et implication dans les traitements, les soins et le soutien

Le Projet STOP de Vancouver visait à améliorer l'expérience du client à toutes les étapes du continuum des services liés au VIH. L'un des plus importants aspects de ce travail a été l'effort fructueux visant à rehausser l'arrimage, l'implication et le maintien dans les soins à toutes les étapes de ce continuum.

Le Projet STOP de Vancouver a mis en place un système solide, fiable et intégré de suivi et d'implication dans les soins, en rehaussant l'arrimage dans des sites de dépistage ciblé, dans des cliniques de médecine familiale et dans les soins aigus; en créant de nouveaux services comme le Programme des pairs navigateurs et l'Équipe d'intervention de proximité de STOP, spécialisés en implication, en arrimage et en maintien dans les soins; et en améliorant des services existants de soutien aux personnes séropositives les plus vulnérables de Vancouver, comme le programme « Towards Aboriginal Health and Healing » (TAHAH) [« Pour la santé et la guérison des peuples autochtones »], le Programme de thérapie d'assistance maximale (TAM) et des services de logement supervisé.

Rehausser des services particuliers tout en améliorant l'arrimage et le maintien dans les soins

Un important aspect du rehaussement de l'arrimage, de l'implication et du maintien dans les traitements, les soins et le soutien a été l'amélioration de ces services comme tels. Le Projet STOP de Vancouver a rehaussé presque simultanément les services dans tout le continuum des soins du VIH. Cela a été un élément clé du succès de l'ensemble du projet — les services auxquels les clients *étaient arrimés* et dans lesquels ils *étaient maintenus* avaient désormais une capacité accrue de répondre à leurs besoins. En renforçant la capacité des services liés au VIH de répondre aux besoins des clients nouveaux et existants, le Projet STOP de Vancouver a rehaussé la capacité de l'infrastructure de santé de la ville de fournir des services appropriés et en temps opportun.

Historique de l'arrimage et de l'implication à Vancouver avant STOP

Avant le Projet STOP, la ville de Vancouver était déjà dotée d'une solide infrastructure de services de prévention, de dépistage, de traitement, de soins et de soutien pour le VIH. Elle était également dotée

de vastes services de santé mentale, de traitement des dépendances et de réduction des méfaits, de programmes de gestion de cas et d'options de logement supervisé.

Malgré cette solide infrastructure, il était difficile d'impliquer les clients à toutes les étapes du continuum des soins. En 2010, 60 % des personnes qui ont reçu un diagnostic d'infection au VIH présentaient déjà des signes cliniques indiquant la nécessité d'un traitement; or, selon des données inédites de Hogg et coll. (2011), six mois après l'amorce du traitement, seulement 43 % des personnes vivant avec le VIH/sida à Vancouver avaient une charge virale inférieure à 250. Ces deux problèmes sont le signe d'interruptions dans le parcours du patient, entre le diagnostic d'infection au VIH et l'amorce du traitement et son observance.

Considérant qu'en dépit d'une solide offre de services, le diagnostic du VIH, l'implication dans les soins, l'amorce d'un traitement et l'observance de celui-ci n'étaient pas possibles pour tous, le Projet STOP de Vancouver a mis l'accent sur un arrimage et une intégration solides entre les domaines traditionnels du dépistage, du diagnostic, des traitements, des soins et du soutien pour le VIH, et les domaines du logement, de la santé mentale, du traitement des dépendances, de la sécurité alimentaire et de la gestion de cas.

Rehaussement de l'arrimage aux soins immédiatement après un diagnostic d'infection au VIH

Un aspect important des activités du Projet STOP de Vancouver concernait l'arrimage aux soins (presque) immédiatement après le diagnostic d'infection au VIH. En fournissant un soutien robuste aux cliniciens et aux pairs qui administraient le test de dépistage, le projet a mis en relief que (a) les personnes qui recevaient un résultat positif devraient être arrimées à un système de suivi convivial, accessible et souple pour recevoir

le soutien dont elles ont besoin tout au long de leur parcours de soins; et (b) les personnes qui obtenaient un résultat négatif devraient être arrimées à des services de prévention et de soutien appropriés.

La section qui suit décrit les activités mises en œuvre par le Projet STOP de Vancouver pour assurer un arrimage adéquat des clients qui reçoivent un diagnostic de séropositivité tout au long de leur parcours de soins. Pour plus de renseignements sur les activités de dépistage, veuillez consulter la section intitulée « Dépistage du VIH : un changement de paradigme », ci-dessus.

Arrimage à des services de prévention et de soutien

Lors d'événements de dépistage par des pairs et d'activités de dépistage ciblant les hommes gais dans des saunas et des lieux publics de rencontres sexuelles, l'Équipe d'intervention de proximité de STOP a également fourni un arrimage à des services de santé mentale et de traitement des dépendances culturellement appropriés aux personnes qui recevaient un résultat négatif, mais qui avaient un risque d'infection très élevé. Ces mesures de prévention primaire ne faisaient pas partie du mandat du Projet STOP de Vancouver, mais elles étaient considérées comme faisant partie intégrante du parcours du client et un élément clé de la prévention du VIH.

Arrimage à la suite du dépistage ciblé

Dans certains milieux ciblés qui ont commencé à offrir des tests de dépistage du VIH de façon systématique à leurs clients (comme les services de santé mentale et de traitement des dépendances, les cliniques dentaires et les cliniques d'avortement), les cliniciens n'avaient pas beaucoup d'expérience en prestation de soins pour le VIH/sida. Dans ces contextes, l'Équipe d'intervention de proximité de STOP et la division du Contrôle des maladies transmissibles de Vancouver Coastal Health (VCH) se sont chargées du suivi de santé publique et de l'arrimage aux soins.

L'approche adoptée pour ces importantes activités d'arrimage et d'implication variait d'un milieu à l'autre. Dans les services de santé mentale et de traitement des dépendances, le clinicien effectuant le dépistage communiquait habituellement avec l'Équipe d'intervention de proximité de STOP dès l'arrivée d'un résultat positif. L'équipe corroborait le diagnostic d'infection au VIH et se chargeait du suivi de santé publique, de la notification des partenaires et de la prestation de soins primaires pour le VIH, tout en assurant un arrimage solide à des soins durables dans la communauté.

Pour les services de santé mentale et de traitement des dépendances, cet arrangement était important pour améliorer le parcours général des clients. L'approche intégrait les services de santé mentale et de traitement des dépendances dans le parcours du client, depuis l'obtention du diagnostic d'infection au VIH jusqu'au traitement, sans surcharger les employés de tâches qui dépassaient leurs compétences. Une fois que l'Équipe d'intervention de proximité de STOP avait arrimé une personne qui venait de recevoir un diagnostic à des soins et assuré son implication, elle envoyait une note aux fournisseurs de services de santé mentale ou de traitement des dépendances pour les informer du plan de soins primaires pour le VIH.

Le test de dépistage rapide administré par des pairs s'appuyait également sur un arrimage rehaussé à des soins et à un suivi. Les événements de dépistage par les pairs comptaient jusqu'à six infirmières chargées, entre autres, d'administrer des tests de confirmation, d'initier le suivi de santé publique et d'arrimer les personnes qui venaient de recevoir un diagnostic à des soins.

Arrimage après l'offre systématique du test de dépistage en médecine familiale

Plusieurs médecins de famille qui ont instauré l'offre systématique du test de dépistage du VIH ne possédaient pas une expertise particulière en matière de VIH. Plusieurs n'avaient jamais annoncé de résultat

positif. Ils étaient préoccupés à l'idée de recevoir un résultat positif et d'annoncer un diagnostic d'infection au VIH à un patient. Le Projet STOP de Vancouver a donné suite à cette préoccupation en établissant un système solide et souple auquel les médecins pouvaient avoir recours pour faciliter l'arrimage de leurs patients à des soins.

Trois services étaient disponibles pour soutenir les médecins de famille qui avaient instauré l'offre systématique du test de dépistage du VIH dans leur pratique : la division du Contrôle des maladies transmissibles de VCH, la ligne REACH et l'Équipe d'intervention de proximité de STOP.

Contrôle des maladies transmissibles de VCH : Les fournisseurs avaient accès à l'expertise des infirmières de la division du Contrôle des maladies transmissibles de VCH, qui pouvaient les aider à annoncer un diagnostic, soit par téléphone, soit en personne auprès du patient. Elles pouvaient aussi s'occuper de la notification des partenaires, de la fourniture de recommandations et de l'arrimage à des soins.

Ligne REACH : Les médecins de famille avaient aussi accès à la ligne « Rapid Expert Advice and Consultation for HIV » (REACH). Gérée par le BC Centre for Excellence in HIV/AIDS, la permanence de cette ligne d'assistance téléphonique 24 heures sur 24 était assurée par des médecins ayant une expertise en matière de VIH/sida ou par des pharmaciens. Elle fournissait aux médecins de famille un mécanisme par lequel demander conseil sur le traitement et la prise en charge du VIH/sida à des collègues médecins qui avaient déjà travaillé avec des patients vivant avec le VIH/sida.

Le soutien de la division du Contrôle des maladies transmissibles de VCH et de la ligne REACH était disponible avant 2010. Toutefois, on ne savait pas exactement dans quelle mesure ces services étaient accessibles et adaptés aux besoins. L'équipe du Projet STOP de Vancouver a veillé à ce qu'ils soient aptes à donner adéquatement suite aux demandes de service et à fournir des services en temps opportun aux médecins de famille qui avaient besoin de

soutien avant d'instaurer le dépistage du VIH dans leur pratique. C'était là un élément crucial pour s'assurer que les médecins de famille offriraient le test de dépistage du VIH à leurs patients de façon systématique. Des médecins qui trouvaient inadéquat le soutien qui leur était fourni, de même qu'à leurs patients, seraient moins susceptibles de continuer à offrir des tests de dépistage du VIH de façon systématique.

Équipe d'intervention de proximité de STOP : Les médecins de famille avaient aussi accès aux services de l'Équipe d'intervention de proximité de STOP. Les fournisseurs ayant des patients qui venaient de recevoir un diagnostic ou qui avaient de la difficulté à s'impliquer dans les soins pouvaient faire appel à cette équipe pour une gestion de cas intensive et l'arrimage des patients à des soins primaires pour le VIH, à de l'assistance sociale, à un logement et à des services de santé mentale et de traitement des dépendances. L'équipe offrait aussi une ligne d'assistance téléphonique 24 heures sur 24 aux fournisseurs qui avaient besoin d'aiguillage ou de conseils.

En définitive, l'accès à des services et programmes de suivi adaptés et spécialisés a permis aux médecins de famille d'offrir systématiquement le test de dépistage du VIH sans avoir à devenir eux-mêmes des experts en VIH/sida. Ainsi, les médecins de famille pouvaient jouer un rôle important dans le parcours du patient en lui donnant l'occasion de recevoir un diagnostic plus précoce. Un robuste système de suivi adapté aux besoins, comme celui que le Projet STOP de Vancouver a mis à l'essai et rehaussé, a permis de veiller à ce que les personnes qui recevaient un résultat positif aient les meilleures chances possible d'être arrimées à des services appropriés et durables de traitement, de soins et de soutien pour le VIH/sida et de s'y impliquer.

Arrimage à la suite d'un test de dépistage systématique dans les soins aigus

L'une des plus grandes difficultés de la mise en œuvre de l'offre systématique du test de dépistage du VIH dans les hôpitaux était que les médecins devaient, après un résultat positif, fournir des soins et du soutien de suivi à des patients avec lesquels ils n'avaient pas nécessairement de relation thérapeutique continue après leur sortie de l'hôpital.

Le Projet STOP de Vancouver a élaboré un système de suivi délégué pour veiller à ce que les patients qui recevaient un diagnostic de séropositivité aient accès à de solides services d'implication et d'arrimage — qu'ils soient encore hospitalisés ou non, et que leur fournisseur soit disposé ou non à fournir des soins de suivi pour le VIH. Dans ce modèle, les médecins pouvaient demander à la division du Contrôle des maladies transmissibles de VCH d'annoncer le diagnostic et d'assurer le suivi de santé publique et l'arrimage aux soins.

Cela n'a pas nécessité de nouveau partenariat entre la division du Contrôle des maladies transmissibles de VCH et les hôpitaux de Vancouver puisqu'ils avaient déjà une relation. Toutefois, cette intégration nouvelle et rehaussée des services liés au VIH/sida a permis aux médecins en soins aigus des hôpitaux de la ville de mieux connaître le travail des médecins et des infirmières de la santé publique. En définitive, cela a amélioré la relation entre la santé publique et la communauté des fournisseurs de soins aigus et de soins primaires.

Les médecins qui n'optaient pas pour le système de suivi délégué fournissaient eux-mêmes à leurs patients des services de diagnostic et d'arrimage aux soins. À l'Hôpital St. Paul, cet arrimage a été facilité par la présence, sur les lieux, de la Clinique d'immunodéficience John Ruedy (IDC) : les médecins pouvaient tout simplement aiguiller leurs patients vers la clinique pour un suivi. Des pairs navigateurs étaient également sur place pour faciliter cette transition pour les patients. La division du Contrôle

des maladies transmissibles de VCH a aussi continué à s'impliquer auprès de ces patients en leur offrant des services de notification des partenaires.

Maintien dans les traitements, les soins et le soutien

Avoir accès aux soins et y rester peut être un défi pour les personnes qui viennent de recevoir un diagnostic et celles qui vivent avec le VIH/sida et qui sont au courant de leur séropositivité depuis un certain temps. La fourniture d'un soutien aux personnes vivant avec le VIH/sida afin d'assurer leur implication et leur maintien dans les soins était un aspect important de l'objectif du Projet STOP de Vancouver visant à améliorer le parcours du client. Le Projet STOP de Vancouver a élaboré et soutenu divers projets pilotes distincts, mais interreliés, pour réduire le nombre de personnes qui ne reçoivent pas de soins après leur diagnostic et pour accroître le nombre de personnes impliquées dans les soins. Encore une fois, une partie du succès du Projet STOP de Vancouver est directement attribuable à ces services nouveaux ou élargis offerts à un large éventail de clients à Vancouver, et à leur mise en œuvre quasi simultanée.

L'amélioration de programmes existants par le Projet STOP supposait habituellement d'élargir les services cliniques en vue d'augmenter le dépistage, les traitements et le soutien liés au VIH pour les clients particulièrement marginalisés. Parfois, ce soutien était fourni spécifiquement pour l'amorce et le maintien d'un traitement antirétroviral, mais il pouvait aussi être fourni à des fins plus générales. Le Projet STOP de Vancouver a appuyé un élargissement significatif des services dans des cliniques comme l'IDC, à l'Hôpital St. Paul, y compris un accès élargi aux traitements antirétroviraux grâce à des heures d'ouverture prolongées et une capacité accrue de gestion de cas complexes et de réintégration des clients grâce à l'embauche de personnel infirmier, dont une infirmière enseignante autochtone, des travailleurs sociaux et une diététiste. Le Projet STOP de Vancouver

a aussi rehaussé la capacité d'organismes plus petits comme la Vancouver Native Health Society et la PHS Community Services Society.

Certains des projets pilotes considérés comme ayant été les plus fructueux et les plus importants dans la réussite générale du Projet STOP de Vancouver à transformer le système de soins de la ville étaient des initiatives entièrement nouvelles qui ont aidé des personnes à avoir accès à des soins et à y demeurer, comme l'Équipe d'intervention de proximité de STOP et le Programme des pairs navigateurs. Nous abordons certains de ces programmes ci-dessous.

Équipe d'intervention de proximité de STOP

L'Équipe d'intervention de proximité de STOP est probablement la plus importante initiative nouvelle à avoir été mise en œuvre dans le paysage des services liés au VIH/sida dans le cadre du Projet STOP de Vancouver. Malgré l'absence d'un modèle canadien pour une telle équipe, le projet a mis sur pied une équipe interdisciplinaire efficace, soutenue par un médecin et formée d'infirmières, de travailleurs sociaux, de pairs et d'intervenants de proximité pour fournir une gestion de cas intensive aux personnes qui avaient le plus de difficultés à avoir accès à des soins.

L'équipe avait pour mandat d'améliorer l'observance des traitements antirétroviraux chez les personnes qui faisaient face aux obstacles les plus complexes, et d'atteindre une charge virale supprimée en tant qu'indicateur de succès. Adoptant une approche très générale à l'atteinte de cet objectif, elle a travaillé à combler non seulement les besoins liés au VIH/sida, mais aussi les besoins généraux de santé et psychosociaux de ses clients. Elle a abordé les obstacles médicaux et psychosociaux avant d'aborder le VIH/sida, en aidant le patient à déterminer ses besoins prioritaires.

L'équipe a renforcé les liens entre les services existants dans la communauté en offrant une gestion de cas intensive à ses clients. Elle assurait aussi la liaison

entre les services (depuis le dépistage et le diagnostic jusqu'à l'observance des traitements). Cette liaison pouvait durer aussi peu que quelques semaines et comprendre l'aiguillage et l'accompagnement à des services culturellement appropriés pour le client (par exemple, cliniques spécialisées en santé des hommes gais), ou elle pouvait s'étendre sur une période prolongée et inclure une gestion de cas intensive par une infirmière ou un intervenant de proximité de l'équipe, pour les personnes qui se heurtent à des obstacles complexes dans l'accès aux soins de santé. Ces services pouvaient durer de quatre mois à deux ans (dans les cas extrêmes).

Avant de leur donner congé, l'équipe dirigeait les clients vers les services les plus appropriés dans la communauté, en s'assurant qu'il y avait une implication robuste et une solide capacité à leur fournir les types de soutien dont ils avaient besoin, y compris des programmes appropriés de logement et de sécurité alimentaire ainsi que l'assurance que la personne recevait des prestations complètes d'assistance sociale, qu'elle avait un fournisseur de soins primaires et qu'elle avait accès à un gestionnaire de cas, à un travailleur social ou à un intervenant de proximité digne de confiance.

De façon générale, les clients ne recevaient pas leur congé avant d'avoir amorcé un traitement antirétroviral et d'être bien établis dans leur régime de traitement et en constatent les bienfaits (diminution de la charge virale et augmentation du compte de CD4). Certains gestionnaires de cas ne donnaient pas congé aux clients dont la charge virale n'était pas supprimée.

Membres d'équipe intégrés

L'Équipe d'intervention de proximité de STOP comptait également des membres intégrés dans divers services et organismes de la communauté, notamment au Downtown Eastside Women's Centre, dans le Programme de thérapie d'assistance maximale (TAM) du Downtown Community Health Centre et à la Vancouver Native Health Society.

L'intégration de membres dans les services existants était l'une des stratégies adoptées par l'Équipe d'intervention de proximité pour fournir des services dans le cadre du Projet STOP de Vancouver. La direction de l'équipe a mis cette approche à l'essai pour élargir la portée des services d'un programme existant (comme dans le cas du programme TAM), pour créer de nouveaux services à l'intention d'une population qui ne recevait pas de services dédiés (comme dans le cas du Downtown Eastside Women's Centre) ou pour élargir les types de services offerts par des programmes qui desservaient déjà des populations ciblées (comme pour le programme *Toward Aboriginal Health and Healing [TAHAH]* de la Vancouver Native Health Society). L'élargissement des services de programmes qui étaient déjà perçus favorablement par d'autres fournisseurs et par les membres de la communauté était le principal objectif de l'intégration de membres de l'équipe dans des organismes existants.

Ces membres intégrés (habituellement une infirmière autorisée et un travailleur social ou un intervenant de proximité) ont rehaussé la capacité de l'organisme de fournir des services. Dans certains cas, comme au Downtown Eastside Women's Centre, la sous-équipe intégrée était le seul service clinique offert par l'organisme. Les fournisseurs de services de ces sous-équipes travaillaient indépendamment de l'Équipe d'intervention de proximité de STOP, mais la direction participait au processus d'embauche de ces employés et, dans certains cas, la sous-équipe relevait directement d'elle.

Malgré l'absence d'un lien formel entre la plupart des membres intégrés et l'Équipe d'intervention de proximité de STOP, ils maintenaient un contact informel entre eux. Plusieurs membres intégrés et membres de l'équipe de STOP ont participé aux mêmes séances de présentation d'observations de Pacific Coast Housing, de l'équipe de STOP et du Downtown Eastside.

L'avantage majeur de ce modèle est le maillage des services de l'Équipe d'intervention de proximité de STOP avec des services qui existaient déjà dans la

communauté. Cela permet une prestation de services plus intégrée, et ce, tout au long du parcours du client. L'équipe de STOP peut aiguiller des clients vers des services communautaires qui, grâce à la présence de membres intégrés de l'équipe, ont une capacité accrue de fournir les soins et le soutien requis. Par exemple, des clients en gestion de cas intensive peuvent être aiguillés vers le programme TAM puisque ce dernier dispose (grâce au financement de STOP) d'une équipe d'intervention à temps plein capable de répondre aux besoins des clients en matière de soins et d'observance des traitements.

De même, les services communautaires ont à présent une relation solide avec un programme complet d'intervention de proximité mieux apte à servir les clients qui ont besoin d'un soutien plus créatif que ce que les organismes communautaires peuvent offrir. L'existence de l'équipe STOP a permis aux organismes communautaires de garder à leur charge des patients ayant des besoins particulièrement complexes et qu'ils ont peut-être eu de la difficulté à desservir par le passé, sans compromettre les soins fournis à ces patients ou aux autres clients : ils pouvaient maintenir de tels clients dans leurs services grâce au soutien reçu de STOP.

Cette intégration de membres de l'Équipe d'intervention de proximité de STOP dans des services communautaires à philosophie similaire a augmenté la probabilité de maintien dans les soins; rehaussé la capacité des organismes de travailler avec des personnes qui rencontrent des obstacles dans l'accès aux soins; et permis à l'Équipe d'intervention de proximité de STOP de concentrer ses services spécialisés sur des clients qui font face aux obstacles les plus importants, sur les besoins les plus urgents et sur les défis psychosociaux et de soins de santé les plus complexes.

Prise de congé de l'Équipe d'intervention de proximité de STOP relativement à l'arrimage aux soins

Donner congé à un client de l'Équipe d'intervention de proximité de STOP était un processus délicat. Le but de l'équipe était de renforcer l'implication dans

les soins. Dans le cadre du processus d'octroi de congé, l'équipe de STOP devait coordonner ses efforts avec ceux de l'organisme ou de la clinique qui allait prendre en charge les soins primaires du client. Ce chevauchement permettait de retenir le client dans les soins tout au long de la transition et de veiller à ce qu'il y reste solidement impliqué par la suite.

Tout au long du Projet STOP, environ 75 % des clients de l'équipe ont eu besoin d'une gestion de cas intensive ou d'une intervention pour maintenir leur implication dans les soins, même lorsqu'ils n'étaient plus suivis par l'Équipe d'intervention de proximité de STOP. Le personnel veillait à ce que ces clients soient confiés à des services qui pourraient leur fournir le même niveau de soutien intensif, comme le Positive Outlook Program de la Vancouver Native Health Society et le programme TAM du Downtown Community Health Centre. Les clients plus aptes à se prendre en main étaient souvent confiés à l'IDC de l'Hôpital St. Paul ou aux centres de santé communautaire de VCH, dont plusieurs sont dotés de médecins qui possèdent une expérience en soins primaires pour le VIH/sida.

Peu importe l'établissement auquel le client était confié ou le degré d'implication dont il avait besoin, l'objectif était qu'il ait une personne-ressource avec laquelle communiquer en cas de crise. Cela pouvait être le coordonnateur du programme d'intervention en prison de Positive Living BC, ou un travailleur social ou une infirmière d'un des nombreux projets de logement supervisé. Cela a favorisé la continuité des soins et diminué la probabilité que des clients s'en désistent.

Depuis sa création, l'Équipe d'intervention de proximité de STOP a eu une influence considérable sur les statistiques de dépistage, de traitement et d'arrimage aux soins à Vancouver, sans compter son incidence sur les vies des personnes qu'elle a aidées.

- Entre novembre 2010 et juillet 2012, l'équipe a administré 1 622 tests de dépistage et diagnostiqué 33 cas d'infection au VIH, ce qui donne un taux de séropositivité de 2 %.

- En date de février 2013, l'équipe avait impliqué 404 clients séropositifs dans une gestion de cas intensive et un soutien pour l'observance du traitement antirétroviral.
- 89 % des personnes recommandées ont été arrimées à des soins primaires pour le VIH quand elles ont fait la transition entre l'Équipe d'intervention de proximité de STOP et des soins moins intensifs.
- Les fréquents utilisateurs des salles d'urgence de la ville (qui s'y rendaient plus de neuf fois en six mois) avaient diminué de 47 % leur nombre total de visites à l'urgence six mois après avoir été aiguillées vers l'Équipe d'intervention de proximité de STOP, comparativement aux six mois précédents.
- Entre novembre 2010 et juin 2012, l'équipe a aussi aidé 97 clients à améliorer leur situation de logement.

Services de pairs navigateurs

Les services de pairs navigateurs sont un des meilleurs exemples de projet pilote complet et novateur qui appuie chaque étape du parcours du client, l'arrimage entre ces étapes et le maintien dans les soins appropriés. Amorcé en 2011, ce partenariat communauté-clinique est l'une des composantes les plus cruciales du système d'arrimage à des soins établi par la ville de Vancouver pendant le Projet STOP. Il a été créé en tant que partenariat entre Positive Living BC, le Projet STOP de Vancouver et l'IDC de l'Hôpital St. Paul.

Les pairs navigateurs sont des personnes vivant avec le VIH/sida qui ont reçu une formation pour fournir un soutien complet à des personnes qui viennent de recevoir un diagnostic ou qui vivent avec le VIH/sida mais ne sont pas impliquées dans des soins. Ils travaillent soit sur place à l'IDC, soit en intervention de proximité dans la communauté avec l'Équipe d'intervention de proximité de STOP.

Les pairs navigateurs de l'IDC fournissent un soutien complet à des patients de la clinique de même qu'à des patients hospitalisés dans l'unité de soins

aigus pour le VIH. L'un des principaux rôles des pairs navigateurs à l'Hôpital St. Paul est d'aider les patients à assimiler des connaissances nouvelles et complexes sur la vie avec le VIH. Ils simplifient aussi les aspects des soins que les patients trouvent les plus difficiles. À ceux qui trouvent éprouvant d'attendre leur tour lors d'un rendez-vous médical, les navigateurs offrent leur bureau comme lieu d'échange et d'attente. Pour ceux qui ont de la difficulté à interagir avec les autorités médicales, les navigateurs fournissent des services d'accompagnement ou sont disponibles pour faire le bilan après les rendez-vous. Les pairs navigateurs qui travaillent à l'IDC peuvent aussi faire le pont entre les soins aigus et les soins primaires du patient, en facilitant une transition qui peut parfois paraître décourageante.

Les pairs navigateurs de la communauté offrent du counseling, l'accompagnement à des rendez-vous médicaux, des services d'intervention et un visage familier, et ils fournissent souvent des services que les cliniciens et les travailleurs sociaux voudraient offrir, mais pour lesquels ils n'ont pas toujours le temps ou les compétences nécessaires.

Des pairs navigateurs sont aussi disponibles pour discuter avec un client, le jour même de son diagnostic, et pour aider les cliniciens à repérer un patient qui a cessé de recevoir des soins.

Le Programme des services de pairs navigateurs joue un rôle important dans le maintien dans les soins, tout au long du parcours des patients. En somme, les pairs navigateurs (à l'Hôpital St. Paul et dans la communauté) offrent un élément qui échappe à la plupart des cliniciens : une expérience partagée de diagnostic et d'implication dans les soins ainsi que les défis connexes.

Programmes de thérapie d'assistance maximale et de soutien

Le Projet STOP de Vancouver a amélioré divers programmes conçus pour soutenir certaines des PVVIH les plus marginalisées de Vancouver, les aider à graduellement atteindre une stabilité dans tous

les domaines de leur vie et à améliorer leur état de santé général. Pour les clients qui ne suivent pas de traitement antirétroviral ou qui sont incapables d'en observer un, la stabilité incluait des éléments aptes à leur permettre d'envisager un traitement, d'en amorcer ou d'en observer un. Les programmes de soutien d'assistance maximale décrits ci-dessous offrent des services interdisciplinaires donnant notamment accès à des infirmières, à des travailleurs sociaux, à des pairs intervenants de proximité et à des médecins.

Programme de thérapie d'assistance maximale du Downtown Community Health Centre

Le Projet STOP de Vancouver a renforcé la capacité du Programme de thérapie d'assistance maximale (TAM) existant du Downtown Community Health Centre de Vancouver. Le TAM est une ressource de santé à guichet unique et avec peu d'obstacles pour les personnes vivant avec le VIH/sida dans le Downtown Eastside de Vancouver. Outre le traitement du VIH/sida, le programme aborde d'autres problèmes de santé chroniques et aigus de ses membres au moyen de traitements, de soins cliniques et d'un soutien personnalisé.

Ce programme a reçu des fonds de STOP afin d'embaucher un adjoint pour aider les employés à faire le suivi des résultats cliniques, et une équipe d'intervention de proximité à temps plein composée d'une infirmière autorisée et d'un agent de liaison communautaire. Cela a permis au Programme TAM d'étendre son approche complète en matière de soins, de traitement et de soutien pour le VIH/sida à des personnes qui ne faisaient pas partie de son bassin de membres traditionnel et qui pouvaient avoir besoin d'un programme comme la TAM pour avoir accès à un traitement pour le VIH/sida.

Ce programme représente une importante partie des efforts déployés par le Projet STOP de Vancouver pour mieux desservir les membres de la communauté qui ont des besoins de santé complexes, y compris des troubles de santé mentale et des dépendances graves,

et qui sont confrontées à de multiples obstacles dans l'accès et l'observance de traitements contre le VIH/sida.

Programme « Toward Aboriginal Health and Healing » de la Vancouver Native Health Society

Le Projet STOP de Vancouver a rehaussé les services du programme « Towards Aboriginal Health and Healing » (Pour la santé et la guérison des peuples autochtones) (TAHAH) de la Vancouver Native Health Society. TAHAH est un programme clinique et de proximité qui aide ses clients à graduellement atteindre une stabilité et à améliorer leur état de santé général. Pour les clients qui ne suivent pas de traitement antirétroviral ou qui sont incapables d'en observer un, la stabilité inclut des éléments aptes à leur permettre d'envisager un traitement, d'en amorcer ou d'en observer un. Ce programme de soutien, de traitement et de soins s'adresse aux PVVIH autochtones extrêmement marginalisées du quartier Downtown Eastside de Vancouver.

Le Projet STOP de Vancouver a aidé TAHAH à poursuivre ses activités, en lui versant un financement et en collaborant activement avec un responsable de la gestion de cas intensive et deux infirmières à temps partiel. Il a également financé des postes d'intervenants pairs en santé ainsi que le travail de soutien d'un Aîné auprès des clients.

Soutien rehaussé au logement

Les projets pilotes de logement réalisés dans le cadre du Projet STOP de Vancouver ont contribué à la réussite du programme en ce qui concerne l'adoption d'une approche visant une population plus vaste afin d'améliorer le parcours du client. Ils ont élargi trois types de services de logement, chacun représentant un niveau de soutien et de souplesse adapté à des besoins particuliers dans diverses régions. Il était important d'offrir une combinaison d'approches au logement, puisque les personnes vivant avec le VIH qui ont besoin de logement à Vancouver ont aussi des besoins diversifiés.

Soutien à la stabilisation du logement : En partenariat avec des fournisseurs de logement d'urgence, STOP a élargi l'accès prioritaire à des lits de refuge pour les personnes vivant avec le VIH/sida. Centrée sur les clients itinérants ou sortant de l'hôpital, non impliqués dans des soins et confrontés à une forte instabilité, cette initiative était appuyée par l'Équipe d'intervention de proximité de STOP afin d'assurer un soutien intensif pour les soins cliniques et en matière de logement.

Logement supervisé : En partenariat avec un fournisseur de logement social établi de Vancouver, le Projet STOP de Vancouver a fourni un soutien clinique à des clients séropositifs demeurant dans des logements supervisés, afin de soutenir et d'améliorer l'observance du traitement. Un tiers des appartements de ce projet pilote était réservé à des clients autochtones vivant avec le VIH/sida.

Subventions d'aide à la vie autonome : En partenariat avec une agence de logement de Vancouver, le Projet STOP de Vancouver a fourni un soutien clinique et au logement et versé une allocation mensuelle à des personnes et des familles vivant avec le VIH. Les objectifs visés étaient d'améliorer l'observance du traitement antirétroviral, d'améliorer les aptitudes à la vie quotidienne et de soutenir la transition vers une autonomie accrue en fait de logement et d'autogestion du VIH/sida. Un tiers des appartements de ce projet pilote était réservé à des clients autochtones vivant avec le VIH/sida et à leurs familles.

Activités visant à impliquer et à soutenir les fournisseurs de soins de santé

Le Projet STOP de Vancouver a instauré une culture dans laquelle non seulement les clients, mais aussi les fournisseurs sont impliqués et soutenus tout au long

du parcours du client. En définitive, cela a amélioré les services dans l'ensemble du continuum des soins. Les activités d'éducation sur le dépistage du VIH offertes aux fournisseurs ont été cruciales au succès du Projet STOP de Vancouver; ces activités sont décrites dans les sections sur le dépistage, ci-dessus. D'autres activités sont décrites ci-dessous.

Implication des fournisseurs dans les activités d'arrimage de STOP

L'implication des fournisseurs de services sociaux et de santé a été accomplie principalement par l'Équipe d'intervention de proximité de STOP et par la division du Contrôle des maladies transmissibles de VCH; on informait les personnes qui faisaient les recommandations (médecins, travailleurs sociaux, intervenants du soutien au logement ou infirmières) de l'arrimage de leurs clients à d'autres services lorsqu'ils n'étaient pas de nouveau arrimés aux soins du fournisseur en question. Si un médecin d'un hôpital recevait un diagnostic de séropositivité pour un de ses patients mais n'avait pas lui-même divulgué ce diagnostic au patient ou fait les recommandations pertinentes, on lui envoyait une lettre indiquant que le patient avait été arrimé à des services pour le VIH/sida et qu'il y était impliqué. Cette pratique s'appliquait également aux nouveaux diagnostics d'infection au VIH posés dans le cadre de services de santé mentale et de traitement des dépendances.

Cela a été crucial pour démontrer aux fournisseurs de services, aux fournisseurs de soins de santé et à l'ensemble de la communauté que VCH, Providence Health Care (PHC) et ses partenaires dans le cadre de ce projet étaient engagés à fournir au client un arrimage solide et à favoriser son implication tout au long du parcours. Par ailleurs, cette pratique valorisait et encourageait implicitement la contribution, dans l'ensemble du continuum de soins, de tout intervenant qui fournit du soutien à un patient, depuis le diagnostic jusqu'à l'arrimage aux soins.

Préceptorat pour les médecins de famille et les infirmières praticiennes

En partenariat avec le BC Centre for Excellence in HIV/AIDS, l'IDC offre un programme de préceptorat de 2^e ou 3^e cycle universitaire afin de perfectionner les compétences des médecins de premier recours en soins et en traitement des personnes vivant avec le VIH. À l'IDC, des médecins peuvent participer aux soins primaires de patients vivant avec le VIH, travailler aux côtés de spécialistes du VIH et apprendre des intervenants qui fournissent des soins et du soutien dans l'aile 10-C de l'Hôpital St. Paul consacrée au VIH/sida. Ils peuvent également choisir de participer à des rotations cliniques dans d'autres établissements de Vancouver.

Le Projet STOP de Vancouver a permis à l'IDC d'élargir son programme de préceptorat et de donner à un plus grand nombre de médecins et d'infirmières praticiennes (dans le cadre d'un programme distinct) l'occasion de suivre une formation additionnelle en soins primaires pour le VIH. L'IDC a ainsi permis à un plus grand nombre de patients de recevoir des soins intégrés — depuis le diagnostic jusqu'à la gestion du traitement — par l'entremise de leurs fournisseurs de soins de premier recours dans la communauté.

Suivi de santé publique rehaussé

À Vancouver, le suivi de santé publique relève principalement de la division du Contrôle des maladies transmissibles de VCH. Cette division offre, entre autres, un soutien aux cliniciens et aux clients pour le diagnostic, la notification des partenaires, la divulgation et l'arrimage aux soins. Elle est dotée d'une équipe d'infirmières en santé publique et dirigée par la médecin-conseil en santé publique pour les maladies transmissibles. Avant le Projet STOP de Vancouver, le suivi de santé publique pour les personnes qui recevaient un diagnostic de séropositivité comprenait une notification relativement passive des partenaires et

une certaine gestion de cas pour les clients dans le besoin. Le rôle de la santé publique dans les soins aux personnes séropositives n'était pas très bien connu des fournisseurs de soins de santé de la ville, et les services du Contrôle des maladies transmissibles de VCH n'étaient pas pleinement intégrés dans les soins primaires fournis aux personnes venant de recevoir un diagnostic, ni optimisés de manière à profiter aux clients et à leurs partenaires. De fait, plusieurs considéraient la santé publique comme étant un organisme qui recueille des données à des fins de surveillance, plutôt qu'un service de soutien aux cliniciens et aux patients.

Le Projet STOP de Vancouver a été l'occasion d'élargir et d'améliorer la notification des partenaires par la santé publique et de l'intégrer plus efficacement aux services de traitement, de soins et de soutien pour le VIH à Vancouver.

Services rehaussés de suivi de santé publique

Dans le cadre du Projet STOP de Vancouver, cinq changements ont été apportés en vue de faire du suivi de santé publique une composante cruciale de tout diagnostic d'infection au VIH.

1. Mesurer les résultats

La division du Contrôle des maladies transmissibles de VCH a commencé à mesurer ses résultats. Il a commencé (et le faisait encore en janvier 2013) à mesurer la proportion de personnes recevant un diagnostic de séropositivité avec lesquelles il communique, le nombre de contacts identifiés lors de cette conversation et le nombre de contacts qui sont notifiés et qui subissent un test de dépistage du VIH. Un des principaux objectifs du suivi de santé publique est de faire en sorte que chaque contact se voie offrir un test de dépistage du VIH, le subisse et reçoive son résultat. La mesure des résultats à chaque étape de la cascade a permis à la division du Contrôle des maladies transmissibles de VCH de déterminer où son rendement n'était pas optimal et où elle devait procéder à des interventions pour améliorer ses résultats.

2. Passer d'une approche passive à une approche active

La division du Contrôle des maladies transmissibles de VCH est passée d'une approche passive à une approche active pour le suivi de santé publique, et en particulier la notification des partenaires. Avant le Projet STOP, communiquer avec une personne pour l'informer qu'elle avait été exposée au VIH était une pratique courante, quoique insuffisante. Depuis le début de STOP, des infirmières de la division du Contrôle des maladies transmissibles de VCH effectuent un suivi actif auprès des partenaires qui ont été notifiés afin qu'ils se fassent tester, qu'ils reçoivent leur résultat et, si ce dernier est positif, qu'ils aient accès aux soins et au soutien qu'elles peuvent leur fournir.

3. Collaborer avec l'Équipe d'intervention de proximité de STOP

La division du Contrôle des maladies transmissibles de VCH a établi un partenariat actif avec l'Équipe d'intervention de proximité de STOP, ce qui lui a permis d'élargir ses services d'intervention et de déléguer aux infirmières de l'Équipe d'intervention de proximité de STOP le suivi de santé publique auprès des personnes qui recevaient un résultat positif et de leurs contacts, dont certains n'avaient pas d'adresse fixe et étaient plus difficiles à joindre et à diriger vers des soins. Cette relation avec l'Équipe d'intervention de proximité de STOP a aussi permis à la division du Contrôle des maladies transmissibles de VCH d'utiliser une approche de réseautage social pour la notification des partenaires et la recherche des contacts. Pour plus de renseignements sur l'utilisation de cette approche dans la notification des partenaires, voir plus loin.

4. Impliquer et soutenir les fournisseurs de soins de santé

La division du Contrôle des maladies transmissibles de VCH est devenue plus proactive dans l'implication des fournisseurs de soins de santé. Depuis le début du Projet STOP, chaque diagnostic d'infection au VIH signalé à la division est suivi d'un appel au clinicien qui a effectué le dépistage, afin de lui offrir tout soutien dont il pourrait avoir besoin pour annoncer

le diagnostic ou arrimer le patient à des soins.

Une fois la notification des partenaires achevée, la santé publique envoie une note au clinicien qui a administré le test de dépistage pour l'informer des résultats de ces démarches. Cela met en relief le rôle crucial que jouent les cliniciens de la santé publique dans les soins immédiats fournis à une personne qui reçoit un diagnostic de séropositivité. Cette approche aide aussi à créer des liens de confiance entre les cliniciens médicaux et de la santé publique, et incite plus de cliniciens à aiguiller leurs patients vers les responsables de la santé publique pour des services de notification des partenaires. De plus, la division du Contrôle des maladies transmissibles de VCH peut assumer l'entière responsabilité du suivi auprès des personnes qui n'ont pas une relation soutenue avec le clinicien qui a effectué le dépistage.

5. Impliquer les personnes séropositives

Dans les cas où les contacts d'une personne qui a reçu un diagnostic de séropositivité sont également séropositifs, les infirmières de la division du Contrôle des maladies transmissibles de VCH adoptent une approche plus active pour s'assurer que les personnes qui ne sont pas impliquées dans des soins mais qui souhaitent l'être soient aiguillées vers un service de gestion de cas ou un médecin de premier recours pour le VIH. Cela a fourni aux personnes séropositives un autre point d'accès à des soins primaires pour le VIH à Vancouver, en plus de réduire le nombre de personnes qui se savent séropositives mais ne sont pas impliquées dans des soins.

Approches de réseautage social à la notification des partenaires

L'utilisation d'une approche de réseautage social pour la recherche des contacts a permis à la division du Contrôle des maladies transmissibles de VCH de fournir des services de notification des partenaires à des personnes qui pourraient ne pas connaître l'identité de leurs partenaires sexuels ou de consommation de drogue ou ne pas avoir de relation continue avec eux. En vertu de cette approche, les personnes qui reçoivent un diagnostic de séropositivité n'ont qu'à indiquer où elles ont des

relations sexuelles ou consomment des drogues. Cela permet à l'Équipe d'intervention de proximité de STOP d'utiliser les ressources à sa disposition, par exemple, pour fournir des heures supplémentaires de dépistage ciblé dans un sauna si une personne qui a récemment reçu un diagnostic a indiqué qu'elle fréquentait cet endroit. Les personnes qui pourraient avoir été en contact avec la personne séropositive auront ainsi accès à un test de dépistage du VIH.

Aider les fournisseurs de soins de santé à comprendre le rôle de la santé publique

Les efforts déployés par la division du Contrôle des maladies transmissibles de VCH pour informer les cliniciens qui effectuent le dépistage des services de

notification des partenaires et formuler un processus de suivi délégué pour les soins aigus ont sensibilisé les fournisseurs de soins de santé au rôle crucial des infirmières de la santé publique dans les soins du VIH. Le médecin-conseil en santé publique et son équipe continuent d'aider la communauté des soins de santé à mieux comprendre le rôle de la santé publique dans les soins immédiats fournis à une personne qui reçoit un diagnostic de séropositivité, et de joindre les quelques fournisseurs de soins de santé qui perçoivent la santé publique comme étant une institution contre laquelle leurs patients doivent être protégés.

Élaboration et mise en œuvre d'un cadre de surveillance et d'évaluation

Les activités du Projet STOP de Vancouver ont été surveillées et évaluées à l'échelon provincial, à l'échelon régional, à l'échelon des secteurs locaux de prestation des services de santé, et à l'échelon des projets pilotes.

La surveillance et l'évaluation à l'échelon provincial ont été effectuées par le BC Centre for Excellence in HIV/AIDS (BCCfE) à l'aide des données provinciales sur le dépistage du VIH colligées par le BC Centre for Disease Control (BCCDC) et des données provinciales sur le traitement provenant du programme provincial de traitement des dépendances au BCCfE. Le BCCDC et le BCCfE ont produit des rapports trimestriels sur les indicateurs à des fins de surveillance et d'évaluation; les analyses du rapport coûts-efficacité ont été dirigées par le Dr Bohdan Nosyk, du BCCfE. Une liste des 29 indicateurs provinciaux utilisés pour le dépistage et le traitement est fournie à l'Annexe 2.

Grâce à un partenariat entre l'Unité de surveillance de la santé publique (USSP), qui fait partie de Vancouver Coastal Health, l'équipe du Projet STOP de Vancouver a élaboré et officialisé un cadre de surveillance de la population et d'évaluation de programme. En vertu de ce partenariat complémentaire et de ce cadre unique, l'USSP était chargée de surveiller les résultats et extrants généraux pour l'ensemble de la population de Vancouver et pour les divers secteurs locaux de prestation des services de santé. L'équipe du Projet STOP de Vancouver a, pour sa part, évalué les projets pilotes individuels financés par VCH et/ou PHC.

La surveillance et l'évaluation du Projet STOP de Vancouver à tous les paliers visaient à permettre aux bailleurs de fonds du projet, aux autres dirigeants et aux comités pertinents de prendre des décisions éclairées sur l'orientation du projet, sa mise en œuvre et la répartition des ressources.

Le Projet STOP de Vancouver et l'USSP n'ont pas, pendant le projet, apporté de changement majeur à leur approche à la surveillance et à l'évaluation en ce qui concerne les indicateurs clés et les processus de collecte de données. Ils ont par contre modifié leur manière de présenter les données, et ces changements sont décrits brièvement ci-dessous.

Établissement d'une base de référence pour la surveillance et l'évaluation

Un des défis à relever à la fois pour la surveillance et l'évaluation était l'établissement d'une base de référence à partir de laquelle évaluer les progrès du Projet STOP de Vancouver, puisque ce dernier a été mis en œuvre de façon abrupte et qu'il y avait eu très peu de temps pour planifier et élaborer les ententes d'échange de données, les indicateurs de surveillance et d'évaluation, ainsi que les outils et processus de collecte de données. Ces étapes préliminaires étaient nécessaires à l'évaluation des services de base offerts pour le VIH/sida dans la ville.

La date de début officielle du Projet de Vancouver était février 2010. L'équipe a utilisé les renseignements disponibles pour la période allant du 1^{er} janvier 2008

au 31 décembre 2009 pour établir les caractéristiques de référence des processus et des populations avant la mise en œuvre du Projet STOP. Le Projet STOP de Vancouver a également demandé à recevoir des données de référence sur le dépistage en laboratoire entre 2003 et 2010, et il a continué à recevoir des données de laboratoire sur une base mensuelle pendant toute la durée de l'initiative pilote du Projet STOP de Vancouver.

Élaboration de modèles logiques pour le projet et les projets pilotes

L'une des premières étapes du processus d'élaboration du cadre de surveillance et d'évaluation mentionné plus tôt a été l'élaboration du modèle logique de l'ensemble du Projet STOP de Vancouver. Une copie de ce modèle logique (2011) se trouve à l'Annexe 3. Le modèle visait à permettre aux intervenants d'examiner le Projet STOP de Vancouver en tant qu'ensemble cohérent; il constituait aussi un diagramme visuel illustrant les critères utilisés pour concevoir les activités du projet et déterminer comment les extrants et les résultats seraient évalués.

À mesure qu'on cernait et planifiait des projets pilotes, on élaborait également des modèles logiques pour chacun d'eux. Ces modèles logiques présentaient aussi de brèves descriptions des ressources (intrants) consacrées à chaque initiative, des activités entreprises et des principaux extrants et résultats attendus. Ces modèles logiques ont été élaborés par l'équipe d'évaluation du Projet STOP de Vancouver en étroite consultation avec le fournisseur de services.

Puisque le Projet STOP de Vancouver était limité dans le temps (par l'échéance du 31 mars 2013), seuls les extrants et les résultats à court terme ont été mesurés, pour l'ensemble du projet et pour chaque projet pilote. Cependant, les modèles logiques comprennent les résultats escomptés à moyen et à long terme qui

avaient été établis par les parrains du projet à VCH et PHC, d'après les buts et attentes du ministère de la Santé.

Surveillance du projet à l'échelon des secteurs de prestation des services de santé à Vancouver

L'USSP était responsable de la surveillance du Projet STOP de Vancouver pour la population du secteur relevant des autorités responsables de la prestation des services de santé de Vancouver, dans le territoire de VCH (c.-à-d. à l'échelon des quartiers et de la ville de Vancouver), ainsi qu'à l'échelon des programmes pour les soins aigus et les services de notification des partenaires. Le Projet STOP de Vancouver a utilisé ces données de surveillance pour faire état des changements généraux survenus dans les activités et résultats ciblés du projet, et pour favoriser la prise de décisions éclairées sur la mise en œuvre du projet, la répartition des ressources, et la planification de la durabilité après la fin du projet.

Le directeur de l'USSP et l'épidémiologiste affecté au Projet STOP provincial faisaient également partie de l'équipe principale du Projet STOP de Vancouver. Cette équipe a élaboré des indicateurs de surveillance à l'échelon populationnel pour tout le parcours du client. En particulier, elle a cherché à évaluer les composantes clés des principales activités de dépistage, de gestion de santé publique et de traitement, afin d'évaluer les jalons atteints dans la réalisation des objectifs du Projet STOP. L'équipe s'est servie des indicateurs provinciaux (Annexe 2) élaborés par le BCCfE comme base pour son approche. S'appuyant sur les indicateurs provinciaux, le Projet STOP de Vancouver a également élaboré des indicateurs spécifiques à son secteur de prestation de services de santé. Pour une liste complète des indicateurs spécifiques à la population, veuillez consulter l'Annexe 4.

Ce groupe a établi des mécanismes sophistiqués de couplage des données afin d'avoir accès à des ensembles de données sur les populations auprès de sources multiples — dont le BCCfE et le BCCDC — en vue d'évaluer si le Projet STOP de Vancouver atteignait ses cibles quantitatives générales. Il a procédé à des analyses avant, pendant et après les évaluations et a évalué les données d'une manière permettant de les stratifier par sous-groupes de populations. Enfin, il a produit des rapports trimestriels pour partager les données recueillies. Pour des copies de ces rapports, aller à l'adresse : http://www.vch.ca/your_health/disease_surveillance/hiv-aids/.

Collecte des données

L'équipe du projet a recueilli des données auprès de plusieurs sources afin d'évaluer la réussite du Projet STOP de Vancouver à l'échelon populationnel en utilisant les 54 indicateurs populationnels. Certaines des données nécessaires étaient accessibles auprès de VCH, mais la majeure partie des données a été obtenue en créant des couplages de données avec divers groupes.

Accès aux données sur le dépistage : Le Projet STOP de Vancouver a eu accès à des données sur le dépistage à l'échelon populationnel grâce à un couplage avec les laboratoires provinciaux (qui relèvent de la Régie provinciale des services de santé). Ces données sur le dépistage n'étaient pas disponibles à l'échelon individuel, mais pouvaient être agrégées par région sanitaire, ce qui a permis au Projet STOP de Vancouver d'évaluer le recours au dépistage dans sa région, ainsi que les résultats.

Accès aux données de surveillance et sur le traitement : Un des principaux couplages pour évaluer les réussites à l'échelle de la ville de Vancouver était sans doute celui des données de surveillance de l'USSP et celles du BCCfE sur les programmes de traitement. Ce couplage des données de santé publique et des données sur le traitement était essentiel à la surveillance à l'échelon populationnel et nécessitait l'approbation du médecin hygiéniste de la province.

Le couplage des données de surveillance et des données des programmes de traitement du BCCfE était fondé sur des « couplages de données déterministes » : les cas de surveillance étaient regroupés selon le numéro d'assurance-maladie unique si ce renseignement était disponible; sinon, à l'aide d'autres éléments identificateurs contenus dans l'ensemble de données, ce qui constituait une tâche complexe.

Le Projet STOP de Vancouver a aussi effectué des couplages avec le BCCDC. En C.-B., les données de surveillance locales, quoique produites à l'échelon local, sont filtrées par le BCCDC de la province. De par son rôle, cet organisme fournit non seulement des données plus précises que celles que VCH pouvait fournir à lui seul, mais également d'autres données que VCH ne serait pas en mesure de fournir, notamment des renseignements sur le stade de l'infection (p. ex., si elle est au stade aigu).

Accès aux données d'hospitalisation : Dans le cadre de l'initiative d'offre systématique du test de dépistage du VIH dans les soins aigus à Vancouver, le Projet STOP de Vancouver a pu prendre connaissance des données sur les admissions dans les hôpitaux de la ville. Ces données ont été obtenues grâce à des couplages avec les hôpitaux de VCH et de PHC.

Examen des données

Un des défis que présentaient les activités de surveillance du Projet STOP de Vancouver consistait à déterminer comment examiner la vaste quantité de données recueillies par l'entremise des couplages susmentionnés. Afin de mieux comprendre ces données, l'équipe du Projet STOP de Vancouver devait les placer en contexte et les comparer à ce qui se passait *avant* le début de STOP. Pour ce faire, elle a établi un point de référence historique qui servirait à évaluer les progrès réalisés.

Aux fins de la surveillance, la date de début officielle du Projet de Vancouver était juillet 2010, soit la date à laquelle on a commencé à mettre en œuvre les activités initiales. L'équipe a utilisé les renseignements

disponibles pour la période allant du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2009 pour établir les caractéristiques de référence des processus et des populations avant la mise en œuvre du Projet STOP. Le Projet STOP de Vancouver a également demandé à recevoir les données de référence sur le dépistage en laboratoire entre 2003 et 2010, et il a continué à recevoir des données de laboratoire sur une base mensuelle pendant toute la durée de l'initiative pilote du Projet STOP de Vancouver.

Ils ont choisi d'évaluer les progrès sur une base trimestrielle, ce qui a permis à l'équipe de mieux suivre l'évolution vers l'atteinte des objectifs du Projet STOP.

La surveillance trimestrielle se concentrait sur trois principaux domaines (et ensembles d'indicateurs) : dépistage, gestion de santé publique et traitement. La liste complète des indicateurs est présentée à l'Annexe 4. Nous décrivons ci-dessous certains de ces indicateurs et comment le Projet STOP de Vancouver a pu utiliser les données pour éclairer l'élaboration des programmes.

Indicateurs relatifs au dépistage

Volume de dépistage et pourcentage de résultats positifs : Le Projet STOP de Vancouver a évalué les statistiques de dépistage à Vancouver depuis 2008 (le point de référence historique). Ce faisant, elle a déterminé qu'étant donné que le dépistage aux débuts du Projet STOP était en majeure partie ciblé, les premiers mois du projet n'ont produit qu'une légère augmentation du volume de dépistage. Cependant, l'augmentation a été plus marquée en ce qui concerne le pourcentage de résultats positifs, probablement en raison de l'approche ciblée.

L'équipe a également pu observer l'augmentation considérable du volume de dépistage liée à l'instauration de l'offre systématique du test de dépistage dans les soins aigus et à la campagne *It's Different Now* (le volume de dépistage a connu une augmentation d'au moins 50 % à Vancouver depuis

le troisième trimestre de 2011). De plus, elle a réussi à déterminer que le pourcentage de résultats positifs commençait à diminuer.

Ces connaissances, et celle du seuil de rentabilité de la stratégie d'offre systématique du test de dépistage, ont servi à examiner l'efficacité de cette stratégie — puisque l'offre systématique du test vise à augmenter le volume de dépistage dans l'ensemble de la population, une baisse du pourcentage de résultats positifs est attendue. Ces données ont démontré au Projet STOP de Vancouver qu'il était sur la bonne voie.

Pour visualiser les données d'une autre manière, le Projet STOP de Vancouver a cartographié les données de dépistage de la Régie provinciale des services de santé. Pour un exemple de cette cartographie, consultez les rapports trimestriels de surveillance à l'adresse : http://www.vch.ca/your_health/disease_surveillance/hiv-aids/.

Évaluation de la notification des partenaires :

Contrairement à l'évaluation à l'échelle provinciale, l'évaluation locale du Projet STOP de Vancouver incluait les résultats de la recherche/notification des partenaires. Le Projet STOP de Vancouver s'est doté d'un formulaire de recherche de contacts et d'une base de données connexe pour suivre cette activité à l'échelle de la région. Il pouvait ainsi suivre le nombre de contacts nommés, notifiés et qui ont subi un test de dépistage, de même que le pourcentage de résultats positifs parmi eux.

Le Projet STOP de Vancouver a déterminé qu'à ses débuts (et, en conséquence, probablement avant le Projet STOP), une proportion considérable des contacts notifiés n'a pas cherché à se faire tester. Cependant, le pourcentage de résultats positifs dans le groupe d'individus qui avaient subi un test de dépistage était passablement élevé — beaucoup plus élevé que pour l'ensemble de la population testée. Le Projet STOP de Vancouver a pu transmettre ce renseignement aux équipes de notification des partenaires du BCCDC et de VCH; cela les a encouragées à inciter les contacts à subir un test de

dépistage. À compter du début de 2011, on a observé une diminution de la proportion de partenaires notifiés qui ne se faisaient *pas* tester.

Indicateurs relatifs au traitement

Arrimage à des soins : L'équipe a suivi la proportion de patients arrimés à des soins en moins de 30 jours et le nombre moyen de jours ayant précédé l'arrimage en vue de déterminer si cette importante composante du parcours du client s'était améliorée depuis l'avènement du Projet STOP. De fait, bien que le nombre de jours avant l'arrimage à des soins diminuait à Vancouver avant le Projet STOP, ce dernier a accéléré ce succès — un constat résultant de ces activités de surveillance.

Implication dans les soins : On a également suivi le nombre et la proportion de personnes activement impliquées dans les soins, par année. On a observé une diminution marquée de l'écart entre les hommes et les femmes arrimés à des soins après le début du Projet STOP de Vancouver.

Charge virale communautaire : Le Projet STOP de Vancouver a également évalué l'évolution de la charge virale moyenne dans la communauté, de même que la proportion de personnes vivant avec le VIH dont la charge virale n'était pas complètement supprimée. Après le début du Projet STOP, la charge virale communautaire moyenne a continué de diminuer, tout comme la proportion de résidents de Vancouver dont la charge virale n'était pas supprimée — un important indice de progrès dans l'atteinte des objectifs du Projet STOP.

Indicateurs quantitatifs de réussite

Un ensemble standard d'indicateurs a été élaboré en avril 2011. Les sujets suivants étaient surveillés dans chaque projet pilote (selon la pertinence). La liste complète des indicateurs du Projet STOP de Vancouver est fournie à l'Annexe 4.

Tests de dépistage du VIH en laboratoire

Ces données ont fourni un aperçu de l'influence des diverses initiatives de dépistage sur les tendances de dépistage à Vancouver. Le Projet STOP de Vancouver a également surveillé les caractéristiques démographiques des personnes testées afin de savoir quelles populations et communautés avaient recours au dépistage et lesquelles n'y avaient pas accès (possiblement en raison d'obstacles). Ces renseignements ont permis à l'équipe de projet d'ajuster ses activités afin de mieux joindre leurs groupes cibles.

Les indicateurs spécifiques à la surveillance de ce sujet étaient le nombre de tests de laboratoire commandés par clinique ou hôpital, la région de la clinique, de même que l'âge, le sexe et le lieu de résidence de la personne qui a subi le test. On a également comparé ces résultats aux caractéristiques démographiques de la population générale. En outre, on a pu utiliser ces données pour déterminer quelle proportion des tests concernait des personnes venues de l'extérieur du territoire du Projet STOP de Vancouver.

Dépistage aux points de service

Le dépistage aux points de service a été mis en œuvre à plusieurs endroits au cours du Projet STOP de Vancouver. Cette initiative visait, entre autres, à améliorer l'accès au dépistage pour des populations à risque et à réduire le nombre de personnes qui ne connaissaient pas leur statut sérologique à Vancouver.

Les indicateurs de surveillance du dépistage aux points de service ont permis de connaître le nombre de ces tests effectués dans le cadre du Projet STOP de Vancouver; ces données ont servi entre autres à fournir un aperçu de la répartition géographique des activités du projet, par quartier. Le pourcentage de résultats positifs au test a également été calculé pour chaque site de dépistage et selon l'emplacement géographique, puis comparé aux taux de résultats positifs des analyses de laboratoire, afin d'avoir un aperçu de l'efficacité de l'initiative.

Nombre réel de diagnostics d'infection au VIH

Le pourcentage de résultats positifs au test de dépistage du VIH était un important indicateur de surveillance du Projet STOP de Vancouver, puisqu'il procurait une mesure intermédiaire raisonnable de l'efficacité du dépistage dans le cadre du projet (plutôt que le nombre global de tests effectués), en indiquant si les stratégies du projet permettaient réellement de joindre les personnes séropositives qui ignoraient leur état. Cet indicateur était complété par des mesures du stade de la maladie au moment du diagnostic, afin de donner un aperçu aussi clair que possible de l'efficacité globale du programme de dépistage. Puisque le but ultime de la stratégie était un diagnostic précoce, le stade de l'infection au moment du diagnostic était la mesure la plus directe de l'efficacité globale du programme de dépistage.

Caractéristiques des personnes recevant un diagnostic de séropositivité

Le Projet STOP de Vancouver a examiné le groupe à risque (le cas échéant) et les caractéristiques démographiques des personnes qui recevaient un résultat positif au test de dépistage, afin de mieux comprendre l'efficacité des efforts de dépistage. Dans certains milieux, on a également recueilli des données sur les raisons motivant une personne à subir un test de dépistage et/ou comment elle y a été amenée (p. ex., une foire de dépistage). Cela a servi à évaluer les activités de dépistage du Projet STOP de Vancouver et à déterminer si les gens se faisaient tester à l'initiative d'un fournisseur de soins ou de leur propre chef; cela a aussi favorisé une interprétation correcte des données de surveillance. À l'échelon populationnel, il n'a pas été possible de faire la distinction entre les tests effectués à l'initiative du patient et à l'initiative d'un fournisseur de services. On a donc comparé les données de référence sur le dépistage et les taux de diagnostics avant l'amorce du Projet STOP pour déterminer l'effet de l'initiative à l'échelon populationnel.

Notification des partenaires

La notification des partenaires a pour objectif de réduire la transmission du VIH en veillant à ce que les partenaires de personnes qui viennent de recevoir un

diagnostic d'infection au VIH — le groupe identifiable le plus à risque d'être infecté — reçoivent du soutien et aient accès à un test de dépistage du VIH. Bien qu'il s'agissait déjà d'une importante stratégie de santé publique pour les intervenants du Projet STOP de Vancouver avant le lancement de ce dernier, elle a été améliorée grâce à un financement de STOP et est devenue une composante centrale des activités du Projet STOP.

Le Projet STOP a surveillé les indicateurs pertinents, notamment le nombre de partenaires repérés, avec qui on a pris contact et qui ont subi un test de dépistage.

Arrimage et implication dans les soins

Le Projet STOP de Vancouver a surveillé les activités qu'il considérait comme étant des mesures substitutives de l'arrimage aux soins et de l'implication dans ceux-ci par les personnes vivant avec le VIH/sida. Ces activités incluaient l'évaluation et la surveillance cliniques, définies comme étant la première visite clinique d'une personne après son diagnostic, lors de laquelle elle collabore avec un médecin pour dresser un portrait de son état de santé actuel; cela comprend des analyses sanguines et des tests de dépistage, qui serviraient de base à toute décision relative à un traitement antirétroviral.

Par conséquent, les indicateurs relatifs à l'arrimage et à l'implication englobaient la proportion de personnes séropositives à Vancouver qui avaient été arrimées à des soins, par clinique et dans chaque région géographique, ainsi que les caractéristiques démographiques et les risques de ces personnes arrimées à des soins et impliquées dans ces derniers.

Amorce ou reprise d'une thérapie antirétrovirale

Bien sûr, un des principaux buts du Projet STOP de Vancouver était d'aider les personnes qui reçoivent un diagnostic d'infection au VIH à amorcer une thérapie antirétrovirale et à la poursuivre. Par conséquent, il était important de mesurer le nombre de personnes à qui des antirétroviraux étaient prescrits, au cours du Projet STOP, par clinique, et de connaître leurs

caractéristiques démographiques et sociales. Le projet a aussi fait la distinction entre les personnes qui amorçaient une thérapie antirétrovirale pour la première fois et celles qui recommençaient une thérapie.

Observance de la thérapie antirétrovirale

Une observance optimale est cruciale à la réussite de la thérapie, à l'amélioration de la qualité de vie et à l'atténuation du risque de morbidité associée au VIH, ainsi que du risque de transmission. L'équipe a surveillé et fait état de la proportion de personnes parvenues à une suppression virale, dans chaque projet pilote; cet élément était considéré comme une mesure substitutive de l'observance de la thérapie antirétrovirale. Les caractéristiques démographiques et sociales de ces personnes ont également été recueillies.

Évaluation des projets pilotes

L'évaluation des projets pilotes individuels a été effectuée par l'équipe d'évaluation du Projet STOP de Vancouver, qui a travaillé en collaboration avec les sites des projets pilotes pour recueillir et analyser des données sur des éléments clés de chaque projet pilote du Projet STOP de Vancouver, afin de surveiller de façon systématique les projets financés et d'en faire rapport, d'améliorer la gestion quotidienne des projets pilotes et, éventuellement, d'améliorer l'efficacité et l'efficacité de ces derniers.

Les données sur le **volume de dépistage aux points de service** ont été compilées mensuellement, à partir des statistiques de chaque site ou intervenant qui effectuait du dépistage à un point de service dans le cadre du Projet STOP de Vancouver. On n'a conservé que des données agrégées.

Les résultats des tests de confirmation en laboratoire pour le VIH étaient déjà recueillis par le Laboratoire provincial et le laboratoire de PHC (pour ses établissements de soins aigus). L'équipe d'évaluation du Projet STOP de Vancouver a demandé et obtenu l'accès aux données mensuelles pendant la durée du projet pilote STOP.

Les renseignements cliniques sur les personnes vivant avec le VIH/sida qui sont **impliquées dans des soins** sont recueillis par le BCCfE dans toute la province. Grâce à des couplages sophistiqués de données déterministes et le transfert sécurisé de données, l'équipe d'évaluation du Projet STOP de Vancouver recevait du BCCfE des renseignements sur la phase de traitement, ce qui a permis d'éclairer l'élaboration des indicateurs de surveillance.

Afin de surveiller et d'évaluer les activités de **notification des partenaires**, le Projet STOP de Vancouver a mis au point un formulaire de suivi pour la recherche des contacts, à l'intention du personnel chargé de notifier les partenaires. Une base de données sur Microsoft Access sera créée pour la saisie électronique de ces données.

Indicateurs qualitatifs et collecte de données

Outre les données quantitatives recueillies au sujet de chaque projet pilote, l'équipe d'évaluation du Projet STOP de Vancouver a recueilli et utilisé des données qualitatives aux fins d'évaluation des projets pilotes.

Chaque projet pilote devait déposer des évaluations narratives du déroulement de ses activités ainsi que des descriptions de ses projets pour les quelques trimestres à venir.

En 2012, un évaluateur externe (du service de l'implication communautaire de VCH) a réalisé des évaluations qualitatives plus détaillées auprès des clients d'un petit nombre de programmes financés par le Projet STOP de Vancouver. On a demandé aux clients de parler de leur expérience avec le dépistage du VIH dans des hôpitaux de Vancouver, les centres pour femmes et les saunas; ainsi que de la gestion intensive de cas et du soutien par les pairs.

Les questions et méthodes d'évaluation étaient adaptées à chacune des populations et aux pilotes évalués, comme suit :

- dépistage du VIH dans les hôpitaux : des entrevues en personne pouvaient se dérouler en anglais, en punjabi et en chinois;
- dépistage du VIH dans les cliniques pour femmes : un questionnaire sur papier était distribué à toutes les clientes qui avaient accepté de subir un test de dépistage; ce sondage était offert en anglais, en punjabi et en chinois;
- dépistage du VIH dans les saunas : après chaque consultation avec l'infirmière, on invitait les clients à remplir un questionnaire (en anglais) sur Internet ou sur papier;
- gestion intensive de cas et soutien par les pairs : des entrevues en personne ou par téléphone étaient réalisées auprès de clients, en anglais ou en espagnol.

Dans tous les cas, les patients/clients avaient la possibilité de participer ou non et on les assurait que leurs réponses n'auraient aucune incidence sur les soins qui leur sont fournis.

La direction du Projet STOP de Vancouver a utilisé ces données d'évaluation pour éclairer la planification de programmes futurs, et les sites pilotes s'en sont servis pour évaluer et modifier, au besoin, leurs pratiques actuelles.

Mise en œuvre des activités de surveillance et d'évaluation de chaque site pilote

Afin d'évaluer chaque projet pilote, l'équipe d'évaluation du Projet STOP de Vancouver a utilisé les indicateurs standards de surveillance et d'évaluation décrits ci-dessus (p. ex., pourcentage de résultats positifs dans le cadre d'une initiative de dépistage du VIH), ainsi que des indicateurs spécifiques au projet pilote.

Afin d'élaborer un schéma d'évaluation pour chaque projet pilote, l'équipe a organisé des réunions individuelles pour élaborer le modèle logique du programme, sélectionner des indicateurs d'extrants et de résultats spécifiques à chaque pilote, revoir les outils de sondage déjà utilisés et/ou en créer de nouveaux au besoin. De nouveaux outils ont dû être mis au point pour plusieurs sites pilotes, puisque leur expérience en matière de collecte de données rigoureuses de ce type était limitée.

Les projets pilotes ont utilisé les outils de collecte de données du Projet STOP de Vancouver pour recueillir et transmettre des données brutes à l'équipe d'évaluation. Cette dernière analysait ensuite ces données et présentait des rapports aux dirigeants du Projet STOP de Vancouver, pour examen, et au site pilote en question. Chaque projet pilote était évalué tous les sept mois. Un intervalle aussi court était nécessaire en raison du court échéancier de l'ensemble du Projet STOP.

Un calendrier de présentation des rapports a été établi pour chaque projet pilote, selon la date de début de son protocole d'entente. Au moment convenu pour la présentation du rapport, des consignes détaillées étaient transmises, accompagnées de matrices individualisées pour faire rapport sur les indicateurs.

Obstacles et adjuvants

Plusieurs sites pilotes n'avaient pas l'expérience nécessaire en collecte et en compte rendu de données de ce niveau pour être en mesure de démontrer un rendement et d'assurer une reddition de comptes; dans certains cas, le degré de rigueur nécessaire a été difficile à instaurer. Afin de favoriser la réussite des activités de surveillance et d'évaluation, l'équipe d'évaluation a passé, dans chaque site pilote, un temps considérable à élaborer des indicateurs et outils de référence que toutes les parties ont trouvés utiles.

Certains sites pilotes avaient déjà préparé, pour VCH, des rapports sur les programmes financés par cet organisme. Cependant, la reddition de comptes

requis dans le cadre du Projet STOP de Vancouver était plus rigoureuse que celle requise pour d'autres enveloppes budgétaires. Par conséquent, l'équipe d'évaluation a également dû consacrer plus de temps à ces sites pilotes et leur expliquer pourquoi le processus devait être différent dans le cas du Projet STOP de Vancouver.

L'équipe d'évaluation a constaté que certaines mesures aidaient les sites pilotes à comprendre et à accepter le processus d'évaluation : elle les a fait participer à l'élaboration des indicateurs, elle leur a demandé de valider les données analysées pour leur site, et elle a fait état à chaque site de toutes les données recueillies à son sujet, démontrant ainsi aux fournisseurs de services les progrès réalisés.

D'autres obstacles à la réussite de la surveillance et de l'évaluation des projets pilotes résidaient dans le fait que les premiers projets à être mis en œuvre n'avaient pas de points de repère pour évaluer leurs progrès; de plus, les paramètres étaient constamment peaufinés. L'équipe d'évaluation a travaillé en étroite collaboration avec les sites pilotes à faire en sorte que les indicateurs adéquats soient recueillis de la manière la plus efficace possible.

En outre, le cycle de sept mois pour l'évaluation des pilotes était un défi considérable, puisque l'obtention de certains des résultats évalués nécessitait souvent plus de temps que ce qui était alloué au projet pilote.

Présentation de rapports

L'équipe d'évaluation du Projet STOP de Vancouver et l'USSP ont initialement présenté les données de surveillance et d'évaluation sous la forme de rapports trimestriels. Par la suite, l'équipe d'évaluation du Projet STOP de Vancouver a compilé toutes les données afférentes à chaque projet pilote dans un format « tableau de bord ».

L'équipe a résumé l'évolution globale des activités ciblées du Projet STOP de Vancouver et les résultats à l'échelon des populations, ainsi que les extraits et résultats des projets pilotes individuels financés par VCH et/ou PHC. Considérées dans leur ensemble, ces activités de compte rendu ont livré des données utiles pour prendre des décisions éclairées quant aux impacts à l'échelon des populations, au processus de mise en œuvre des projets, à la répartition des ressources et à la planification de la durabilité après la fin du projet.

De plus, le Projet STOP de Vancouver a produit et transmis au comité directeur provincial du Projet STOP un rapport bimensuel qui comprenait une brève description d'activités du Projet STOP de Vancouver présentant un intérêt particulier et susceptibles d'avoir eu une incidence significative au cours de la période de compte rendu précédente, ou qui étaient mises en œuvre pendant la période en cours.

Durabilité et planification de *la situation future*

Le Projet STOP de Vancouver a sérieusement examiné la durabilité de tous les projets pilotes au cours des trois années du projet. Étant donné que les programmes élargissaient considérablement la portée de leurs services et amenaient de plus en plus de gens à s'impliquer dans des soins, il était crucial d'assurer leur durabilité afin que les personnes vivant avec le VIH/sida à Vancouver ne soient pas lésées par le projet (en s'impliquant dans des soins grâce aux services élargis et n'ayant plus accès à des services efficaces une fois que ces derniers cessent d'être financés, en 2013).

Par ailleurs, le Projet STOP de Vancouver a constaté, d'après la réussite des diverses initiatives de STOP, qu'une occasion s'offrait à lui de restructurer, à long terme, le système de soins dans la ville et d'instaurer une situation idéale. Les efforts qu'il a déployés pour déterminer à quoi ressemblerait ce système idéal ont été baptisés « planification de la situation future ».

Le Projet STOP de Vancouver a planifié la situation future en procédant à de larges analyses de ses données, en consultant les fournisseurs de services et en comparant le système de soins avant et après la mise en œuvre des interventions de STOP. Il cherchait ainsi à cerner les services ayant une forte incidence, ainsi que les efficacités.

Armé de ces connaissances, il a établi les principaux éléments d'une situation future des services liés au VIH/sida à Vancouver, en les illustrant par un schéma du parcours du client depuis la prévention primaire

jusqu'aux services de fin de vie. Les modèles suivants de prestation des services ont été retenus aux fins d'inclusion dans la situation future : prévention primordiale et primaire; dépistage et notification des partenaires; admission et gestion de cas; observance de la thérapie antirétrovirale; soutien adapté au VIH/sida (p. ex., alimentation et logement); soins et traitements pour le VIH/sida; et services de soutien en fin de vie.

Fait important, le Projet STOP de Vancouver devait déterminer les coûts liés à la situation future. Ses options financières comprenaient la redistribution des contrats actuels avec les partenaires externes, la réaffectation des ressources internes au sein de VCH et de PHC, et la présentation d'analyses de rentabilité au ministère de la Santé. Bien sûr, le Projet STOP de Vancouver devait tenir compte du fait qu'une réaffectation des fonds aurait une incidence sur certains organismes communautaires du domaine du VIH/sida qui existent depuis longtemps.

À la fin de l'année 2012–2013, le Projet STOP de Vancouver a travaillé à dresser un tableau complet de la situation future : à l'aide de sa vision du parcours futur du client, on pourrait appliquer les coûts déterminés à chaque étape du parcours, affecter les fonds existants, cerner les lacunes, explorer les options possibles pour trouver des fonds additionnels et, en cas de financement insuffisant, élaborer un plan de mise en œuvre progressive des services, assorti d'un plan de transition pour parvenir à une situation future améliorée.

Activités d'échange *des connaissances*

En décembre 2012, le Projet STOP de Vancouver n'avait reçu aucune confirmation de financement au-delà du 31 mars 2013. Par conséquent, l'équipe a d'abord voulu capter l'essence des principales activités pilotes et de leurs résultats et documenter l'ensemble de la mise en œuvre du projet par PHC et VCH avant la fin de l'exercice 2012–2013. Le projet a été documenté afin de s'assurer que les leçons apprises dans le cadre de ce projet novateur ne soient pas perdues et que les réussites puissent être maintenues. Le Projet STOP de Vancouver a demandé à CATIE — le courtier national en échange de connaissances et de renseignements sur le VIH et l'hépatite C — de travailler en étroite

collaboration avec lui à l'archivage des aspects cruciaux de la mise en œuvre de ses initiatives grâce à diverses activités d'échange des connaissances.

En décembre 2012, Margaret MacDiarmid, ministre de la Santé de la C.-B., a annoncé un financement de 19,9 millions \$ par année jusqu'en 2016 pour étendre le Projet STOP à l'échelle provinciale. À compter du 1^{er} avril 2013, chaque région de la santé en C.-B. allait réaliser ses propres activités pour atteindre les objectifs du Projet STOP, avec le soutien et la direction du BC Centre for Excellence in HIV/AIDS; ce dernier continuerait également de surveiller et d'évaluer les progrès du programme.