Traitement du VIH auprès d'une clientèle marginalisée : approche de proximité pour favoriser l'observance des rendez-vous

Michel Perreault, Ph.D.^{1,2}, Manon Mousseau, B.Sc.¹, Catherine Laurier, Ph.D.³, Daniel Rabouin, M.Sc.¹, Sylvie Desbiens, inf. B.Sc.⁴, Pierre Côté, MD⁴, Danielle Rouleau, MD^{4,5}, Claire Lahaie, inf. B.Sc.⁴, Marc-André Charron, MD⁴, Marie-Josée Carbonneau, inf.⁴

RÉSUMÉ

Objectifs : Documenter l'observance des rendez-vous médicaux et psychosociaux chez une population de personnes marginalisées et toxicomanes en traitement pour le VIH/sida.

Méthode : Étude rétrospective sur le respect des rendez-vous à un traitement du VIH caractérisé par une approche de proximité. Les informations sur les rendez-vous médicaux et psychosociaux de 185 patients suivis à l'unité ambulatoire VIH-Toxicomanie du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) ont été colligées pour une période d'un an (2006-2007). Les taux d'observance des rendez-vous ont été établis selon le type de suivi prodigué : 1) conventionnel, dispensé uniquement à la clinique du site « fixe » et 2) de proximité, quand l'équipe du site fixe est appuyée par l'intervention d'une équipe « mobile » auprès des patients plus instables.

Résultats : Le taux d'observance des rendez-vous médicaux et psychosociaux chez les patients suivis uniquement au site fixe est de 61,4 %. Pour ceux dont le suivi au site fixe est combiné à l'intervention de l'équipe mobile, le taux correspondant est de 73,9 %. Il s'agit d'un taux élevé, supérieur à ceux généralement observés pour des programmes de proximité.

Conclusion : Ces résultats tendent à soutenir le succès des approches de proximité pour rejoindre les clientèles vulnérables. En effet, l'observance des rendez-vous chez les personnes plus désorganisées, pour lesquelles l'équipe mobile est intervenue, s'est avérée comparable et même supérieure à celles suivies uniquement au site fixe.

Mots clés : observance; virus de l'immunodéficience humaine; toxicomanie; traitement; clientèle vulnérable; approche de proximité

The translation of the Abstract appears at the end of this article.

Rev can santé publique 2009;100(6):459-62.

L'observance de la thérapie antirétrovirale pour les patients infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) représente un facteur critique pour accroître l'espérance de vie^{1,2}. Le respect des rendez-vous médicaux représente aussi un facteur important à cet égard puisqu'un faible taux d'observance des rendez-vous est associé à un statut immunologique précaire et à un échec de suppression de la charge virale³. Certaines caractéristiques des personnes infectées sont aussi susceptibles de compromettre l'observance à la thérapie antirétrovirale. Plusieurs sont reliées à des conditions de vie instables telles que les troubles de santé mentale, le fait d'être sans domicile fixe ou de consommer des drogues ou de l'alcool de manière abusive⁴⁻⁶.

Des travaux récents indiquent par ailleurs que certains groupes vulnérables ont plus difficilement accès à la thérapie antirétrovirale et utilisent moins les services de santé. Parmi ces groupes, on compte surtout des membres des minorités visibles, des femmes ainsi que des personnes sans domicile fixe^{5,7-9}. Même lorsque ces personnes ont accès à des soins de santé appropriés, bon nombre maintiennent difficilement leur engagement vis-à-vis le traitement car elles ne prennent pas leur médicament selon le mode prescrit et n'assistent pas à leurs rendez-vous médicaux de manière assidue. Une étude américaine rapporte d'ailleurs qu'un tiers des personnes sans domicile fixe mettent fin à la prise d'antirétroviraux en cours de traitement. Pour contrer cette situation, les auteurs proposent de recourir à des mesures particulières de gestion de cas (« *adherence case management* ») et de prise supervisée de médication (« *directly observed therapy* »)⁵.

D'autres moyens ont aussi été évoqués pour améliorer la dispensation de traitements aux personnes marginalisées. Des études ont démontré que les personnes vulnérables infectées par le VIH pourraient bénéficier d'une approche de proximité^{4,9}. Fondée sur l'interaction entre l'intervenant et le patient, cette approche vise à rejoindre ce dernier dans son milieu de vie pour l'encourager et le soutenir dans le changement de ses comportements¹⁰. Certaines modalités de soins semblent d'ailleurs particulièrement adaptées pour favoriser l'engagement des personnes marginalisées dans leur traitement. L'offre de services connexes au traitement médical, tels que des mesures de transport et d'assistance à domicile, semble exercer un impact positif sur l'observance des rendez-vous. Cet impact serait optimisé lorsque les interventions sont adaptées à certaines particularités des patients telles que l'utilisation de drogues injectables et la présence de troubles mentaux⁸. Ces résultats sont des plus importants car ils révèlent des solutions pour contrer un

Affiliations des auteurs

1. Institut Universitaire de Santé Mentale Douglas, Montréal, QC
2. Département de psychiatrie de l'Université McGill, Montréal, QC
3. Université du Québec à Montréal, Montréal, QC
4. Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal, QC
5. Département de microbiologie et immunologie, Université de Montréal, Montréal, QC

Correspondance : Michel Perreault, Institut Douglas, 6875 Boul. LaSalle, Montréal (Québec) H4H 1R3, Tél. : 514-761-6131, poste 2823, Téléc. : 514-888-4063, Courriel : michel.perreault@douglas.mcgill.ca

Remerciements : Les auteurs tiennent à remercier tous les intervenants du programme de l'Unité ambulatoire du CHUM, ainsi que Noé Djawn White pour sa contribution lors de l'implantation du projet. Cette étude a été réalisée en partie grâce aux fonds du SLITSS (Service de lutte contre les infections transmissibles par le sexe et le sang (ITSS)) du Ministère de la santé et des services sociaux du gouvernement du Québec.

faible taux d'observance des rendez-vous, un des déterminants d'abandon reconnu de la thérapie antirétrovirale⁷.

Dans ce contexte, la présente étude vise à décrire l'observance aux rendez-vous d'une clientèle toxicomane marginalisée pour un traitement sur le VIH caractérisé par une approche de proximité.

MÉTHODE

Milieu

Depuis 2001, l'Unité ambulatoire VIH-Toxicomanie du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) offre des services médicaux (généralistes et spécialisés) et psychosociaux à une clientèle du centre-ville de Montréal présentant une grande vulnérabilité sociale. Une équipe interdisciplinaire y assure le suivi de patients séropositifs qui utilisent des drogues. L'entrée en traitement est volontaire et les patients peuvent mettre fin au suivi s'ils le désirent.

Le mode de suivi offert au patient est ajusté en fonction de sa situation médicale. Lorsque son état est stable, il est suivi au site fixe du CHUM. Si son état se détériore, c'est-à-dire quand le personnel traitant note soit un décompte de CD4 sous les 200 cellules/mm³, soit une faible observance des rendez-vous, soit encore une observance inadéquate de la thérapie antirétrovirale, l'équipe mobile est appelée à intervenir rapidement. Divers services d'accompagnement ainsi qu'une plus grande intensité de suivi sont alors mis en œuvre jusqu'à ce que la situation du patient soit stabilisée.

À la clinique du site « fixe », l'équipe est composée de six omnipraticiens, d'un infirmier et d'une travailleuse sociale. On y effectue un suivi auprès de personnes qui sont en mesure de s'engager dans un traitement médical. Trois types de services y sont offerts : médicaux, infirmiers et sociaux, avec ou sans rendez-vous.

L'équipe mobile se compose de cinq infirmières et de deux travailleurs sociaux. On y offre un suivi dans le milieu de vie des patients plus instables afin de leur faciliter l'accès aux soins de santé. On leur offre aussi de l'accompagnement pour s'assurer qu'ils assistent à leurs rendez-vous médicaux et qu'ils parviennent à respecter leurs obligations sociales.

En plus de soutenir les interventions menées au site fixe, l'équipe mobile appuie aussi des services médicaux dispensés dans d'autres hôpitaux et par des organismes de première ligne (Centres locaux de services communautaires (CLSC), Groupes de Médecine de Famille (GMF) et cliniques médicales privées). Six types de services sont prodigués : 1) le *Plan de services individualisé*, pour mettre à jour le plan d'intervention du patient en collaboration avec des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux (i.e., organismes communautaires, CLSC, Centres de réadaptation en toxicomanie); 2) les *Visites à domicile*; 3) les *Accompagnements médicaux*, associés aux rendez-vous avec les médecins du site fixe et des autres hôpitaux et cliniques; 4) les *Accompagnements sociaux*, effectués avec les patients lors de rencontres qui ont pour but, entre autres, de visiter des logements sociaux ou des centres de désintoxication, de régler des questions reliées à l'aide sociale ou encore d'obtenir une carte d'assurance-maladie; 5) les *Visites en ressources*, qui ont lieu lorsque le patient est hébergé dans des ressources pour personnes toxicomanes ou atteintes du VIH; et 6) les *Rendez-vous de suivi en travail social* qui permettent, entre autres, l'intervention en situation de crise, la recherche de logement, la budgétisation, la sécurité alimentaire et l'accompagnement lors de démarches juridiques.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques de l'échantillon

	N	% ou moyenne (écart type)	Médiane (25 ^{ème} et 75 ^{ème} percentile)
Sexe	174		
Hommes		76,4	
Femmes		23,0	
Transgenres		0,6	
Âge	175	43,7 (8,3)	44 (39; 49)
Traitement antirétroviral	174		
Initié avant le suivi		30,5	
Initié durant le suivi		39,7	
Pas débuté		10,3	
Pas d'indication		19,5	
CD4 sous les 200	175	38,9	
CD4 le plus récent	171	332,0 (223,0)	300 (170; 440)
Charge virale la plus récente (log ₁₀)	171	2,8 (1,5)	1,7 (1,7; 4,0)
Drogues consommées	175		
Cocaïne		74,9	
Héroïne		1,7	
Cocaïne/héroïne		13,7	
Alcool		6,8	
Aucune		2,9	
Hépatite C	148	79,1	
Diagnostic psychiatrique	175	30,3	
Sans domicile fixe*	175	41,7	
Logement social*	175	22,3	
Incarcération*	174	38,5	
Suivi en travail social	175	52,6	

* Au cours de l'année précédente

Procédure

Cette étude a fait l'objet d'une approbation par le Comité d'éthique de Recherche du CHUM. Afin de documenter l'observance des rendez-vous à l'Unité ambulatoire VIH-Toxicomanie du CHUM, des informations relatives aux services médicaux et psychosociaux dispensés aux patients entre le 30 novembre 2006 et le 1^{er} décembre 2007 ont été recueillies. Chaque rendez-vous pris au site fixe et à l'équipe mobile au cours de la période à l'étude a été retenu pour les analyses. Parmi ces rendez-vous, le nombre de ceux qui ont été « respectés » a été établi. Le rapport entre ce nombre et le nombre de rendez-vous qui avaient été prévus a été utilisé pour le calcul des taux d'observance. Ces taux ont été produits pour chacun des modes de suivi (i.e., site fixe seul, site fixe appuyé par l'équipe mobile, ou équipe mobile conjointement avec d'autres cliniques) et pour les types de services reçus (i.e., médicaux et psychosociaux). Lorsque des comparaisons ont été faites entre ces taux, le test statistique du Chi carré a été utilisé.

Il convient d'ajouter que les consultations dont la date avait été déplacée ont pu être traitées comme les consultations régulières. Néanmoins, la méthode de collecte des données utilisée n'a pas permis de tenir compte des visites sans rendez-vous.

RÉSULTATS

L'unité ambulatoire a dispensé des services à 185 patients au cours de la période couverte par l'étude. Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de ces patients sont présentées au Tableau 1. Au moment de leur admission à l'Unité ambulatoire du CHUM, ils avaient tous reçu un diagnostic d'infection par le VIH et étaient utilisateurs de drogues, principalement par injection. Au début de la période d'inclusion à l'étude, 74,9 % d'entre eux faisaient usage de cocaïne, 1,7 % d'héroïne, 13,7 % à la fois de cocaïne et d'héroïne et 6,8 % d'alcool. L'âge moyen des sujets de l'étude était de 43,7 ans (écart-type (é.-t.) = 8,3) et on y dénombrait 76,4 %

Tableau 2. Taux moyens d'observance des rendez-vous selon le mode de suivi

	N	Rendez-vous fixés	Rendez-vous respectés	Moyenne des rendez-vous respectés (écart-type)	Médiane des rendez-vous respectés (quartiles)	Taux d'observance %
Suivi...						
... à l'hôpital Saint-Luc du CHUM						
Uniquement au site fixe*	114	2825	1733	15,2 (14,4)	10,0 (4,75; 22,0)	61,4
Au site fixe et par l'équipe mobile*	49	2074	1532	31,3 (18,7)	31,0 (14,5; 31,0)	73,9
-Portion attribuable au site fixe*	49	801	493	10,1 (9,7)	8,0 (3,0; 13,5)	61,6
-Portion attribuable à l'équipe mobile*	49	1273	1039	21,2 (14,6)	18,0 (8,0; 30,0)	81,6
...dans d'autres hôpitaux et cliniques, conjointement avec l'équipe mobile*	22	578	530	24,1 (15,9)	20,5 (13,75; 31,25)	91,7
Total*	185	5477	3795	20,5 (17,2)	15,0 (8,0; 31,0)	69,3

* Échantillon non normalement distribué selon le test de Shapiro-Wilk.

Tableau 3. Taux moyens d'observance des rendez-vous selon le type de service

	N	Rendez-vous fixés	Rendez-vous respectés	Moyenne rendez-vous respectés (écart-type)	Médiane des rendez-vous respectés (quartiles)	Taux d'observance %
Suivi à l'hôpital Saint-Luc du CHUM						
Uniquement au site fixe						
Médecins*	111	1094	708	6,4 (5,2)	5,0 (3,0; 9,0)	64,7
Infirmières*	104	1169	729	7,0 (6,6)	5,0 (1,25; 10,0)	62,4
Travail social*	59	562	296	5,0 (5,5)	3,0 (1,0; 6,0)	52,7
Au site fixe et par l'équipe mobile						
Médecin*	48	483	316	6,6 (4,6)	5,5 (2,25; 9,0)	65,4
Infirmière*	42	203	110	2,6 (3,8)	1,0 (0,0; 3,5)	54,2
Travail social*	13	115	67	5,2 (5,6)	4,0 (1,0; 6,5)	58,3
Plan de services individualisés*	8	8	7	0,9 (0,4)	1,0 (1,0; 1,0)	87,5
Visites à domicile*	25	359	273	10,9 (10,3)	10,0 (2,0; 17,0)	76,0
Accompagnement médical*	35	347	265	7,6 (5,5)	6,0 (4,0; 9,0)	76,4
Accompagnement social*	17	51	43	2,5 (1,7)	2,0 (1,0; 3,5)	84,3
Visites en ressource*	20	173	154	7,7 (8,9)	3,5 (1,0; 13,5)	89,0
Travail social	18	335	297	16,5 (12,8)	13,5 (5,5; 29,0)	88,7
Suivi dans d'autres hôpitaux et cliniques*, conjointement avec l'équipe mobile						
Visites à domicile*	10	180	161	16,1 (15,4)	13,5 (3,5; 21,25)	89,4
Accompagnement médical	12	106	95	7,9 (3,9)	8,0 (5,5; 10,5)	89,6
Accompagnement social	8	15	15	1,9 (0,8)	2,0 (1,0; 2,75)	100,0
Visites en ressources*	6	81	81	13,5 (20,5)	4,5 (1,75; 24,75)	100,0
Travail social	9	196	178	19,8 (10,9)	19,0 (10,0; 29,0)	90,8

* Échantillon non normalement distribué selon le test de Shapiro-Wilk.

d'hommes. Le décompte de CD4 le plus récent au dossier des patients comptait une moyenne de 332,0 cellules / mm³ (é.-t. = 223,0; médiane = 300,0) et la moyenne de la charge était de 2,8 log₁₀ (é.-t. = 1,5; médiane = 1,7). Par ailleurs, 38,9 % des patients présentaient un taux de CD4 de moins de 200, un seuil d'immunosuppression jugé critique. En outre, un diagnostic psychiatrique apparaissait au dossier de près du tiers des participants (30,3 %) et 41,7 % d'entre eux avaient déclaré être sans domicile fixe au cours de la période visée. Il est à noter que l'ensemble des sujets étaient suivis à l'unité ambulatoire du CHUM depuis une durée moyenne de 4,4 ans (é.-t. 7,8; médiane : 3,5). Également, au cours de la période étudiée, les patients se sont présentés à un nombre moyen de 20,6 rendez-vous (é.-t. 17,3; médiane : 15,0).

En ce qui a trait au mode de suivi, les résultats indiquent que 114 (61,6 %) patients ont consulté uniquement au site fixe, tandis que pour 49 (26,5 %) d'entre eux, à la fois le site fixe et l'équipe mobile ont été impliqués (Tableau 2). Les autres patients (22 ou 11,9 % de l'échantillon) n'ont pas été suivis au site fixe. Ils ont plutôt reçu des services de l'équipe mobile en appui à une intervention médicale menée par des médecins d'autres hôpitaux ou de cliniques établies dans la communauté.

Les résultats démontrent que le taux d'observance des rendez-vous diffère selon le mode de suivi (voir le Tableau 2). Pour les

patients dont le suivi a été effectué uniquement au site fixe, il est de 61,4 %. Ce taux est statistiquement inférieur à celui de 73,9 % obtenu pour les services dispensés conjointement par l'équipe mobile et le site fixe ($\chi^2 = 84,4$; degrés de liberté (ddl) = 1; $p < 0,001$). D'ailleurs, les taux d'observance pour les rendez-vous à l'équipe mobile sont généralement plus élevés que ceux obtenus pour les services du site fixe (voir le Tableau 3). Par exemple, un taux de 65,4 % est obtenu pour l'observance des rendez-vous avec les médecins du site fixe alors qu'il atteint près de 90 % pour les visites dans les ressources, dispensées par l'équipe mobile ($\chi^2 = 34,9$; ddl = 1; $p < 0,001$).

Enfin, les taux rapportés pour l'observance des rendez-vous au site fixe ont été comparés selon que les patients étaient uniquement suivis à cet endroit ou qu'ils étaient aussi suivis par l'équipe mobile. Les taux d'observance observés sont similaires dans les deux cas, que les patients n'aient reçu des services qu'au site fixe (61,4 % basé sur 2825 rendez-vous) ou qu'ils en aient aussi reçu par l'équipe mobile (61,6 % basé sur 801 rendez-vous) ($\chi^2 = 0,01$; ddl = 1; $p < 0,92$) (voir le Tableau 3).

DISCUSSION

La présente étude a été menée auprès de 185 patients traités pour le VIH dans le cadre d'un suivi de proximité dispensé par l'unité

ambulatoire du CHUM à l'intention d'une clientèle marginalisée. L'étude portait sur l'observance des rendez-vous médicaux et psychosociaux au cours d'une année pour les divers modes de suivi (clinique du site fixe, clinique du site fixe appuyée par l'équipe mobile et autres cliniques appuyées par l'équipe mobile).

Les résultats indiquent que le taux d'observance des rendez-vous pour les services médicaux et psychosociaux à la clinique du site fixe du CHUM (61,4 %) est légèrement inférieur à ceux observés dans les écrits scientifiques. Par exemple, dans leurs travaux, Coleman et collègues rapportent un taux d'observance des rendez-vous de 74 % chez les patients séropositifs d'un centre américain qui dispense des services aux personnes ne possédant pas d'assurance médicale⁷. Une autre étude présente un taux similaire dans le cas d'une clinique offrant des services aux gais et lesbiennes³. Toutefois, il est à noter que la clinique ambulatoire du CHUM cible une clientèle caractérisée par des problèmes de toxicomanie. En fait, la majorité des patients consomment des drogues par voie d'injection. Ainsi, le taux plus faible d'observance des rendez-vous au site fixe pourrait s'expliquer par la plus grande vulnérabilité de sa clientèle.

Par contre, les taux observés pour les personnes dont la santé physique et mentale est plus précaire apparaissent plus élevés dans cette étude que ceux rapportés dans une étude similaire. Ainsi, un programme qui utilise une stratégie de proximité mis en place à New York auprès d'une clientèle marginalisée comparable à celle que dessert l'équipe mobile du CHUM a démontré un taux d'observance des rendez-vous beaucoup moins élevé. Malgré la mise en place de mesures destinées à accommoder les patients plus désorganisés, comme par exemple des visites à domicile et l'obtention de rendez-vous le jour même, le taux d'observance des rendez-vous rapporté n'a été que de 29 %¹¹.

L'interprétation des résultats de la présente étude doit toutefois être faite avec prudence, à la lumière de ses principales limites. Il convient de rappeler à ce propos que l'échantillon comprend l'ensemble de la clientèle sous traitement, mais uniquement pour une période d'un an. Plusieurs aspects entourant l'offre de traitement et l'évolution des patients peuvent varier dans le temps, spécialement pour un traitement au long cours. Il serait pertinent de mener une étude similaire sur une période de plusieurs années pour mieux décrire la dynamique de l'équipe mobile et l'évolution des patients auprès desquels elle est intervenue. Par ailleurs, le fait de recourir à un devis rétrospectif limite le nombre de variables à l'étude. Seules les caractéristiques des patients présentées aux dossiers et l'utilisation des données colligées dans les registres de traitement ont pu être considérées pour cette étude descriptive. Des variables telles que la régularité à laquelle le patient se présente à la pharmacie pour se procurer sa médication et une évaluation de la qualité de vie pourraient être intégrées dans des études futures, en faisant appel à un devis prospectif. L'objectif pourrait être alors d'identifier les caractéristiques des patients qui bénéficient le plus de l'intervention de l'équipe mobile ainsi que le moment optimal où elle devrait être associée au traitement.

Malgré ces limites, les résultats de la présente étude tendent à démontrer l'importance de combiner différents éléments issus d'une approche de proximité à ceux d'une approche plus classique, telle que celle pratiquée au site fixe du CHUM. Lorsque les deux approches sont combinées, le taux d'observation des rendez-vous médicaux et psychosociaux des patients plus instables s'est révélé comparable à celui obtenu par les personnes plus stables, suivies

uniquement à la clinique du site fixe. Ce constat est important puisque le respect des rendez-vous est un déterminant de l'observance de la thérapie antirétrovirale. Il permet d'avancer l'hypothèse selon laquelle cette stratégie d'intervention contribue à améliorer les effets de ce traitement auprès des personnes marginalisées.

RÉFÉRENCES

1. Russell J, Krantz S, Neville S. The patient-provider relationship and adherence to highly active antiretroviral therapy. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2004;15(5):40-47.
2. Preau M, Lepout C, Salmon-Ceron D, Carrieri P, Portier H, Chene G, et al. Health-related quality of life and patient-provider relationships in HIV-infected patients during the first three years after starting PI-containing antiretroviral treatment. *AIDS Care* 2004;16(5):649-61.
3. Berg MB, Safren SA, Mimiaga MJ, Grasso C, Boswell S, Mayer KH. Non-adherence to medical appointments is associated with increased plasma HIV RNA and decreased CD4 cell counts in a community-based HIV primary care clinic. *AIDS Care* 2005;17(7):902-7.
4. Lyons C. HIV drug adherence: Special situations. *J Assoc Nurses AIDS Care* 1997;8(Suppl):29-36.
5. Moss AR, Hahn JA, Perry S, Charlebois ED, Guzman D, Clark RA, et al. Adherence to highly active antiretroviral therapy in the homeless population in San Francisco: A prospective study. *Clin Infect Dis* 2004;39(8):1190-98.
6. Tucker JS, Burnam MA, Sherbourne CD, Kung FY, Gifford AL. Substance use and mental health correlates of nonadherence to antiretroviral medications in a sample of patients with human immunodeficiency virus infection. *Am J Med* 2003;114(7):573-80.
7. Coleman S, Boehmer U, Kanaya F, Grasso C, Tan J, Bradford J. Retention challenges for a community-based HIV primary care clinic and implications for intervention. *AIDS Patient Care and STDs* 2007;21(9):691-701.
8. Andersen M, Hockman E, Smerek G, Tinsley J, Milford D, Wilcox R, et al. Retaining women in HIV medical care. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2007;18(3):33-41.
9. McCoy L. HIV-positive patients and the doctor-patient relationship: Perspectives from the margins. *Qual Health Res* 2005;15(6):791-806.
10. Valentine J, Wright-De Aguerre L. Defining the components of street outreach for HIV prevention: The contact and the encounter. *Public Health Reports* 1996;111(Suppl 1):69-74.
11. Cunningham CO, Sanchez JP, Heller DI, Sohler NL. Assessment of a medical outreach program to improve access to HIV care among marginalized individuals. *Am J Public Health* 2007;97(10):1758-61.

Reçu : 22 mai 2009

Accepté : 15 septembre 2009

ABSTRACT

Objective: To document compliance with medical and psychosocial appointments for HIV/AIDS treatment in a population of marginalized individuals with problematic drug use.

Method: This is a retrospective study exploring appointment compliance for an HIV treatment based on an outreach intervention. Information regarding the medical and psychosocial appointments of 185 patients of the HIV-Drug Addiction outpatient unit, at the University of Montreal Hospital Centre (CHUM), has been collected for a one-year period (2006-2007). The compliance rate of appointments has been calculated according to the type of care provided: 1) conventional, provided only in the clinic at the "fixed" location, and 2) outreach-based, when the team at the fixed location is complemented by the intervention of a "mobile" team for the more unstable patients.

Results: Compliance rates for medical and psychosocial appointments in patients receiving care solely at the fixed location is 61.4%. For those whom care is received at the fixed location while complemented by the mobile team, the corresponding rate is 73.9%. This is an elevated compliance rate, higher than those generally reported for outreach-based programs.

Conclusion: These results lend support to the success of programs integrating an outreach-based intervention for a vulnerable clientele. Indeed, appointment compliance in those who are more disorganized, for which the mobile team has intervened, has proven comparable and even superior to compliance with appointments when treatment is only received at the fixed location.

Key words: Compliance; human immunodeficiency virus; addiction; treatment; vulnerable clientele; outreach