



Centre de collaboration nationale
des maladies infectieuses

National Collaborating Centre
for Infectious Diseases

GUIDE DE PLANIFICATION DES SERVICES D'APPROCHE

à l'intention des praticiens qui travaillent dans le domaine des
maladies infectieuses auprès de populations vulnérables

FÉVRIER 2012
2e édition

GUIDE DE PLANIFICATION DES SERVICES D'APPROCHE

à l'intention des praticiens qui travaillent dans le domaine des
maladies infectieuses auprès de populations vulnérables

FÉVRIER 2012
2^e édition

Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses

515 avenue Portage

Winnipeg (Manitoba)

R3B 2E9

Tél : (204) 943-0051

Télééc : (204) 946-0927

ISBN: 978-0-9920071-1-9

Visitez notre site Web : www.nccid.ca

Questions? Envoyez-nous un courriel : nccid@icid.com

Suivez-nous sur Twitter : [@NCC_NCCID](https://twitter.com/NCC_NCCID)

REMERCIEMENTS

Le Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses tient à remercier les nombreuses personnes qui ont contribué à la création du *Guide de planification des services d'approche* dont voici.

COMITÉ CONSULTATIF

Francisco Ibáñez-Carrasco, Ph.D., responsable de programme, Universities Without Walls, Toronto (Ontario). D'août 2008 à septembre 2010.

Barbara Anderson, B.Sc.Inf., M.Sc., responsable, Sexually Transmitted Infections Northern Alberta, Edmonton (Alberta). De novembre 2009 à septembre 2010.

Pascale Robitaille, M.A., coordonnatrice de l'équipe des services d'approche, Stella Montréal (Québec). D'août 2008 à novembre 2009.

Chris Buchner, MHA, Vancouver Coastal Health, Vancouver (Colombie-Britannique). D'août 2008 à septembre 2010.

Margaret Ormond, IA, Sunshine House Drop-in et coordonnatrice des services d'approche, Winnipeg (Manitoba). D'août 2008 à septembre 2010.

CONSULTATIONS AUPRÈS DES INTERVENANTS

Les 111 participants au *Forum sur la synthèse et l'échange des connaissances sur le VIH et les ITS : L'enrichissement et l'échange des connaissances permettant de joindre les populations vulnérables* tenu à Montréal (Québec) en février 2008

Les 45 participants à la Consultation sur le *Guide des services d'approche aux populations vulnérables* tenue à Toronto (Ontario) les 11 et 12 mars 2010

Les 50 participants à l'atelier sur la définition des services d'approche dans le cadre de l'atelier d'été des Centres de collaboration nationale ayant pour thème « Créer des liens pour les pratiques, les politiques et la recherche en santé publique » tenu à Winnipeg (Manitoba) du 28 au 30 juin 2010

AUTRES ORGANISMES ET PERSONNES

- Alberta Health Services (AHS) – Équipe des services d'approche de la clinique des infections transmises sexuellement d'Edmonton – le site d'apprentissage
- Conseillers
- Les 14 participants à l'atelier régional sur les services d'approche aux populations vulnérables qui ont fourni des commentaires sur la première traduction française du Guide
- Les traducteurs et traductrices qui ont fourni la première version et la version définitive française du Guide

...et beaucoup d'autres personnes



PRÉFACE

Le but de ce Guide est **d'offrir un modèle conceptuel fondé sur des données probantes dans le but de guider la planification des activités liées aux services d'approche**. Ce modèle se base sur des renseignements obtenus lors d'un examen de la portée terminé en septembre 2009 et lors de consultations de suivi tenues en 2010.

Ce Guide a été rédigé par le **Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses (CCNMI)** à l'intention des groupes suivants :

1. les gestionnaires et les superviseurs des programmes sur les maladies transmissibles qui se servent des services d'approche pour joindre les populations vulnérables;
2. le personnel des services d'approche;
3. les groupes qui représentent les populations vulnérables et qui participent aux activités des services d'approche.

Ce Guide concentre sur les défis relevés par les personnes qui s'occupent de la planification des services d'approche. **Ce Guide identifie les questions à considérer à divers stades du programme de services d'approche. Il sert d'outil de réflexion et de prise de décision. Son objectif est d'aider les praticiens qui travaillent avec les communautés vulnérables à planifier leur approche. Ce Guide vous aidera à déterminer les enjeux plus généraux liés aux services d'approche, tout en respectant les besoins particuliers d'une population, d'une maladie ou d'un endroit.**

HISTORIQUE DU PROJET

En 2008, le CCNMI a organisé deux forums : *L'enrichissement et l'échange des connaissances permettant de joindre les populations vulnérables* (février 2008, Montréal, Québec) et *Le renforcement des résultats dans la prévention du VIH et des ITSS* (mars 2008, Toronto, Ontario). Ces forums ont fait ressortir le besoin d'une perspective nationale sur les services d'approche qui énoncerait les composantes d'un « bon » programme d'approche tout en permettant d'y inclure un élément souple et novateur. De cette façon, il pourrait être adapté à un contexte local et à une population cible. À l'échelle du Canada, plusieurs bons programmes peu connus ont été remarqués. Grâce au partage des leçons tirées de ces programmes, il est possible de contribuer à la création de programmes de services d'approche partout au Canada.

Une analyse de la documentation scientifique a également démontré qu'il existe peu de données probantes sur l'efficacité des services d'approche offerts dans le cadre de la prestation des programmes de santé ou de services sociaux. Un examen de la documentation sur les programmes à notre disposition et des discussions avec les praticiens ont également indiqué qu'on retrouve peu de documentation sur la conception et la gestion des programmes de services d'approche efficaces. Ce manque de recherche sur les questions fondamentales des programmes fait contraste avec les renseignements abondants sur les directives techniques et les manuels de procédures détaillés qui traitent de sujets précis (p. ex., les tests). Pourtant, les rapports anecdotiques des praticiens révèlent que la conception et la gestion des programmes sont aussi



importantes que le choix de l'approche, du modèle ou de l'expertise technique au succès des services d'approche.

Comme suivi, le CCNMI a commandé un examen de la portée des données probantes par rapport à la planification d'un programme de services d'approche. L'examen a porté principalement sur les sources liées à la planification et à la gestion des services d'approche, en particulier sur la prévention et le traitement des infections transmises sexuellement et par le sang, y compris le VIH (VIH, ITSS). Cette recherche a aussi inclus des sources provenant d'autres domaines pertinents tels que la santé mentale et la toxicomanie. Ce Guide s'appuie sur les renseignements obtenus au cours de cet examen et sur les commentaires recueillis lors des consultations nationales.



TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	i
PRÉFACE	ii
COMPRENDRE LES SERVICES D'APPROCHE	1
DÉFINIR LES SERVICES D'APPROCHE	2
UN MODÈLE CONCEPTUEL DES SERVICES D'APPROCHE	3
1^{RE} ÉTAPE : APPRENDRE À CONNAÎTRE VOTRE POPULATION	5
1.1 Établir le profil d'une population vulnérable	5
1.2 Évaluer la situation	7
1.3 Impliquer des membres de la population vulnérable	8
2^E ÉTAPE : CONCEVOIR VOTRE PROGRAMME DE SERVICES D'APPROCHE	10
2.1 Élaborer un cadre conceptuel et définir votre programme	10
2.2. Considérer les questions éthiques, juridiques et de gestion des risques	13
2.3. Élaborer des politiques, des procédures et des lignes directrices	17
2.4 Considérer les besoins en dotation et en perfectionnement du personnel	18
3^E ÉTAPE : PRESTATION DES SERVICES	23
3.1 Gérer le programme	23
3.2 Intégrer les services	24
3.3 Mobiliser les membres de la communauté	26
3.4. Développer les capacités et défendre les intérêts	27
4^E ÉTAPE : MESURER LES RÉSULTATS	30
4.1 Élaborer un cadre de mesure du rendement	31
4.2 Suivre le progrès	32
4.3 Communiquer et célébrer les résultats	32
CONCLUSION	33



TABLE DES MATIÈRES

RÉFÉRENCES	34
ANNEXES DU GUIDE DE PLANIFICATION DES SERVICES D'APPROCHE	39
ANNEXE A : LEXIQUE	40
ANNEXE B : DÉFINITION DU RISQUE ET DE LA VULNÉRABILITÉ	48
ANNEXE C : PRINCIPES DE RÉDUCTION DES MÉFAITS	50
ANNEXE D : THÉORIE DU CHANGEMENT DU COMPORTEMENT	51
ANNEXE E : SOURCES DE DONNÉES CANADIENNES SUR LES POPULATIONS VULNÉRABLES	54
ANNEXE F : ÉTUDE DE FAISABILITÉ DE LA REPRÉSENTATION GÉOGRAPHIQUE	55
ANNEXE G : DOCUMENTATION DE L'ÉVALUATION DE LA SITUATION	56
ANNEXE H : MODÈLES LOGIQUES	58
ANNEXE I : DÉFIS CONCEPTUELS POUR L'ÉTABLISSEMENT DE PROGRAMMES DE SERVICES D'APPROCHE	61
ANNEXE J : OBLIGATION D'AVERTIR	67
ANNEXE K : FACTEURS ORGANISATIONNELS QUI FAVORISENT LES ENVIRONNEMENTS DE TRAVAIL POSITIFS	68
ANNEXE L : APTITUDES DES TRAVAILLEURS D'APPROCHE	69
ANNEXE M : SOUTIEN AUX TRAVAILLEURS D'APPROCHE OFFERT PAR NINE CIRCLES	70
ANNEXE N : SYNERGIE DE PARTENARIAT	71



COMPRENDRE LES SERVICES D'APPROCHE

Traditionnellement, la définition des services d'approche aux communautés vulnérables était « le processus de repérer les groupes qui sont invisibles, cachés ou difficiles à faire participer à un programme, de communiquer avec eux et de les recruter »¹ (*traduction libre*) et l'offre de « renseignements sur le type de préoccupation, sur les solutions que l'on peut apporter et sur la façon d'accéder aux services »² (*traduction libre*).

Le rapport sur la santé dans la rue de 2007, mené auprès de la population des sans-abri de Toronto, a soulevé les points suivants :

- La moitié des participants au sondage avaient vécu une dépression grave et un dixième de celles-ci avait déjà fait une tentative de suicide.
- Un tiers de ces personnes avaient été agressées et un cinquième des femmes avaient été violées ou agressées sexuellement.
- Trois quarts de ces personnes avaient au moins un problème de santé physique chronique ou permanent.
- Ces personnes étaient 29 fois plus aptes à contracter l'hépatite C que la population générale de Toronto et 300 fois plus susceptibles de contracter le VIH.
- Plus d'un quart de ces personnes avaient été renvoyées d'un établissement sans recevoir de soins de santé parce qu'elles n'avaient pas de carte santé au cours de l'année précédente.
- Plus d'un tiers de ces personnes croyaient qu'un fournisseur de soins de santé ne les avait pas traité avec respect ou avait porté jugement sur elles et un cinquième se sentaient mal traitées par le personnel de sécurité de l'hôpital.

Traduit et adapté de l'original :

Khandor E, Mason K. The street health report [en ligne]. 2007 [cité le 1^{er} mars 2010]. Téléchargeable en anglais du site suivant : <http://www.streethealth.ca/Downloads/SHReport2007.pdf>

Cela exige d'aller chercher les personnes vulnérables dans le propre milieu. Le but est de leur offrir des renseignements et de les inciter à utiliser les services déjà offerts dans leur communauté (p. ex., les cliniques). Récemment, un troisième élément a été ajouté à la définition des services d'approche : **le développement de la conscience communautaire**. Cet élément permet de répondre aux préoccupations immédiates des personnes (p. ex., la santé) et du même coup, d'aborder les inégalités et les vulnérabilités plus générales associées aux facteurs sociaux de la santé. Il y a plus de chances que les personnes en marge de la société avouent d'elles-mêmes :

- avoir un niveau de santé inférieur;
- visiter le service d'urgence d'un hôpital plus souvent que la population générale;
- être atteintes d'une maladie chronique ou bien d'une maladie mentale;
- avoir tenté de se suicider plus fréquemment que la majorité des personnes;



- avoir adopté des comportements destructifs;
- avoir eu de la difficulté à accéder aux services de santé.^{3,4}

DÉFINIR LES SERVICES D'APPROCHE

Au sens large, les services d'approche comprennent les composantes suivantes :

- la prestation de services aux personnes et aux groupes dans leur milieu naturel;
- la mobilisation et l'autonomisation des personnes et des groupes en leur donnant accès aux services; offerts par des sites fixes (p. ex., des cliniques);
- une contribution au développement de la conscience communautaire en rassemblant les personnes;
- un soutien au changement du comportement.

Les services d'approche devraient offrir des services aux clients en les mobilisant pour leur donner accès aux services dont ils ont besoin. Une des étapes importantes des services d'approche est d'établir une relation de confiance avec les clients et de les sensibiliser à leurs réalités culturelles. Défendre ces réalités font partie intégrante des services d'approche et sert à appuyer l'égalité en matière de santé. Les programmes d'approche reconnaissent également la différence entre le risque et la vulnérabilité en distinguant le risque individuel⁵ des vulnérabilités associées. Voir l'annexe B pour en savoir davantage sur la définition du « risque » et de la « vulnérabilité ».

Il est important de noter que de nombreux ouvrages dans la documentation discutent des lacunes en matière de recherche et des dangers de conclure que les leçons tirées d'une maladie, d'une population ou d'un endroit peuvent s'appliquer automatiquement ou facilement à d'autres situations.¹⁰⁻¹⁵

Les services d'approche font la promotion de comportements individuels positifs et des normes communautaires saines plus générales qui les appuient. Ils se concentrent sur la réduction des risques immédiats et sur la promotion du mieux-être à plus long terme des populations vulnérables en marge de la société qui n'ont pas accès aux services habituels.

POURQUOI UTILISER LES SERVICES D'APPROCHE?

La recherche en évaluation indique que les interventions d'approche réussies sont rentables. Ces interventions ont plusieurs caractéristiques en commun, dont :

- a) l'utilisation de modèles théoriques sur le changement du comportement;
- b) le développement des compétences liées au comportement;
- c) la sensibilisation aux réalités culturelles.



La durée et l'intensité des contacts personnels, la durabilité, le maintien de la stabilité des clients et la motivation sont aussi des facteurs importants.⁶⁻⁹

Il n'existe pas encore de données qui prouvent l'efficacité des services d'approche pour prévenir et traiter les infections transmises sexuellement et par le sang, y inclus le VIH et les ITSS, chez les populations vulnérables. Il a été prouvé que des services d'approche donnent des résultats pour réduire la propagation du VIH chez les utilisateurs de drogues injectables (UDI) en faisant la promotion de techniques d'injection plus sécuritaires. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a examiné plus de 40 évaluations d'interventions d'approche en travaillant avec les utilisateurs de drogues injectables et a conclu que les services d'approche sont :

...une stratégie efficace pour joindre les populations d'UDI difficiles à joindre et cachées, et offre aux UDI des moyens qui leur permettent de réduire leur comportement à risque... et d'augmenter leurs comportements de protection; il a été remarqué que les changements de comportement sont associés à des taux d'infection par le VIH moins élevés.¹⁶ (*traduction libre*)

UN MODÈLE CONCEPTUEL DES SERVICES D'APPROCHE

Le modèle proposé dans ce document se base sur l'évaluation de la portée de la littérature scientifique et a été modifié à la suite de consultations nationales. Son but est d'aider les personnes chargées de la planification et de la gestion d'activités d'approche à analyser certaines questions générales liées à l'approche.

Les principes de la réduction des méfaits (voir l'annexe C) et les théories sur le changement du comportement (voir l'annexe D) constituent le fondement des services d'approche du modèle.

Les quatre grandes phases suivantes ont été choisies pour faire partie du modèle conceptuel des services d'approche :

- 1. Évaluation – Apprendre à connaître votre population**
- 2. Planification – Concevoir votre programme de services d'approche**
- 3. Mise en œuvre – Offrir les services**
- 4. Mesure – Mesurer les résultats**

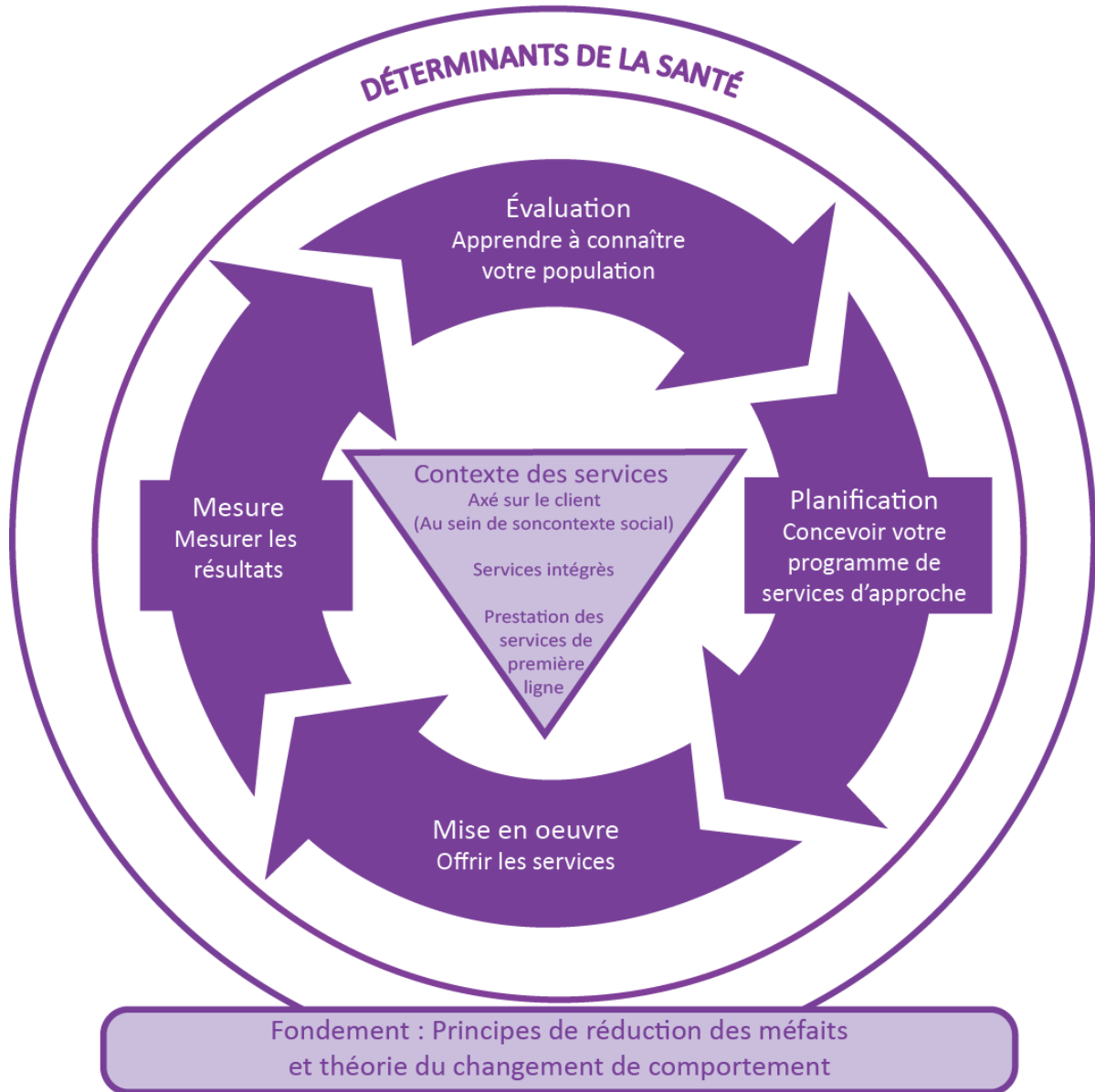
Ces quatre phases font partie du contexte des déterminants de la santé (cercle extérieur). Elles font ressortir comment l'interaction entre les services communautaires et les déterminants sociaux de la santé influencent les services et les pratiques de réduction des risques.¹⁷

De plus, le modèle tient compte de l'importance des trois composantes décrites ci-dessous dans la prestation des services d'approche qu'on doit les considérer à chaque étape du processus :

- un objectif axé sur le client qui tient compte du fait que relations sociales au sens large et les facteurs liés au contexte communautaire jouent un rôle important dans la santé d'une personne;
- des services intégrés;
- la pratique de la prestation des services de première ligne et la reconnaissance de l'importance des travailleurs de première ligne et des services qu'ils offrent¹⁷.



Modèle conceptuel des services d'approche aux populations vulnérables



Le modèle conceptuel de la planification des services d'approche destinés aux populations vulnérables est axé sur les principes de la réduction des méfaits et sur la théorie du changement du comportement. Ces principes et cette théorie tiennent compte des déterminants de la santé tels que le chômage, la pauvreté, le sexe, l'hébergement, la race, etc. aussi bien que le contexte de la prestation des services.

1^{RE} ÉTAPE : APPRENDRE À CONNAÎTRE VOTRE POPULATION

Les documents sur les programmes et des discussions avec les gestionnaires de programmes indiquent que plusieurs programmes d'approche bénéficieraient de profils des populations et d'évaluations de situations détaillés. Cela permettrait d'intégrer des approches basées sur la recherche. La participation des membres vulnérables de la communauté joue également un rôle clé dans la réussite d'un programme.

1.1 ÉTABLIR LE PROFIL D'UNE POPULATION VULNÉRABLE

La première étape de l'élaboration d'un programme d'approche est d'établir le profil d'une population (ou une représentation de la population vulnérable) et d'évaluer la situation actuelle des programmes.

La planification des services d'approche devraient s'appuyer sur une bonne connaissance de la taille et de l'emplacement des groupes clés de la population. Les services d'approche devraient permettre de joindre un grand nombre de membres des populations clés dans chaque endroit. Les outils de cartographie sociale et d'évaluation de la situation sont aussi des outils utiles qui servent à préciser l'emplacement, à estimer le nombre à chaque endroit et à évaluer les besoins programmatiques particuliers...¹⁸

De façon générale, le profil d'une population comprend les éléments suivants :

- **des données démographiques de base (p. ex., l'âge, le sexe, la sexualité, le groupe ethnique, la scolarité et le revenu);**
- **des renseignements sur le comportement (p. ex., pratiques sexuelles à risque élevé, utilisation de drogues injectables);**
- **des données sur la santé et sur les maladies.**

Créer le profil d'une population permet d'établir des indicateurs de base et des cibles par rapport au taux de maladie et aux comportements connexes plus facilement. Ce profil permet aussi de fixer des objectifs en matière de couverture et de prestation des services.

Voici quelques suggestions de questions qui vous aideront à élaborer des programmes de services d'approche pour les populations vulnérables :

- Que connaissons-nous au sujet des caractéristiques de base de notre population, de ses comportements (y compris les réseaux) et de son état de santé? Est-ce qu'on peut établir un lien entre les vulnérabilités présentes de notre population, les situations et les comportements à risque évidents? Peut-on définir les déterminants sociaux pertinents de la santé?
- Quelle est la taille de la population que nous voulons joindre? Peut-on schématiser son emplacement, les déplacements et les horaires réguliers des personnes de cette population?



Savons-nous quand et où le comportement à risque a lieu? Notre couverture est-elle suffisante pour changer les comportements et mettre fin à la transmission des infections?¹⁹

- Quelles sont les sources de données sur notre population? Si les données n'existent pas, pouvons-nous utiliser des données sur des populations semblables en milieux homogènes afin d'établir un profil?
- Quels sont les besoins de notre population et quels sont les besoins qui ne sont pas satisfaits? Que connaissons-nous sur les fournisseurs de services et les services existants? Quelle est la capacité ou le désir de la population d'accéder à ces services?
- Est-ce que les renseignements que nous avons pu être utilisés pour mesurer :
 - a) le rendement du programme,
 - b) la couverture,
 - c) l'efficacité et l'effet du programme sur le comportement,
 - d) l'efficacité du programme à diminuer la transmission de la maladie?

En se posant ces questions, il faut se rappeler que le but d'un profil est de créer l'image d'une population. Cette image nous aidera ensuite à créer des programmes et des mesures du rendement efficaces.

La collecte et l'analyse de ces données constituent une étape importante de la planification. Il est aussi possible d'accéder à d'autres sources de données. Au Canada, il existe des données spécifiques et générales sur les populations vulnérables (voir l'annexe E pour consulter la liste de quelques-unes des sources de données canadiennes portant sur les populations vulnérables). Les programmes peuvent également produire leurs propres données par la collecte de données statistiques régulière (p. ex., les contacts, la distribution du matériel, les recommandations) et par des sondages ponctuels sur le comportement et la satisfaction de la clientèle.

La cartographie sociale pourrait vous assurer de rejoindre un nombre maximum de personnes d'un groupe caché ou marginalisé. Comme les exercices de cartographie sociale d'autres pays, l'étude de faisabilité sur la représentation géographique de Winnipeg a identifié des lacunes entre ce que les fournisseurs croyaient connaître au sujet des risques et des besoins d'une population vulnérable et les risques et besoins réels de cette population. (Voir l'annexe F pour en savoir davantage sur les leçons tirées et sur les recommandations de l'étude de faisabilité de la représentation géographique – activités à risque élevé à Winnipeg). Cependant, il n'est pas toujours possible d'utiliser la cartographie sociale dans tous les milieux.



1.2 ÉVALUER LA SITUATION

« Une évaluation de la situation influence la planification considérablement. Cette évaluation étudie les contextes juridique et politique, les intervenants, les besoins de la population en matière de santé, la documentation, les évaluations antérieures, de même que de la vision d'ensemble du projet. Le terme « évaluation de la situation » est maintenant utilisé au lieu de l'ancien terme « évaluation des besoins ». Ce changement est voulu. Le nouveau terme est utilisé pour éviter de cibler seulement les problèmes et les difficultés. Au lieu, ce nouveau terme mène à considérer les points forts et les possibilités des personnes et des communautés. Dans un contexte de promotion de la santé, l'évaluation de la situation nous demande également de tenir compte des conditions socio-environnementales et des grands déterminants de la santé »²⁰ (*traduction libre*)

Une évaluation de la situation comprend²¹ les éléments suivants, sans s'y limiter:

- les faits saillants, les conclusions, les tendances et les recommandations clés tirés de la documentation;
- les données et les analyses obtenues de l'évaluation et de la surveillance de la santé d'une population;
- les contextes juridique et politique;
- les perspectives des intervenants;
- les partenaires potentiels;
- les recommandations basées sur les expériences antérieures, y compris les renseignements tirés d'évaluations des programmes.

En d'autres mots, les évaluations de situations donnent un aperçu des programmes existants et nous aident à déterminer si l'offre de services d'approche est, en fait, la meilleure façon de procéder. Ces évaluations offrent également une occasion d'établir un dialogue avec les membres de la communauté vulnérable visée. Cela nous permet de préciser leurs besoins et de suggérer des interventions. De cette façon, il est possible d'établir une relation de travail qui renforcera la prestation des programmes.²²

En entreprenant une évaluation de la situation, un des plus grands défis est de décider par où commencer et quoi évaluer. Les recherches dans le domaine indiquent qu'il est important de tenir compte du chevauchement des programmes²³ et « d'évaluer les services locaux ».²⁴

Les évaluations de situations devraient au moins répondre à des questions aux niveaux individuel, communautaire et organisationnel. Par exemple:

- Quelle est la situation (considérer les tendances, la perception du public, les préoccupations des intervenants, etc.)?
- Qu'est-ce qui améliore ou aggrave la situation?
- Quelles mesures possibles pouvons-nous prendre pour composer avec la situation?²⁴

Les évaluations de situations devraient aussi :

- faire ressortir les aspects positifs (et non seulement les besoins ou les lacunes);
- être le résultat d'un dialogue continu et pertinent avec les communautés vulnérables;
- étudier les questions de santé d'une façon générale et approfondie;



- être complètes, convaincantes, crédibles et concluantes;
- considérer les déterminants sociaux de la santé²⁴.

Pour en savoir plus sur la façon de mener une évaluation de la situation, voir l'annexe G.

1.3 IMPLIQUER DES MEMBRES DE LA POPULATION VULNÉRABLE

Ce point revient souvent dans la documentation : les programmes d'approche doivent trouver les membres de la communauté vulnérable et établir des rapports avec eux.

Il est possible que les personnes vulnérables aient des antécédents complexes de malentendus et de manque de confiance envers les fournisseurs de services.²⁵ Pour surmonter ces obstacles, il est nécessaire d'inviter les membres de la communauté à s'impliquer comme partenaires dans une cause commune. Il faut reconnaître les droits à l'autodétermination de ces gens et il faut les inclure dans les décisions qui les touchent. Selon le National Institute on Drug Abuse (NIDA) :

« Les utilisateurs de drogues et leurs partenaires sexuels doivent être traités avec dignité et respect. Il faut aussi être sensibles à leurs réalités culturelles, ethniques et à leurs caractéristiques sexuelles. Pour obtenir un engagement complet des populations vulnérables, il faut que ces populations reconnaissent que nos préoccupations sont sincères et qu'on les voit comme des personnes capables de changer leur comportement. Les façons d'aborder les services d'approche doivent être appropriées sur le plan social et culturel. »²⁵ (*traduction libre*)

Cela s'applique également aux membres d'autres populations vulnérables.

Une évaluation sociale menée à l'étape de la planification peut servir à nous renseigner sur les besoins perçus et les besoins réels de la communauté. Afin de faire participer des membres d'une population donnée à identifier les points forts, les ressources et les capacités de la communauté, il est toujours possible de mener des entrevues avec des personnes clés, organiser des groupes de réflexion et utiliser d'autres façons d'établir des rapports.

En travaillant avec les leaders des communautés vulnérables, il est possible que certains désirent garder l'anonymat. Ces leaders sont qualifiés de « protecteurs de groupe » ou de « contrôleurs d'accès » dans la documentation internationale. Ces personnes peuvent être des travailleurs communautaires, des proxénètes, des membres du personnel de maisons de prostitution ou de bains, des conducteurs de taxi, des propriétaires de boutique et des narcotrafiquants. Les « contrôleurs d'accès » peuvent faciliter ou rendre difficile l'accès à la communauté.

Les « contrôleurs d'accès » peuvent, à la fois, travailler à des fins légitimes et douteuses. Il est possible qu'ils protègent les personnes vulnérables et qu'ils permettent à certaines personnes de parler au nom de tous. Il est aussi possible qu'ils protègent un « territoire » professionnel ou d'une agence et qu'ils définissent les rapports entre un programme et les membres d'une communauté.²⁶ Les « contrôleurs d'accès » peuvent également empêcher l'accès aux programmes d'approche pour des motifs bien intentionnés. Par exemple, en voulant protéger les membres d'une communauté contre la stigmatisation, l'intrusion, les méfaits ou en



voulant protéger le « territoire » de l'organisation. Ces personnes pourraient aussi avoir peur de perdre le contrôle ou de perdre un revenu. Peu importe leurs motifs, elles doivent être incluses dans la planification des interventions des services d'approche.

Afin d'encourager des membres de la communauté à s'impliquer, il est possible d'affecter leurs pairs à des postes de travailleurs d'approche. Même si l'utilisation des pairs semble être une approche efficace, il ne faut pas oublier que les personnes vulnérables ne se font pas confiance entre eux automatiquement. Certaines personnes pourraient se sentir plus à l'aise avec des intervenants qui viennent de l'extérieur.²⁵ Par exemple, il pourrait y avoir de la concurrence entre les travailleurs de l'industrie du sexe. De plus, la honte ou le secret pourrait empêcher certaines personnes de s'ouvrir à d'autres membres de la même communauté.

Il existe de nombreuses autres occasions qui permettent aux populations vulnérables de s'impliquer. Pendant la planification et la mise en œuvre, elles peuvent participer aux évaluations de situations et aux exercices de satisfaction de la clientèle. Elles peuvent adopter des rôles de chercheurs, d'ambassadeurs de programme, de travailleurs pairs, de bénévoles et de membres de groupes consultatifs et de gestion. Elles peuvent²³ même jouer un rôle dans l'examen et l'évaluation des programmes.

Malheureusement, certains fournisseurs ne sont pas certains de la façon de s'y prendre pour faire participer les clients aux décisions des programmes, particulièrement les travailleurs de l'industrie du sexe et les UDI.²⁷ Motiver les clients à s'impliquer, c'est un grand défi. Tout de même, de nombreux programmes ont trouvé des moyens pratiques de travailler avec les communautés vulnérables.



2^E ÉTAPE : CONCEVOIR VOTRE PROGRAMME DE SERVICES D'APPROCHE

La documentation sur les services d'approche aux populations vulnérables offre une gamme de modèles qui sont difficiles à distinguer entre eux. Ils comprennent le modèle sur les services d'approche à l'intention des leaders autochtones, le modèle sur les services d'approche qui s'adressent aux travailleurs de la santé communautaire, les services d'approche actifs, le modèle sur les services d'approche communautaires, le modèle sur les services d'approche en milieux naturels et le modèle sur les services d'approche PRECEDE.^{24,26,28,29}

Au lieu de définir chacun de ces modèles, cette section concentrera sur l'importance de l'élaboration d'un cadre conceptuel et traitera également de certaines questions clés à considérer lors de la conception de votre propre programme de services d'approche. Cette section donnera aussi un aperçu des défis communs qui se posent aux planificateurs de programmes ainsi que des questions d'ordre opérationnel qu'il faut prendre en considération.

2.1 ÉLABORER UN CADRE CONCEPTUEL ET DÉFINIR VOTRE PROGRAMME

Un programme de services d'approche efficace peut clairement définir le parcours du programme à partir des premiers efforts jusqu'à l'atteinte des résultats finaux et ce, en expliquant les diverses étapes. Avant de définir les approches et les activités d'un programme de services d'approche, il faut clairement définir ses buts et objectifs, par exemple, ce qu'ils ont l'intention d'accomplir au moyen de ces activités. Les objectifs d'un programme doivent être atteignables et clairement définis, sinon il sera difficile de déterminer si le programme a atteint ou non ses buts.

Un **modèle logique** peut servir d'outil efficace dans la description du parcours des nouveaux programmes ou des programmes existants. Ce modèle fournit également un moyen d'impliquer le personnel, les partenaires et les clients dans un partenariat de collaboration (voir l'annexe H pour en savoir davantage sur les modèles logiques).

Les modèles logiques sont efficaces pour les raisons suivantes :

- Ils offrent une représentation visuelle simple de la logique du programme (c.-à-d. comment le programme devrait fonctionner pour atteindre les résultats escomptés et pour avoir un effet positif sur la vie des personnes).
- Ils offrent une « carte routière » en liant les activités du programme, les personnes qui seront touchées et les résultats attendus.
- Ils facilitent la planification, la communication et fournissent une interprétation commune de la raison d'être du programme.
- Ils définissent les extrants et les résultats, et les indicateurs qui permettent de les mesurer.
- Ils font état des questions en matière de programme et d'évaluation.³⁰

Les **partenariats** résultent souvent d'initiatives qui se développent au fur et à mesure que de nouveaux partenaires et programmes s'y ajoutent. Souvent, une seule agence ou deux personnes entreprennent ces partenariats. Ces individus croient fermement aux avantages des partenariats et de la collaboration et sont prêts à contribuer le temps et les ressources nécessaires pour les mettre sur pied.



En concevant votre programme d'approche, il est important de nommer des partenaires éventuels et de travailler en collaboration. La recherche souligne l'importance des partenariats avec d'autres agences

« ...pour échanger des renseignements, coordonner des activités et répondre aux besoins multiples des clients. »³¹ (*traduction libre*) Elle indique aussi que « ...les partenariats offrent la possibilité de créer et de définir des nouvelles et meilleures façons de voir les questions liées à la santé. »³¹ (*traduction libre*)

En demandant aux communautés de s'impliquer, les organismes peuvent aller au-delà de l'ensemble des mesures prises par les agences pour créer une synergie. La collaboration la plus réussie se produit lorsque les organismes communautaires mettent leurs buts, leurs responsabilités et leurs ressources en commun.³²

Les observations en service d'approche suggèrent que les partenariats se forment progressivement et qu'il leur faut du leadership.³³

Les partenaires devraient collaborer et travailler ensemble. Sans cet objectif, les partenariats demeurent un groupe d'agences indépendantes qui coordonnent leurs propres activités sans jamais se rassembler dans le but d'élaborer et d'offrir des interventions. Voici des exemples de collaboration:

- travailler conjointement sur une proposition de financement;
- partager des tâches reliées à des activités existantes;
- mesurer le rendement du partenariat;
- mener des projets de recherche conjointement.

Consultez la section 3.2 pour en savoir davantage sur la collaboration et sur l'intégration des services.

Pour que les partenariats fonctionnent bien, il est essentiel que les partenaires soient prêts à céder une certaine partie de leur autonomie afin de travailler ensemble à des buts communs.^{31,34}

Les **questions courantes** qui préoccupent les planificateurs de programme lors de la conception des programmes sont :

- d'assurer un équilibre entre les principes de la réduction des méfaits et la promotion de la santé;
- d'assurer un équilibre entre une grande couverture (axée sur la population) et les besoins individuels;
- de réduire les dangers imminents tout en faisant la promotion du mieux-être à plus long terme;
- de réduire les risques et les vulnérabilités auxquelles font face les personnes tout en reconnaissant les normes de groupe de la population vulnérable;
- de déterminer si les interventions doivent être offertes indépendamment ou si elles doivent être intégrées à des programmes homogènes plus compréhensifs;



- de déterminer si les services d'approche doivent être offerts dans les milieux « ouverts » et « fermés »;
- de choisir d'utiliser les services professionnels du personnel d'approche ou ceux des travailleurs pairs de la communauté, ou les deux;
- de déterminer si les services devraient être offerts aux personnes dans leur milieu naturel ou si ces devraient être mobilisées dans le but d'accéder aux services classiques (des sites fixes);
- de déterminer si l'objectif du programme devrait viser une population précise ou une maladie en particulier.

Voir l'annexe I pour en savoir davantage sur ces questions et sur d'autres questions courantes qui font surface lorsque les planificateurs travaillent à la conception de leurs programmes d'approche.

Une culture axée sur la mesure et sur la gestion du rendement complémente bien le modèle logique et encourage les planificateurs à se concentrer plus sur les résultats que sur les activités.

En concevant votre programme, il est important d'instaurer une culture qui appuie la mesure du rendement. Souvent, la mesure du rendement est restreinte par une faible capacité de l'agence, par un manque de temps et de ressources, et par le fait de se concentrer uniquement sur « ce que l'on fait ». Cette situation s'aggrave lorsqu'il y a un manque d'analyse des données obtenues et un manque d'intégration au processus de planification. De plus, le temps consacré à rendre des comptes aux organismes de financement plutôt qu'à se pencher sur l'autoréflexion et l'amélioration n'aide pas la situation.

Il est utile de formuler des indicateurs mesurables pour chaque objectif. Les indicateurs mesurables sont des mesures quantifiables formulées à l'avance pour chaque objectif. Ces mesures sont utilisées pour déterminer le degré du progrès réalisé pour atteindre les buts à long terme du programme.³⁶

Par exemple, comment saurez-vous si :

- la structure de programme est la meilleure pour répondre aux besoins des populations vulnérables;
- le programme réussit à joindre les populations vulnérables;
- les agences partenaires améliorent leurs capacités pour mieux desservir les populations vulnérables;
- il y a un changement dans les comportements et la situation des populations vulnérables;
- l'état de santé de la population visée s'améliore?

En concevant un programme d'approche, il est aussi important d'établir un calendrier avec des dates précises pour mesurer le progrès. Dans le but d'assurer que le programme respecte les délais prévus, il faudrait faire des évaluations à des intervalles réguliers. Au niveau du fonctionnement, cela veut dire qu'il faut établir un processus de collecte de données mensuel, trimestriel et annuel. Il est aussi nécessaire de s'engager à analyser ces données sans tarder et d'élaborer des stratégies d'amélioration.

Pour appuyer les efforts d'évaluation, le personnel et les partenaires doivent être formés à effectuer la collecte, l'analyse et l'utilisation des données. Sinon, ils doivent avoir accès à des personnes qui sont en

mesure d'effectuer ce genre de travail. Reportez-vous à la 4^e étape pour en savoir davantage sur la mesure des résultats.

2.2 CONSIDÉRER LES QUESTIONS ÉTHIQUES, JURIDIQUES ET DE GESTION DES RISQUES

Les programmes d'approche se confrontent souvent à des questions éthiques et juridiques provenant de la vie des clients vulnérables. Ces personnes sont possiblement marginalisées, stigmatisées, malades, dépendantes ou touchées par le crime et la violence. Bien que ces questions posent des défis, il est possible de les aborder à l'aide de principes éthiques généraux et de codes de déontologie spéciaux.

Le Nine Circles Community Health Centre (NCCHC), situé à Winnipeg (Manitoba), a recours à sept principes directeurs de déontologie dans l'administration de leurs services d'approche.

Les principes directeurs de déontologie du Nine Circles Community Health Centre (NCCHC)

Respect de la dignité humaine : Ce principe vise à protéger les intérêts multiples interdépendants d'une personne, ainsi que son intégrité physique, psychologique et culturelle.

Respect du consentement libre et éclairé : Le respect des personnes comprend le respect du consentement individuel, ce qui mène au dialogue, au processus, aux droits, aux devoirs et aux exigences nécessaires au consentement libre et éclairé des clients.

Respect des personnes vulnérables : Il existe des obligations de déontologie particulières pour les personnes ayant une faible capacité intellectuelle ou de prise de décision, ce qui rend ces personnes vulnérables. Des populations vulnérables particulières pourraient être composées d'enfants, de personnes atteintes d'une incapacité mentale ou physique ou de personnes détenues.

Respect de la vie privée et de la confidentialité : Les normes portant sur la vie privée et sur la confidentialité protègent l'accès aux renseignements personnels, le contrôle et la diffusion de ceux-ci. Ces normes aident à protéger l'intégrité mentale ou psychologique des clients.

Respect de la justice et de l'inclusion : Ce principe suppose qu'aucun segment de la population ne devrait subir des méfaits injustement. Il prescrit des devoirs qui assurent que les personnes ou les groupes qui pourraient tirer avantage de l'équipe d'approche ne sont pas délaissés ou qu'ils ne subissent aucune discrimination.

Minimiser les méfaits : Les clients ne doivent pas être exposés inutilement à des risques de danger lorsqu'ils entrent en contact avec les membres de l'équipe d'approche.

Maximiser les avantages : Le contact avec les membres de l'équipe d'approche se fait dans le but d'avantager les clients.

Traduit et adapté de l'original :

Nine Circles Community Health Centre. Outreach team training and resource manual (ouvrage en cours d'élaboration). Winnipeg (Manitoba) Canada : Nine Circles Community Health Centre; 2008. p. 71. Ouvrage non publié.

Les **questions de déontologie** posent souvent des défis plus importants que les questions juridiques. Souvent, les réponses à ces questions sont moins claires et deux agences ou deux travailleurs peuvent trouver des solutions très différentes à la même question. Comme c'est le cas avec tout dilemme moral, il



faut rechercher un équilibre entre les valeurs divergentes (p. ex., la confidentialité et la divulgation) en traitant des questions éthiques portant sur le comportement des clients. Par exemple :

- Un programme doit-il viser à protéger les partenaires sexuels à risque des clients s'il a été établi que ces derniers sont infectés par le VIH ou par l'hépatite C?
- Les clients qui ont un comportement violent à l'égard d'autres personnes, y compris d'autres clients, devraient-ils recevoir les services du programme?
- Les agences de services d'approche devraient-elles aider la police à trouver des clients ou l'informer des crimes qui sont prévus?
- Jusqu'à quel point est-ce que le personnel d'approche devrait essayer d'aider un client qui refuse tout appui ou traitement?

En plus de fournir une direction sur les questions professionnelles et éthiques, les lignes directrices soulignent les principes clés, tels que l'importance de traiter les autres de la même façon qu'on voudrait se faire traiter, de ne pas faire de tort et d'être respectueux, compétent et compatissant.

Voir l'encadré ci-dessous qui sert d'exemple d'une ligne directrice adoptée par le National Health Care for the Homeless Council.

Lignes directrices professionnelles et éthiques à l'intention des travailleurs d'approche

La philosophie prédominante de ces lignes directrices est de traiter les autres de la même façon qu'on voudrait se faire traiter. Ce précepte s'applique non seulement à l'interaction avec les clients, mais aussi avec les collègues, les superviseurs, le personnel d'autres agences et les responsables de l'élaboration des politiques, etc. À tout le moins, ne faites pas de tort. Nous nous attendons à ce que les travailleurs d'approche traitent toujours les autres personnes d'une manière respectueuse et qu'ils offrent des soins aux clients avec compassion et d'une façon qui fait preuve de compétence... Il serait prudent que les travailleurs anticipent et précisent les dilemmes qui pourraient surgir dans leur travail d'approche et d'en discuter avec leurs superviseurs et leurs pairs. L'intention de certaines lignes directrices est d'amorcer de telles discussions en espérant que l'on se conforme à la philosophie de l'organisme sur les soins et la pratique et que l'on s'en tienne aux limites appropriées.

Traduit et adapté de l'original :

National Health Care for the Homeless Council. Professional and ethical guidelines for HCH outreach workers [en ligne]. Nashville, TN: National Health Care for the Homeless Council; s.d. [cité le 1^{er} mars 2010]. Consulté sur le site suivant : <http://www.nhchc.org/resources/clinical/tools-and-support/outreach/> (à l'étude).

En ce qui concerne les **questions juridiques** au Canada, il est recommandé aux programmes d'approche de respecter la loi, même celles qui pourraient être incompatibles avec les principes de déontologie. Agir autrement pourrait mettre en péril la capacité du programme de fournir des services.



Les rapports entre le personnel d'approche et les autorités **policieres** peuvent être complexes et changeants³⁷ en raison de cadres éthiques divergents : p. ex., le respect de la loi contre la promotion de la santé et du mieux-être des personnes vulnérables, dont certaines pourraient se livrer à des activités illégales ou antisociales. Pour surmonter ces obstacles, les programmes d'approche doivent comprendre le grand pouvoir discrétionnaire de la police et négocier avec elle pour obtenir une certaine « marge de manœuvre » qui leur fournirait un cadre de fonctionnement.

Les autorités policières et le personnel des services d'approche travaillent bien ensemble lorsqu'il existe de la compréhension et un respect mutuel entre eux. S'il est bien renseigné, le corps policier peut faire la promotion des services d'approche à des clients éventuels.³² Dans les partenariats qui ont bien fonctionné, il y existait une relation de travail positive et des voies de communication bien définies.³² Il est également important d'établir la légitimité des services d'approche et d'en convaincre la police. Pour y arriver, il faut trouver « ... des membres du personnel cadre du corps policier qui agissent à titre de promoteurs de ces efforts, »³⁷ (*traduction libre*) et qui informent clairement leurs agents que les services d'approche font partie de leur équipe. À ces fins, il serait idéal d'inclure une initiation au travail des agences de santé et de services sociaux dans la formation des policiers.

Puisque plusieurs clients de la population vulnérable se méfient de la police, de bonnes relations de travail avec le corps policier pourraient leur poser de nouveaux défis. Pour aider à établir clairement le rapport entre la police et les agences de services d'approche, il faut renseigner les clients sur la dynamique des relations de travail, sur les rôles de chaque partenaire et sur le genre de renseignements échangés entre les deux partis.³⁸

Certains chercheurs recommandent une prise de position assez claire sur l'échange de renseignements avec la police. La police devrait informer les programmes d'approche quand il est approprié de le faire, mais les programmes d'approche n'échangeront jamais des renseignements sur les clients du programme avec la police.³⁷

Les travailleurs d'approche en VIH et en ITSS devraient savoir que les lois qui régissent les activités des travailleurs de première ligne sur la divulgation de l'état sérologique des clients atteints du VIH ne sont pas tout à fait claires. De plus, la « criminalisation » du VIH et du sida a des répercussions sur les agences et sur leur personnel.

Consultez l'annexe J pour en savoir davantage sur les obligations des travailleurs dans la prévention des méfaits graves, prévisibles et imminents concernant autrui (ce concept est aussi appelé « l'obligation d'avertir »).

La **gestion des risques** est une composante importante dans la gestion du programme d'approche parce que la nature même des services demande d'interagir avec des personnes qui vivent en marge de la société. Ces personnes :

- pourraient se livrer à un comportement qui ne respecte pas la loi ou qui est inacceptable sur le plan social;
- risquent de faire l'objet de stigmatisation et de discrimination;
- pourraient être susceptibles aux traumatismes, y compris la violence, ce qui pourrait nécessiter des services d'urgence;



- pourraient être atteintes de maladies transmissibles dont la propagation pourrait être accidentelle;
- ajoutent un énorme fardeau à la sécurité et à la santé physique, mentale et affective du personnel.

Les personnes qui connaissent les services d'approche sont d'accord pour dire que ces services comportent des risques pour le personnel, les clients, les agences chargées de la mise en œuvre, les organismes de financement et pour la communauté en général. Ces risques comprennent des dangers pour la sécurité individuelle et des risques politiques pour une agence ou un bailleur de fonds. Traverser la ligne floue qui sépare les activités légales et morales de celles qui ne le sont pas pourrait entraîner des risques. Cela pourrait nuire à la réputation d'une agence. Comme dans tout risque, il y a un élément imprévisible. Même s'il existe beaucoup de documentation sur la protection du bien-être du personnel et des clients, il y a très peu de documentation sur les risques des programmes d'approche dans leur ensemble et sur les meilleurs moyens de les gérer.

La gestion des risques assure que les programmes continuent à fonctionner et que les intérêts des clients, du personnel, des agences, des partenaires, des bailleurs de fonds et de la communauté générale sont protégés.

Une politique sur la gestion des risques du Conseil du Trésor énonce quatre activités qui visent à gérer les risques. Même si ces activités ont été élaborées à l'intention de ministères, la portée de leur application est plus large. En voici quelques exemples :

- définir les risques;
- adopter des mesures pour minimiser ces risques et les coûts qui s'y rattachent;
- limiter les dommages au fur et à mesure qu'ils se produisent;
- adopter des mesures correctives après un incident.

Le plan de gestion des risques d'un programme d'approche devrait idéalement faire partie d'un plan plus global de l'organisme et devrait inclure des composantes telles que les suivantes :

- La détermination des risques associés à un programme d'approche classés en ordre de priorité selon leur probabilité et leur gravité.
- Les étapes visant à réduire l'occurrence de ces risques et les mesures nécessaires pendant et après l'incident (y compris le nom des responsables de la gestion des mesures).
- Les lignes directrices sur la sécurité personnelle et la formation à l'intention du personnel (p. ex., l'intervention thérapeutique en situation de crise).
- Les politiques et les procédures sur la santé et la sécurité au travail, y compris les piqûres accidentelles avec une aiguille. Elles pourraient comprendre une politique sur l'utilisation du traitement post-exposition (TPE).
- Les procédures de rapports d'incident, y compris des attaques de clients à l'endroit du personnel et d'autres clients; la violence verbale et physique, l'agression sexuelle; le contact avec la police; les accidents et la maladie au travail.



- Les comptes rendus sur les événements critiques à l'intention du personnel à la suite de situations de crise. L'accès à des programmes d'aide aux employés (PAE) qui visent la promotion et le maintien du bien-être physique et mental du personnel.
- Le développement d'un milieu de travail positif où les responsables et les membres du personnel s'appuient en créant une résistance au stress et aux chocs externes.
- Des plans de communications en vue d'incidents possibles, y compris les façons de communiquer avec les médias.

Avant de procéder à l'utilisation de travailleurs pairs, il est conseillé aux organismes intéressés d'en considérer les avantages et les inconvénients. Cela leur donnera l'occasion de décider si l'utilisation des pairs convient à leur situation. Ils pourront également déterminer les risques potentiels, les rôles convenables et leurs besoins en matière d'appui s'ils décident d'aller de l'avant.⁴⁰

2.3 ÉLABORER DES POLITIQUES, DES PROCÉDURES ET DES LIGNES DIRECTRICES

En général, une politique se décrit comme un principe ou une règle qui oriente les décisions et qui permet d'atteindre un ou plusieurs résultats rationnels. Le terme « politique » ne désigne pas ce qui est effectué de façon concrète. Il s'agirait alors d'une procédure ou d'un protocole. Même si une politique détermine le « quoi » et le « pourquoi », les procédures ou les protocoles répondent au « quoi », au « comment », au « où » et au « quand ».⁴¹ Les procédures et les protocoles énoncent la façon d'appliquer les politiques établies.

Avant de commencer à formuler des politiques, des procédures et des lignes directrices, il est important de savoir exactement ce qu'on veut accomplir (les buts et les objectifs) et de savoir exactement comment l'accomplir (les moyens d'approche).

Les programmes d'approche devraient formuler des politiques qui adressent les sujets suivants :

1. **La confidentialité**, y compris les procédures de consentement éclairé pour l'échange de renseignements.
2. **Le savoir-faire culturel** pour inclure la représentation communautaire et la sensibilisation aux réalités culturelles.
3. **La sécurité des données** pour assurer la protection des données sensibles.
4. **Le service de chaînage**, en particulier, les tests de VIH et les soins aux personnes qui vivent avec le VIH et le sida. Déterminer si les recommandations ont été faites et si les clients leur ont donné suite.
5. **Les politiques sur la dotation en personnel**, en particulier, un code de conduite qui encadre les interactions entre le personnel et les clients.
6. **La sécurité du personnel et des clients**, y compris des plans en cas de situations d'urgence médicale et psychologique.
7. **La sélection des populations cibles**, y compris les critères qui justifient leur sélection.
8. **Les bénévoles**, tout en comprenant une interprétation claire de leur protection par rapport à l'assurance responsabilité civile, l'indemnisation des accidents du travail, les normes de formation, les codes de conduite et les ententes de confidentialité.²²



Les politiques, les procédures et les lignes directrices opérationnelles seront également nécessaires pour aborder les questions précises en matière de programme, telles que:

- les pratiques d'injection et d'inhalation à risque réduit,
- la gestion de cas,
- les tests,
- les services de counselling.

Dans l'élaboration des politiques, des procédures et des lignes directrices, il faut aussi considérer l'utilisation d'approches, telles que:

- les codes de conduite, qui comprennent la sécurité du personnel et des clients,
- la gestion de crises,
- le travail auprès de personnes mineures,
- le travail au froid,
- les questions d'horaire et de documentation, etc.

2.4 CONSIDÉRER LES BESOINS EN DOTATION ET EN PERFECTIONNEMENT DU PERSONNEL

Le perfectionnement et la gestion du personnel d'approche comprennent diverses méthodes. Certaines sont de nature générale et d'autres sont particulières au travail d'approche. Les approches génériques concentrent sur une connaissance commune des buts du programme, incluent les membres du personnel dans la planification et la gestion de leur travail, respectent l'expertise du personnel et créent des occasions de perfectionnement professionnel. Le domaine du travail d'approche présente de nombreux défis, particulièrement en ce qui concerne la rétention⁴³ et le développement de la résilience du personnel (p. ex., éviter l'épuisement professionnel). Des questions morales et juridiques s'ajoutent aussi à ces défis.

Selon un nombre croissant d'études dans le domaine des services sociaux, le climat organisationnel (c.-à-d. les attitudes communes des employés envers leur milieu de travail) est un facteur déterminant des résultats de services positifs et de la qualité du service à la clientèle des agences de services sociaux.⁴³ Voir l'annexe K pour une liste des facteurs organisationnels qui permettent de maintenir un milieu de travail positif, ce qui entraîne des répercussions positives au niveau de la rétention du personnel et des efforts de recrutement.

En raison du manque de programmes de formation et d'accréditation, le recrutement des travailleurs d'approche peut être un processus plus flou que le recrutement au sein d'autres professions d'aide. Les postes des programmes d'approche de la rue sont souvent des emplois de premier échelon, ce qui peut donner l'impression que ces postes se situent au bas de l'échelle hiérarchique d'une agence. Au Canada, seul le Québec a fait des efforts de professionnaliser les travailleurs d'approche.

Les travailleurs d'approche doivent être des personnes autonomes, souples, novatrices et capables de se prendre en main. Les qualités des travailleurs varient selon les besoins et services organisationnels. Voir l'annexe L pour en savoir davantage sur les compétences des travailleurs d'approche.

Il n'existe aucune donnée qui soutient qu'un genre de personnalité particulier est plus efficace qu'un autre dans l'exécution du travail d'approche. En fait, les programmes peuvent tirer avantage d'une variété de personnalités en les utilisant de façon créative pour transiger avec les clients qui posent des défis.²⁶



Il est intéressant de noter que plusieurs des caractéristiques qui définissent un bon travailleur d'approche sont les mêmes caractéristiques qui rendent ces personnes moins enclines à terminer la paperasse et moins aptes à s'intégrer dans la culture organisationnelle des plus grands organismes.⁴⁴

Dans le cadre d'un programme, il est important de déterminer si l'on aura recours à des travailleurs pairs ou à des bénévoles tels que des aidants naturels. Cela dépendra des objectifs du programme d'approche et des compétences particulières nécessaires à la réalisation de ces objectifs. Il faut également considérer la contribution des divers types de travailleurs ainsi que les défis ou les exigences en matière de gestion. Les études qui se sont penchées sur l'utilisation de travailleurs pairs ont démontré qu'il s'agit d'une approche efficace. Les travailleurs pairs réussissent à accéder aux communautés cachées et méfiantes pour rehausser leur niveau de confiance dans le programme. Par contre, l'utilisation des pairs présente aussi des défis pour ce qui est de la supervision, du roulement du personnel, de la responsabilité et de la perception du public (voir l'annexe I pour une discussion plus détaillée). De plus, il existe une tendance à voir les bénévoles comme des ressources « gratuites ». En fait, les bénévoles peuvent représenter des coûts assez élevés en formation et en supervision. Il faut aussi tenir compte des heures payées au personnel pour assurer la motivation des bénévoles et pour effectuer le contrôle de la qualité de leur travail. La plupart des organismes qui utilisent des bénévoles avec succès le font parce qu'ils voient que les bénévoles ont un apport précieux à leurs programmes. Ces organismes voient les bénévoles comme des personnes dignes de considération et d'investissement et non pas comme un moyen de réduire les dépenses.

Il est essentiel d'offrir de la formation aux travailleurs pour assurer leur perfectionnement, pour les tenir bien renseignés et pour leur offrir du soutien.^{45,46} À cause du manque de programmes de formation structurés en services d'approche, la majorité de l'apprentissage se fera probablement à l'interne de manière structurée ou par le mentorat en milieu de travail.

Les programmes de formation en services d'approche s'incorporent aux étapes de la théorie du changement et sont fondés sur un mélange non officiel d'analyse et d'expérience pratique. Dans le domaine de la formation des travailleurs d'approche, Ashery énonce les exigences suivantes:

- La formation doit assurer une prestation de services sur le terrain qui est crédible et compétente.
- Les travailleurs d'approche doivent accepter, intérioriser les éléments théoriques d'intervention et les intégrer à des interactions personnelles naturelles et crédibles auprès des clients.
- L'évaluation et la rétroaction sont cruciales à la réussite et à la reproduction d'une intervention (d'approche) réussie dans la rue⁴⁷.

Une autre approche au perfectionnement et à la gestion du personnel consiste à définir les compétences des travailleurs d'approche. Le centre du VIH, de l'hépatite C et de la formation et des technologies liées aux dépendances (CHATT) a créé un document sur les compétences d'approche – les normes minimales relatives aux services d'approche de la rue à l'intention des populations difficiles à joindre intitulé *Outreach Competencies—Minimum Standards for Conducting Street Outreach for Hard-to-Reach Populations*⁴⁸ et a défini les compétences suivantes pour les travailleurs d'approche :

1^{re} compétence :	une compréhension des services d'approche, y compris les protocoles de recherche et la science du comportement
2^e compétence :	une compréhension des modèles de dépendances chimiques, y compris l'utilisation d'alcool et d'autres drogues comparativement à l'abus, la pharmacologie et les régimes de traitement
3^e compétence :	une compréhension des questions de santé, notamment le VIH, le virus de l'hépatite C et la tuberculose dans le contexte de l'utilisation de drogues
4^e compétence :	un engagement à la sensibilisation aux réalités culturelles, à la sécurité et à la communication dans le processus de recrutement
5^e compétence :	les interventions, y compris les renseignements sur la santé et la démonstration, l'évaluation et la réduction des risques, la prévention, le counselling après les tests, l'intervention en situation de crise, la confidentialité, les lois et les règlements
6^e compétence :	l'appui aux clients, y compris les services recommandés
7^e compétence :	un appui mutuel entre collègues, surtout pour prévenir l'épuisement et la rechute (cela est important lorsque les travailleurs ont été consommateurs de drogues ou le sont actuellement)

Les travailleurs doivent connaître, entre autres:

- la mission de l'agence et ses obligations statutaires (p. ex., la déclaration de la violence faite aux enfants),
- les façons de transmettre et de prévenir les maladies infectieuses,
- les renseignements portant sur les dépendances et la santé mentale,
- les codes de conduite,
- la communauté des clients et des autres fournisseurs de services.

L'organisme devrait également définir d'autres compétences liées aux particularités du programme d'approche. Celles-ci pourraient inclure les éléments suivants :

- l'utilisation du condom,
- des démonstrations de pratiques d'injection ou d'inhalation à risque réduit,
- des services de counselling avant et après les tests,

- la production de rapports,
- la sécurité personnelle et des clients.

Certains programmes ont utilisé les réunions du personnel et les heures de bureau et ont même donné accès à des professionnels de la santé mentale pour répondre aux besoins causés par des chocs particuliers et le stress continu. Afin de maintenir la motivation du personnel, il est important d'établir une culture organisationnelle où les membres du personnel de première ligne se sentent reconnus et valorisés. Voir l'annexe M pour obtenir des renseignements sur une approche adoptée par un organisme pour appuyer son personnel d'approche.

L'épuisement professionnel chez les fournisseurs de services de santé « ...renvoie à un syndrome de fatigue physique et émotionnelle qui comprend l'adoption d'attitudes négatives envers le travail, un concept de soi négatif sur le plan professionnel et la perte d'une préoccupation empathique des besoins des clients. »⁴⁹ (*traduction libre*) La responsabilité de prévenir ou de composer avec l'épuisement revient à l'organisme et au travailleur individuel.

Les responsabilités de l'organisme incluent la réduction du stress lié au travail, une attention particulière aux signes d'épuisement ou de « l'usure de compassion »⁵⁰ affichés par les membres du personnel et l'offre de soutien aux personnes qui sont sur le point de l'épuisement professionnel ou qui sont épuisées. Les responsabilités du personnel relativement à l'épuisement comprennent une connaissance de ce qu'est l'épuisement, la reconnaissance des signes précurseurs chez soi et chez les autres, et la demande d'aide. Cela peut être résumé comme le devoir de bien s'occuper de soi.⁵¹

La supervision des membres du personnel d'approche se complique par leur travail en petites équipes qui se fait à l'extérieur des locaux de l'agence, souvent après les heures de bureau, et par les pouvoirs discrétionnaires qu'il leur faut pour traiter eux-mêmes d'une large gamme de situations. En dépit de ces faits, il faut quand même que les travailleurs d'approche soient tenus responsables de leurs décisions et de leur comportement, et que la supervision soit effectuée de façon officielle, structurée et ponctuelle.

Au niveau de la supervision, les travailleurs d'approche devraient participer à des séances ponctuelles et individuelles avec leur superviseur (ordinairement le gestionnaire du programme) et chaque membre du personnel. Ces réunions devraient appuyer le travailleur et évaluer le rendement de la personne et, si nécessaire, faire le point sur les compétences à améliorer ou qui nécessitent de la formation supplémentaire. Dans ces réunions il faudrait évaluer les relations du travailleur avec les clients, aborder ses sentiments par rapport à son travail et revoir son plan de carrière.⁵²

Étant donné la nature du travail d'approche, il est essentiel de bien comprendre les normes sur le comportement professionnel (c.-à-d. les codes de conduite), les descriptions de travail détaillées et les processus disciplinaires et de surveillance en matière de rendement.



3E ÉTAPE : PRESTATION DES SERVICES

Lors de la phase de mise en œuvre, vous mettrez en pratique le plan décrit dans le cadre de votre programme qui se fonde peut-être sur un modèle logique. Les services que vous y incluez viseront principalement à mobiliser les clients pour qu'ils réduisent les risques et la vulnérabilité engendrés par les inégalités et les lacunes des déterminants sociaux. Les activités devraient se concentrer sur :

- la création des rapports avec les clients;
- l'intégration des services;
- la mobilisation des membres de la communauté;
- le développement des capacités;
- la défense des personnes qui ne sont pas en mesure de se défendre elles-mêmes.

3.1 GÉRER LE PROGRAMME

La gestion des programmes est un vaste domaine qui comprend l'organisation des horaires, la gestion des ressources humaines et financières, l'utilisation des bénévoles, la gestion et la collecte des données, etc. Notons que divers choix en programmation donneront des structures administratives et des niveaux d'efforts différents. Par exemple, offrir des services d'approche liés au VIH et aux ITSS à partir d'une fourgonnette exige de formuler des politiques sur la formation de conduite automobile, sur l'assurance, sur l'achat d'essence, sur le maintien et les réparations, sur le nettoyage des véhicules, sur le stationnement et sur l'approvisionnement en fournitures et le déstockage des fourgonnettes (par exemple, en hiver il faut éviter que les condoms et les autres fournitures ne gèlent).

Ces tâches peuvent sembler banales, mais regroupées ensemble, elles représentent un effort considérable. Si les membres du personnel doivent nettoyer et approvisionner la fourgonnette des services d'approche, ils auront moins de temps à accorder aux clients. Si les gestionnaires de programmes acceptent ce genre de situation, ils devront en tenir compte dès le début de la planification. L'utilisation de bénévoles au sein de l'équipe entraîne d'autres tâches administratives. Entre autres, il faut :

- établir le processus de présélection et de vérification des antécédents par la police;
- donner de la formation;
- accréditer les bénévoles;
- établir des codes de conduite;
- définir les champs d'activité des bénévoles;
- superviser les bénévoles;
- se procurer de l'assurance responsabilité et de l'assurance automobile.



3.2 INTÉGRER LES SERVICES

Les communautés vulnérables ont des besoins complexes qui contribuent à l'ensemble des vulnérabilités (p. ex., le sans-abrisme, la violence et les dépendances) qui doivent être adressés. Étant donné que la plupart des agences et des programmes n'ont pas les capacités, les ressources et le mandat nécessaires pour répondre à tous les besoins de leurs clients, il est important de tisser des liens et d'établir des partenariats avec les personnes qui proviennent d'une variété de services sociaux et de santé. Considérez les organismes de développement communautaire et de justice sociale qui ont le même mandat d'assurer la protection et la promotion du bien-être des personnes vulnérables.

Les personnes qui travaillent auprès des populations vulnérables reconnaissent que le chevauchement et la fragmentation des tâches de même que la concurrence entre agences constituent des inefficacités qui nuisent aux programmes. Certains craignent que la fragmentation de l'offre des services affecte l'accès, ce qui a un effet nuisible sur la santé et sur le bien-être des personnes vulnérables.⁵³

Il est possible de tenter de relever ces défis aux niveaux macro (à l'échelle du système), méso (entre agences) et micro (auprès des clients). Pour la plupart des agences, la réponse la plus facile est la coordination d'activités dans la rue et le partage d'information. Malheureusement, de telles initiatives ne fonctionnent qu'en marge des problèmes systémiques et ne permettent pas d'envisager un autre moyen de travailler ensemble au service des communautés desservies.

Au niveau micro (celui du client), le personnel des programmes sur le VIH et les ITSS connaît la frustration de ne pas pouvoir aider leurs clients à obtenir des services nécessaires qui ne s'insèrent pas dans leur mandat (par exemple, le logement). Il est aussi frustrant de ne pas être en mesure de coordonner la prestation de ces services.

Une solution à cette situation est la création et le maintien de partenariats interagences axés sur l'offre de divers services dans un lieu unique où l'on peut référer les clients facilement entre les agences.⁵⁴⁻⁵⁶ Il n'est pas facile d'arriver à ce genre de solution qui repose sur le développement de relations interagences, ce qui nécessite de déterminer la façon :

- avec laquelle les décisions devraient être prises;
- de distribuer les ressources distribuées;
- de relever les défis pratiques présentés par la diversité des mandats, des cultures organisationnelles et des pratiques en matière de dotation (p. ex., les qualifications professionnelles, les niveaux de rémunération et les conditions d'emploi).³³

Les programmes d'approche ont fait l'expérience d'approches officielles et officieuses dans la création de partenariats. Dans le cas du Service de santé publique de Hamilton, les deux approches ont été utilisées.⁵⁵ Dans *Streets Ahead*, un guide sur les pratiques exemplaires fondé sur six programmes du Royaume-Uni, on définit les partenariats officiels et officieux, et on propose également l'utilisation des deux. Le guide fait aussi la promotion de l'idée de la conférence de cas comme moyen de coordonner la prestation des services interagences aux personnes.³¹

Les partenariats solides et les programmes offerts en collaboration pourraient résoudre plusieurs défis liés aux programmes d'approche, y compris :



- les inefficacités engendrées par la fragmentation, le chevauchement et la concurrence entre agences;
- la confusion de la part des clients et les obstacles à l'accès aux services;
- des occasions ratées de mieux servir les clients d'agences qui ont des objectifs semblables.

Même s'il est peu probable que le corps policier soit le partenaire officielle d'un programme d'approche lié au VIH ou aux ITSS, la police peut jouer un rôle important dans l'efficacité du programme. Au minimum, les responsables des programmes d'approche doivent reconnaître l'effet des autorités policières sur leurs programmes et être en mesure de négocier une « marge de manœuvre » avec la police pour assurer leur fonctionnement. Dans certaines situations, la police peut jouer un rôle actif en recommandant un programme et en offrant de renseignements à des clients éventuels. Des relations positives entre les clients et la police semblent se fonder sur le respect mutuel des rôles, sur la communication et sur un rapport positif.³¹

De plus, n'oubliez pas que travailler avec des agences qui ont des points de vue divergents sur des questions comme la sexualité et les dépendances comporte des défis. La meilleure solution est de faire preuve de respect et d'honnêteté, d'essayer de comprendre la position morale de l'autre parti et de bâtir des relations en respectant ce que chacun est en mesure d'offrir. Voir l'annexe N pour une description complète de la synergie des partenariats.

Une question qui comporte un défi dans le cadre des programmes d'approche est la question du **processus de présentation**. De nombreux praticiens en services d'approche croient qu'il est difficile de mesurer le succès d'un service d'orientation à cause:

- des questions de confidentialité et de vie privée,
- de l'accès incertain entre les agences,
- du peu de temps pour assurer un suivi,
- de l'imprévisibilité des clients,
- des limites des partenariats existants.

Ce défi est encore plus grand lorsque les services d'approche sont offerts par des petits organismes communautaires. Les liens que ces organismes entretiennent avec les programmes plus généraux ne sont pas toujours solides. Pourtant, il est évident qu'il faut régler ce genre de situation afin que les programmes d'approche répondent aux besoins de leurs clients d'une manière efficace. Un nombre de programmes-cadres liés au VIH et aux ITSS proposent d'employer des services d'orientation pour recommander des services de santé plus complets à leurs clients. De cette façon, il serait possible de répondre aux besoins qui dépassent le mandat d'un programme spécialisé en VIH ou en ITSS.

Un réseau de collaboration interagences devrait être capable de :

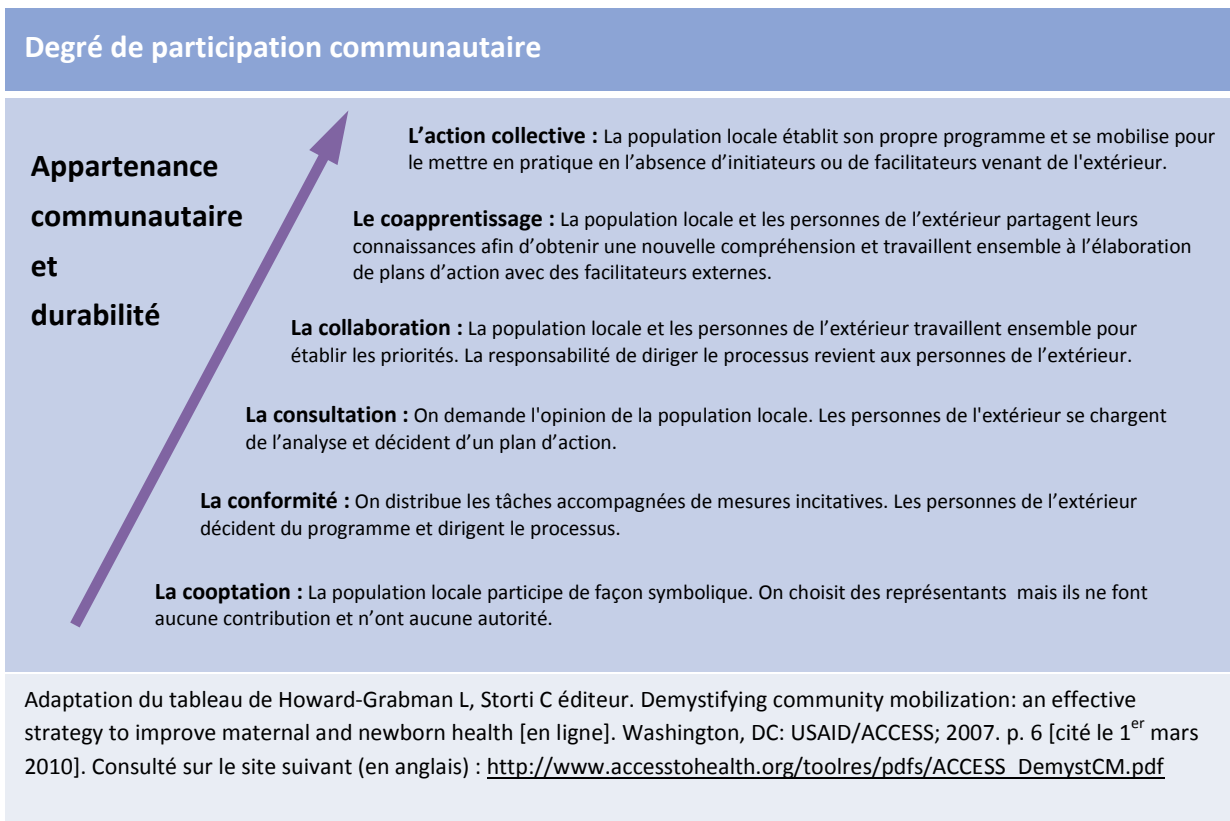
- diriger les clients vers le service nécessaire offert par une agence partenaire;
- confirmer auprès de l'agence partenaire que le service d'orientation a été réussi;
- confirmer auprès du client que le service recommandé était le service nécessaire;
- vérifier si le client est satisfait des services obtenus.



3.3 MOBILISER LES MEMBRES DE LA COMMUNAUTÉ

La mobilisation des membres d'une communauté est un processus dynamique qui comprend des mesures prévues pour joindre, influencer, faciliter et faire intervenir les segments clés de la communauté. Ensemble, elles peuvent créer un milieu propice à un comportement positif et mener au changement social désiré.⁵ De façon plus simple, cette mobilisation peut se comparer à un processus de sensibilisation communautaire qui a pour but d'encourager une action communautaire afin de produire un changement positif. Lorsqu'elle est appliquée aux questions de santé, la mobilisation peut aussi :

« ...être un processus de développement des capacités par lequel des membres, des groupes ou des organismes communautaires planifient, réalisent et évaluent les activités d'une façon participative et soutenue dans le but d'améliorer leur état de santé et d'autres conditions, soit de leur propre initiative ou de celle des autres. »⁵⁸ (traduction libre)



Le but de la mobilisation communautaire est d'habiliter les communautés pour qu'elles formulent et mettent en œuvre leurs propres solutions à l'aide de structures et de méthodes sur lesquelles elles exercent un contrôle en :

- misant sur les réseaux sociaux existants;
- modifiant le pouvoir décisionnel;
- définissant les besoins à l'aide de processus communautaires;

- abordant les vulnérabilités sous-jacentes;
- motivant les communautés à défendre leurs propres intérêts⁵⁹.

La mobilisation communautaire a aussi l'avantage « d'accroître l'acceptation et l'engagement au niveau local, d'avoir accès aux connaissances et à l'expertise (surtout lorsqu'il s'agit de questions communautaires locales), d'obtenir des ressources supplémentaires et de développer les capacités communautaires. »⁶⁰ (*traduction libre*)

L'accès au soutien social — parfois connu sous le nom de « capital social » — est essentiel pour réduire le niveau de vulnérabilité des groupes marginalisés ou tenus à l'écart du pouvoir. Dans presque tous les pays où l'épidémie du VIH a été renversée, la mobilisation des membres de la communauté au niveau local a joué un rôle central dans la réponse nationale au VIH. Cependant, l'engagement et l'autonomisation communautaires ne tombent pas dans les habitudes de tous les pays.⁶¹

À l'échelle du Canada, les programmes d'approche ont fait intervenir les membres communautaires dans le travail qui les affecte en les faisant participer aux exercices de planification et d'examen et au sein d'organismes consultatifs.

Les membres de la communauté peuvent rassembler des données, recruter des clients et s'occuper du marketing des programmes d'approche en ciblant leurs réseaux. En plus de faire participer les gens à ces activités, les résidents des communautés vulnérables doivent être encouragés à s'organiser, à défendre leurs intérêts et à participer pleinement aux discussions portant sur des politiques plus générales.

3.4 DÉVELOPPER LES CAPACITÉS ET DÉFENDRE LES INTÉRÊTS

Le terme « développement des capacités », fait référence aux compétences, à l'infrastructure ainsi qu'aux ressources des organismes et des communautés qui sont nécessaires pour réaliser et maintenir un changement de comportement. En retour, le développement des capacités permet de réduire le niveau de risque de maladie, d'incapacité et de blessure.⁶²

La planification, la mise en œuvre et la mesure du développement des capacités doivent être faites avec beaucoup d'attention. Voici une stratégie simple à cet effet. Il est essentiel de définir et d'établir la priorité des besoins en matière de capacité, ce qui permet de dresser un plan dans le but de répondre aux besoins existants. Ce plan doit reconnaître : a) les compétences, b) les connaissances, et c) les processus pertinents à la prestation d'un programme particulier. La formation, l'encadrement et la mise en commun des pratiques exemplaires peuvent aider à développer les capacités.

La défense ou la promotion des intérêts est « ...la mise à profit de l'information et des ressources (y compris les finances, les efforts et l'appui politique) en vue de réaliser des changements systémiques qui façonnent la vie des personnes dans une communauté. »⁶³ (*traduction libre*) La défense des intérêts dans le domaine de la santé publique pourrait inclure des activités qui amènent les personnes à :

- faire des choix plus sains;

- obtenir du financement pour promouvoir un programme;
- former des coalitions entre les communautés vulnérables, les intervenants et les membres de la communauté en faveur du projet;
- encourager des décideurs à s'impliquer par rapport à une question qui exige des modifications aux lois ou aux politiques et au financement public;
- à modifier l'attention publique ou politique sur une question donnée par l'entremise des médias, d'événements publics et de campagnes d'envoi de lettres.

Comme le développement des capacités, la défense des intérêts se réussit mieux dans le cadre d'un partenariat avec d'autres. De plus, si un programme d'approche préconise la participation communautaire, les membres de la communauté devraient jouer un rôle majeur dans la défense des intérêts menée en leur nom. Les personnes qui travaillent avec les citoyens les plus marginalisés et tenus à l'écart du pouvoir doivent considérer que leur responsabilité, c'est d'aller au-delà de la prestation de soins et de l'accès aux services. Dans l'exercice de leurs fonctions, elles doivent aussi défendre des intérêts politiques afin de réduire la vulnérabilité de leur clientèle.⁶³

On peut défendre des intérêts à plusieurs niveaux. On peut cibler les clients en les encourageant à faire des choix plus sains. On peut cibler les fournisseurs de services en tentant de recommander des services aux clients. Il est aussi possible de défendre des intérêts à un niveau systémique. C'est ce qui arrive lorsque les membres du personnel des programmes d'approche veulent modifier leur milieu afin de promouvoir leur travail et le bien-être leurs clients. Cette dernière forme de défense des intérêts est souvent un acte politique ayant comme but de réduire les inégalités et les injustices sociales.

L'offre de services aux populations vulnérables peut être controversé, engendrer des malentendus et provoquer des agressions. Les comportements problématiques de certains clients peuvent entraîner des difficultés pour les programmes. Certains clients jettent leurs aiguilles utilisées n'importe où, d'autres consomment de la drogue dans les parcs ou se prostituent dans les rues des quartiers résidentiels. Ce genre de situation peut rapidement mener les médias et le public à remettre en question les programmes d'approche qui ont justement comme objectif de réduire ces « comportements indésirables ».

Si les programmes et les agences ne sont pas en mesure de communiquer l'importance de leur travail et de leur rôle dans la protection de la santé de tous, ces programmes (p. ex., les « zones sécuritaires », les échanges des seringues restrictifs) risquent d'être annulés ou interdits. Pour éviter ce scénario, il faut défendre les intérêts du programme en allant chercher l'appui de la communauté, en réagissant aux incidents et en répondant aux critiques.

Assurément, les responsables de programmes de services d'approche qui connaissent du succès doivent résister à la tentation d'« éviter » une personne ou un organisme qui manifeste une réticence ou une critique à leur égard. Bien entendu, aucune personne ou aucun petit groupe ne devrait avoir le droit de véto dans la planification de services nécessaires dans une communauté. Toutefois, les planificateurs de programme suggèrent fortement de tenir compte des groupes qui pourraient s'opposer au programme au lieu de les exclure et d'espérer qu'ils finiront par se faire à l'idée.⁴⁴

Il a été débattu qu'une défense des intérêts efficace en matière de politiques sur la santé au niveau national se base sur :

- des données complètes et crédibles,
- des actions coordonnées par les participants dans le cadre d'une campagne de promotion,
- des buts de promotion précis,
- des mesures coordonnées à divers paliers de gouvernement dans différentes régions,
- un intérêt de la part du public — en discutant d'histoires qui intéressent les gens plutôt de concentrer sur les données⁶⁴.

Évidemment, ces initiatives ne se prêtent pas toutes aux efforts de promotion locale, mais elles servent à renseigner le public. Même les programmes de moindre importance pourraient tirer avantage d'une promotion faite au niveau provincial. Il y a aussi d'autres questions à considérer pour faire la promotion d'un programme. En voici quelques-unes.

- Quelle est la meilleure façon de présenter une question?
- À quoi s'intéressent les décideurs?
- Quelles sont les idéologies des décideurs?
- Comment peut-on développer les capacités des groupes de défense d'intérêts?
- Comment peut-on tirer avantages des imprévus?
- Comment peut-on créer des coalitions⁶⁴?

Comme dernière mise en garde, notons que certains organismes peuvent participer ouvertement aux activités de promotion de façon limitée. Le caractère public ou les conditions qui régissent les ententes de financement public de certains organismes peuvent restreindre l'utilisation des fonds liées aux activités de promotion. Sur le plan politique, il peut y avoir également un prix à payer si les organismes qui défendent leur vision publiquement s'opposent aux idéaux des organismes qui leur accorde du financement. Quoiqu'il existe des façons de contourner de telles contraintes et de tels risques, il est important d'en comprendre les répercussions possibles.



4^E ÉTAPE : MESURER LES RÉSULTATS

La dernière étape du processus d'élaboration et de prestation d'un programme, c'est la mesure du rendement. Cette étape sert à :

- déterminer dans quelle mesure un programme a été mis en œuvre selon les modalités prévues (l'évaluation du processus);
- étudier les facteurs de prédisposition, d'autonomisation ou de renforcement (l'évaluation de l'effet);
- déterminer si l'intervention (les interventions) a (ont) eu un effet sur les indicateurs de santé et de qualité de vie;

...ou en termes plus simples, elle sert à déterminer si :

- le travail qui est effectué est le moyen de prestation le plus efficace pour ce programme;
- le programme réussit à atteindre les résultats attendus et s'il a un effet positif direct ou indirect.

Un groupe de fournisseurs de services de la Colombie-Britannique a observé qu'il faut évaluer un programme d'une manière simple et pratique. Ce projet a été mené après avoir conclu que l'évaluation est « largement perçue comme un exercice de déclaration des résultats plutôt qu'une activité qui procure des avantages à l'organisme ». ⁶⁵ (*traduction libre*) Souvent, les évaluations ont lieu puisque l'entente de financement les exige. Par conséquent, la déclaration des résultats aux bailleurs de fonds et l'évaluation sont souvent vues comme synonymes. Pour assurer la réussite, le projet de la Colombie-Britannique propose qu'il faut :

- accorder un poste budgétaire à l'évaluation et d'y affecter des ressources;
- augmenter la capacité au sein des organismes (y compris une formation et un soutien offerts par un conseiller en évaluation);
- mettre en place des lignes directrices et des attentes claires et réalisables, y compris de meilleurs formulaires pour la production de rapports;
- mettre au point des outils de collecte des données normalisés et souples;
- créer des occasions d'échange sur les pratiques exemplaires et former des « champions de l'évaluation »;
- favoriser une culture qui intègre l'évaluation à la planification et à la prestation du programme, et qui fait la promotion de l'utilisation des données probantes et des pratiques exemplaires ⁶⁵.



4.1 ÉLABORER UN CADRE DE MESURE DU RENDEMENT

On peut utiliser un cadre de mesure du rendement pour suivre de près les activités courantes et pour évaluer l'effet du programme. En mettant au point un cadre de mesure du rendement, il est essentiel de décider quelle information sera nécessaire à la mesure du rendement du programme. Il faut aussi décider d'où proviendra cette information.

Habituellement, un programme d'approche évalue les questions suivantes :

- Le programme a-t-il atteint ses objectifs en temps opportun et d'une manière rentable?
- Le programme a-t-il pu joindre une proportion considérable des populations vulnérables ciblées?
- Le programme a-t-il contribué au développement positif de comportements et de situations (ou a-t-il réussi à mettre fin aux comportements négatifs et aux situations négatives)?
- Les changements apportés aux comportements et aux situations ont-ils contribué à l'amélioration de l'état de santé et du bien-être?

Pour élaborer un cadre de mesure du rendement, il vaudrait mieux se reporter au modèle conceptuel afin de déterminer quel était l'objectif du programme. En élaborant votre cadre d'évaluation, n'oubliez pas que l'évaluation du processus est tout aussi importante que l'évaluation des résultats.

La mesure du rendement

Afin d'évaluer le rendement des programmes gouvernementaux, la mesure du rendement est utilisée largement et de plus en plus. Comparativement à l'évaluation qui emploie des mesures ponctuelles spéciales et qui fait une analyse exhaustive des données recueillies, la mesure du rendement vérifie les aspects du rendement d'un programme plus souvent et plus régulièrement. Les indicateurs de rendement sont utilisés afin de suivre le rendement et la rétroaction donnés aux gestionnaires et au personnel. Les indicateurs peuvent servir de fondement aux rapports qui portent sur les réalisations du programme.

Traduit et adapté de l'original :

Mayne J. Régler la question de l'attribution par l'analyse de la contribution : utiliser judicieusement les mesures du rendement. Un document de travail [en ligne]. Ottawa (Ontario) : Bureau du vérificateur général du Canada; 1999, pp. 3 et 4 [cité le 1^{er} mars 2010]. Consulté sur le site : http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/docs/99dp1_f.pdf

En général, les programmes peuvent facilement générer des données sur leurs activités. Cependant, il est plus difficile de mesurer les changements du comportement ou de l'état de santé d'une population sur une période de temps. Produire ce genre de données demande des ressources importantes, du temps et des compétences. Cela explique pourquoi les programmes ont tendance à se fier à des groupes externes tels que l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), les ministères de la Santé à l'échelle provinciale et territoriale, les services régionaux de la santé pour fournir des données sur les résultats à long terme liés au comportement et à la santé.



4.2 SUIVRE LE PROGRÈS

Quand un programme est bien établi, il est possible de :

- déterminer si son objectif a été atteint;
- mesurer le progrès envers l'accomplissement de ses objectifs;
- vérifier s'il est sur la bonne voie.

En cours de route, un suivi ponctuel permet de repérer les réussites et les défis du programme. Il faut formuler les critères de suivi tôt dans le processus de planification (2^e étape) où les indicateurs mesurables sont précisés pour chaque objectif.

4.3 COMMUNIQUER ET CÉLÉBRER LES RÉSULTATS

Il est avantageux de communiquer les résultats et de célébrer avec d'autres afin de :

- garder les voies de communication ouvertes;
- déterminer ce qui a bien fonctionné et ce qui n'a pas bien fonctionné tôt dans le processus;
- soutenir la lancée;
- déterminer si des ressources supplémentaires sont nécessaires;
- contribuer à la compréhension générale de ce qui fonctionne;
- forger le moral;
- reconnaître les efforts des personnes qui jouent un rôle au sein du programme.



CONCLUSION

Potentiellement, les activités des services d'approche peuvent déclencher des changements positifs dans la vie des personnes mal desservies et vulnérables, et servir de moyens de réduire et de surmonter les obstacles à la santé.

Le modèle conceptuel présenté dans le présent Guide propose une approche systématique à la planification, à la prestation et à l'évaluation des activités des services d'approche tout en reconnaissant que les activités des services d'approche devraient être adaptées aux besoins spéciaux d'une population, d'une maladie ou d'un endroit.



RÉFÉRENCES

- ¹ Elwood E, et al. To hang in the 'hood: description and analysis of outreach activities. *Journal of Psychoactive Drugs* 1995;27(3):249-59.
- ² Keller L. Population-based public health interventions: practice-based and evidence-supported (Part I). *Public Health Nursing*, 2004;21(5):456.
- ³ Khandor E, Mason K. The street health report [Online]. 2007. Available from: <http://www.streethealth.ca/Downloads/SHReport2007.pdf>
- ⁴ CIPI. Improving the health of Canadians: mental health and homelessness—summary report [Online] 2007. Available from: http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/mental_health_summary_aug22_2007_e.pdf
- ⁵ McKay, A. Prevention of sexually transmitted infections in different populations: A review of behaviourally effective and cost-effective interventions. *Canadian Journal of Human Sexuality*. 2000;9(2):95-120.
- ⁶ Agence de la santé publique du Canada. Populations à risque [document électronique]. 2007. Consulté sur le site : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/populations-fra.php>
- ⁷ Gibson DR, McCusker J, Chesney M. Effectiveness of psychosocial interventions in preventing HIV risk behaviour in injecting drug users. *AIDS*. 1998;12(8):919-929.
- ⁸ Wright N, Tompkins C. A review of the evidence for the effectiveness of primary prevention interventions for Hepatitis C among injecting drug users. *Harm Reduction Journal* 2006;3:27-35.
- ⁹ Giger JN, Davidhizar R. Promoting culturally appropriate interventions among vulnerable populations. *Annual Review of Nursing Research* 2007;25:293-316.
- ¹⁰ Harling G, Wood R, Beck EJ. Efficiency of interventions in HIV infection, 1994-2004. *Disease Management & Health Outcomes* 2005;13(6):371-394.
- ¹¹ Peragallo N, Gonzalez RM. Nursing research and the prevention of infectious diseases among vulnerable populations. *Annual Review of Nursing Research* 2007;25:83-117.
- ¹² Sangani P, Rutherford G, Wilkinson D. Population-based interventions for reducing sexually transmitted infections, including HIV infection (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004;3:Art. No: CD001220.
- ¹³ World Health Organization. Evidence for action: effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users [Online]. Geneva: World Health Organization; 2004. Available from: <http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu/en/>
- ¹⁴ Johnson WD et al. Behavioral interventions to reduce risk for sexual transmission of HIV among men who have sex with men. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008;3:Art. No: CD001230.
- ¹⁵ Harling G, Wood R, Beck EJ. Efficiency of interventions in HIV infection, 1994-2004. *Disease Management & Health Outcomes* 2005;13(6):371-394.
- ¹⁶ World Health Organization. Evidence for action: effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among Injecting drug users [Online]. Geneva: World Health Organization; 2004. Available from: <http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu/en/>



- ¹⁷ Mykhalovskiy, E et al. 'Beyond buzzwords: toward a community based model of the integration of HIV treatment and intervention' *AIDS Care* 2009;, 21(1): 25-30.
- ¹⁸ National Collaborating Centre for Infectious Diseases. HIV/STI knowledge synthesis and exchange forum—building and exchanging knowledge for reaching vulnerable populations: summary report on proceedings and discussion; 2008.
- ¹⁹ AIDS Projects Management Group. Guide to starting and managing needle and syringe programs [Online] 2007. Available from: <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/NSP-GUIDE-WHO-UNODC.pdf>
- ²⁰ Health Communication Unit, Centre for Health Promotion. Comprehensive workplace health promotion catalogue of situational assessment tools: glossary. Toronto, ON: University of Toronto; [Online] 2006 in Population Health Assessment and Surveillance Protocol (PHAS) of the Ontario Public Health Standards. Available from: http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/pubhealth/oph_standards/ophs/progstds/protocols/population_health_assessment.pdf
- ²¹ Region of Waterloo. Evidence and Practice-based Planning Framework. [Online] 2006. Available from: [http://www.region.waterloo.on.ca/WEB/health.nsf/DocID/FD80COD143A204F78525761D0061829A/\\$file/EPPF_maindoc.pdf?openelement](http://www.region.waterloo.on.ca/WEB/health.nsf/DocID/FD80COD143A204F78525761D0061829A/$file/EPPF_maindoc.pdf?openelement)
- ²² Center for Disease Control. Provisional procedural guidance for community-based organizations [Online]. 2008. Available from: http://www.cdc.gov/hiv/topics/prev_prog/AHP/resources/guidelines/pro_guidance/index.htm
- ²³ Centre for Disease Control. Outreach strategies training [PowerPoint]. Available from: www.cdc.gov/outreach/resources/OutreachOverviewPresentation.ppt
- ²⁴ The Salisbury Centre for Mental Health. Keys to engagement—briefing 1 [Online]. 2002. Available from: <http://www.scmh.org.uk/pdfs/briefing1.pdf>
- ²⁵ National Institute on Drug Abuse. Principles of HIV prevention in drug using populations [Online]. 2008 Jan 8. N'existe plus.
- ²⁶ Ford C et al. Key components of a theory-guided HIV prevention model: pre-outreach preparation, community assessment, and a network of key informants. *AIDS Education and Prevention* 2007;19(2):176.
- ²⁷ Homeless Link. Strategic partnership working. Street outreach good practice handbook [Online]. 2009. N'existe plus.
- ²⁸ World Health Organization. Evidence for action: Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users [Online]. Geneva: World Health Organization; 2004. Available from: <http://www.emro.who.int/aiecf/web2.pdf>
- ²⁹ National Institute on Drug Abuse. Community-based outreach manual [Online]. 2000. Available from: <http://archives.drugabuse.gov/CBOM/>
- ³⁰ Rabinovitch A. Realizing more benefits from logic models: what logic models can learn from benefits realization. Presentation to Canadian evaluation society—National Capital Region Area [Online]. 2007.



Available from:

http://ncc.evaluationcanada.ca/downloads/presentations/bs_0607/LM_rabinovitch_0607.pdf

- ³¹ Homeless Link. Streets ahead: Good practice in tackling rough sleeping through street outreach services [Online]. 2008. Available from: www.handbooks.homeless.org.uk
- ³² Sieverding, J., Boyer, C., Siller, J., Gallaread, A., Krone, M. & Chang, Y.J. Youth united through health education: Building capacity through community collaborative intervention to prevent HIV/STD in adolescents residing in high STD prevalent neighbourhoods. *AIDS Education and Prevention* 2005; 17(4): 375-385.
- ³³ Lasker RD, Weiss ES. Creating partnership synergy: the critical role of community stakeholders. *Journal of Health & Human Services Administration* 2003; 26(1):30.
- ³⁴ Vaillancourt V. Capacity building: a model for street outreach [Online]. 2003. Available from: <http://www.sharedlearnings.org/resources/capacity/en/CapacityFinalAug28.pdf>
- ³⁵ "Performance indicator" retrieved September 17, 2010 from http://en.wikipedia.org/wiki/Performance_indicator
- ³⁶ The Santa Cruz AIDS Project. Drop-in centre (DIC): An HIV prevention, harm reduction and community health resource center—policies and procedures [Online]. 2004. Available from: <http://www.cdc.gov/outreach/resources/DICPolicyProcedures.rtf>
- ³⁷ Decker HS, et al. Street outreach workers: Best practices and lessons learned. Innovative practices from the Charles E. Shannon Jr. Community Safety Initiative Series [Online]. 2008. Available from: http://www.shannoncsi.neu.edu/local_action/shannon_csi_resource/documents/3_Street_Outreach_Resource_Guide.pdf
- ³⁸ Homeless Link. Street outreach good practices handbook [Online]. 2009. Available from: <http://handbooks.homeless.org.uk/streetoutreach>
- ³⁹ Treasury Board of Canada Secretariat. Risk management policy [Online]. 2001. Available from: <http://www.tbs-sct.gc.ca/pol/doc-eng.aspx?id=12253§ion=text#cha2>
- ⁴⁰ B.C. Harm Reduction Strategies and Services. A manual for frontline staff involved with harm reduction strategies and services [Online]. 2009: Annex 7 – Activity 7C. Available from: www.bccdc.ca/NR/rdonlyres/C8829750-9DEC-4AE9-8D00-84DCD0DF0716/0/HRTRAININGMANUALAUG2009withappendices.pdf
- ⁴¹ "Policy" retrieved September 17, 2010 from <http://en.wikipedia.org/wiki/Policy>
- ⁴² Centers for Disease Control and Prevention. Outreach Workers: Burnout and Relapse. PowerPoint presentation. [Online] Available from: http://www.cdc.gov/outreach/resources/Burnout_Relapse.ppt
- ⁴³ Herbert M. Child welfare project: Creating conditions for good practice [Online]. 2003. Available from: <http://www.cecw-cepb.ca/publications/1020>
- ⁴⁴ Peterson TA, Bucy J. The outreach team. In *The streetwork outreach training manual*. U.S. Department of Health and Human Services. [Online]. 1993. Available from: <http://homeless.samhsa.gov/Resource/View.aspx?id=18609&AspxAutoDetectCookieSupport=1>



- ⁴⁵ French, R., Power, R. and Mitchell, S. 'An evaluation of peer-led STD/HIV prevention work in a public sex environment'. *AIDS Care* 2000; 12(2): 225-234.
- ⁴⁶ Bonell, C., Strange, V., Allen, E. & Barnett-Page, E. HIV prevention outreach in commercial gay venues in large cities: evaluation findings from London, *Health Education Research* 2006; 21(4): 452-464.
- ⁴⁷ Ashery, R.S. Nontraditional employees: indigenous outreach workers employed as AIDS educators for street addicts. *Journal of Community Psychology* 1993;(21):200-209.
- ⁴⁸ Centre for HIV, Hepatitis C, and Addictions training and Technology. Outreach Competencies—Minimum Standards for Conducting Street Outreach for Hard-to-Reach Populations. [Online]. 2009. Available from: <http://www.nattc.org/regcenters/productDocs/2/2009%20updated%20Outreach%20Compentencies.pdf>
- ⁴⁹ Jones, JW. A Measure of staff burnout among health professionals. Paper presented at the Annual Convention of the American Psychological Association (88th, Montreal, Quebec, Canada, September 1-5, 1980). From an abstract available at http://www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/custom/portlets/recordDetails/detailmini.jsp?_nfpb=true&_ERICExtSearch_SearchValue_0=ED201924&ERICExtSearch_SearchType_0=no&accno=ED201924
- ⁵⁰ Edwards R. Compassion fatigue: when listening hurts. American Psychological Association, APA On-Line, 2009. Available from: <http://www.georgiadisaster.info/MentalHealth/MH16%20SecondaryStress/Compassion%20Fatigue.pdf>
- ⁵¹ Canadian Nurses Association. Code of ethics for registered nurses [Online]. 2008. Available from: http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Code_of_Ethics_2008_e.pdf
- ⁵² AIDS Projects Management Group. Guide to starting and managing needle and syringe programs [Online]. 2007]. Available from: <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/NSP-GUIDE-WHO-UNODC.pdf>
- ⁵³ Rosenheck RA, Resnick SG, Morrissey JP. Closing service system gaps for homeless clients with a dual diagnosis: integrated teams and interagency cooperation. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 2003;6:77.
- ⁵⁴ Lasker RD. *Medicine and public health: the power of collaboration*. New York (NY): New York Academy of Medicine 1997:55-67.
- ⁵⁵ Mental Health Outreach Team. An unpublished slideshow from the Family Services Division, Public Health Services, City of Hamilton. Hamilton, Ontario; 2008.
- ⁵⁶ Lasker RD, Weiss ES, Miller R. Promoting collaborations that improve health. *Education for Health*, 2001;14(2):166.
- ⁵⁷ Center for Global Health Communication and Marketing. Community mobilization [Online]. 2009. Available from: http://www.globalhealthcommunication.org/strategies/community_mobilization
- ⁵⁸ Howard-Grabman L, Snetro G. How to mobilize communities for health and social change. Baltimore (MD): Health Communication Partnership/USAID, 2003.
- ⁵⁹ Howard-Grabman L, Storti C editor. *Demystifying community mobilization: an effective strategy to improve maternal and newborn health* [Online]. Washington (DC): USAID/ACCESS; 2007. Available from: http://www.accesstohealth.org/toolres/pdfs/ACCESS_DemystCM.pdf



- ⁶⁰ Public Health Agency of Canada. Health promotion strategies: promising community empowerment approaches, Section G [Online]. 2008. Accessed February 2, 2012 from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/pro/injury-blessure/practices-pratiques/chap4-eng.php>
- ⁶¹ UNAIDS. 2008 report on the global AIDS epidemic, Chapter 3: Addressing societal causes of HIV Risk and vulnerability [Online]. 2008. Available from: http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1510_2008_global_report_pp63_94_en.pdf
- ⁶² Center for Disease Control. Capacity building assistance [Online]. 2009. Available from: <http://www.cdc.gov/hiv/topics/cba/index.htm>
- ⁶³ Kristoffel KK. Public health advocacy: process and product. American Journal of Public Health 2000; 90(5):722.
- ⁶⁴ McCubbin M, Labonte R, Dallaire B. Advocacy for healthy public policy as a health promotion policy [Online]. 2001. Available from: <http://www.utoronto.ca/chp/download/2ndSymposium/McCubbin,%20Labonte,%20Dallaire.doc>
- ⁶⁵ Hutchinson K. Facilitating outcome evaluations among HIV/AIDS service providers in BC (for B.C. Provincial Health Services Authority) [Online]. 2008. Available from: <http://www.phsa.ca/NR/rdonlyres/91D9A325-EBF8-4987-B0B0-513FF2838038/0/PHSAEvaluationReportrevised1.pdf>



ANNEXES

DU GUIDE DE PLANIFICATION DES SERVICES D'APPROCHE



ANNEXE A : LEXIQUE

ATTITUDE	Une croyance ou un sentiment relativement stable sur un concept, une personne ou un objet. Les attitudes peuvent souvent être inférées en observant les comportements (liée à la définition des valeurs).
AUTONOMISATION	Il s'agit d'un processus qui permet aux personnes d'obtenir un meilleur contrôle sur les décisions et les mesures qui affectent leur santé. L'autonomisation peut être un processus social, culturel, psychologique ou politique qui permet aux personnes ou aux groupes d'exprimer leurs besoins, de faire connaître leurs préoccupations, de formuler des stratégies qui leur donnent un rôle participatif dans la prise de décisions et qui leur permettent d'agir sur le plan politique, social et culturel dans le but de répondre à ces besoins.
BUTS	Il s'agit d'énoncés généraux sur les objectifs qu'un projet tente de réaliser.
CADRE NATUREL	Où se trouvent les gens – la collectivité, le lieu ou le contexte dans lequel le client se sent à l'aise et dans son propre environnement.
COLLABORATION	Une relation reconnue entre divers secteurs ou groupes qui a été créée dans le but d'agir sur une question d'une manière beaucoup plus efficace ou durable que si le secteur de la santé publique avait agi seul.
COMMUNAUTÉ	Un groupe organisé de personnes liées par des intérêts sociaux, culturels, d'emploi ou par un endroit géographique. Elle pourrait être aussi simple qu'un nombre de familles et d'autres qui s'organisent de sorte à survivre ou être aussi complexe qu'une communauté internationale composée de ses établissements très structurés.
DÉFENSE OU PROMOTION DES INTÉRÊTS	Des interventions telles que les discours, la rédaction ou les interventions en faveur d'une cause spéciale, d'une politique ou d'un groupe de personnes. Dans le domaine de la santé publique, le travail de promotion est associé à des questions d'intérêt public, tandis que les pressions politiques exercées par des groupes d'intérêt spécial pourraient ou ne pourraient pas être dans l'intérêt public. La défense des intérêts vise souvent l'amélioration de l'état de santé des groupes désavantagés, tels que les communautés des Premières nations, les personnes qui vivent dans la pauvreté ou celles qui vivent avec le VIH ou le sida.



DÉONTOLOGIE	<p>Il s'agit d'un domaine de spécialisation qui découle de la philosophie et qui traite des distinctions entre le mal et le bien et des conséquences morales de l'activité humaine. La plupart des postulats modernes sur la question de la déontologie se fondent sur les notions des droits de la personne, de la liberté et de l'autonomie individuelle dans le but d'apporter une amélioration au lieu de faire du tort. La notion de l'équité ou des considérations d'équité pour chaque personne est primordiale. Dans le cadre de la santé publique, le besoin communautaire d'une protection contre les risques en matière de santé pourrait avoir préséance sur les droits individuels de la personne. Par exemple, lorsque l'isolement des personnes atteintes de maladies contagieuses s'impose, leurs proches pourraient être soumis à une quarantaine. Une autre source de tension pourrait être la recherche de l'équilibre entre le besoin d'accès à l'information en santé publique et le droit d'une personne à la vie privée et à la confidentialité des renseignements personnels.</p>
DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ	<p>Des facteurs définissables qui entraînent des résultats pour la santé, qui y sont associés ou qui les provoquent. La santé publique est fondamentalement liée à l'action et à la promotion afin de répondre à toute une gamme de déterminants de la santé possiblement modifiables. Ces facteurs sont liés aux actions individuelles des personnes tels que les comportements et les modes de vie liés à la santé. D'autres facteurs sont liés au revenu, au statut social, à la scolarité, à l'emploi et aux conditions de travail, à l'accès aux services de santé appropriés et au milieu physique. Ensemble, ces déterminants de la santé créent différentes conditions de vie qui influent sur la santé.</p>
DÉVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE	<p>Il s'agit d'un processus qui fait intervenir la communauté dans la définition et le renforcement des aspects de la vie quotidienne, de la vie culturelle et politique qui offrent un soutien à la santé. Il pourrait inclure une aide à l'action politique pour changer l'intégralité du milieu et pour améliorer les ressources permettant une vie saine. Il pourrait également s'agir d'un travail qui renforce les réseaux sociaux et le soutien social au sein d'une communauté ou qui cherche à développer les ressources matérielles et la base économique de la communauté.</p>
ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL	<p>Il s'agit d'un milieu dans lequel des personnes travaillent. Il comprend non seulement le milieu physique et les dangers sur les lieux de travail, mais aussi l'ambiance sociale, culturelle et psychologique qui permet de créer un milieu sympathique pour les travailleurs ou à l'opposé, un milieu où la tension, les conflits, la méfiance et l'animosité règnent, ce qui peut nuire au bien-être et aggraver les risques de blessures.</p>



ÉQUITÉ OU ÉGALITÉ	On entend par « équité », la justice. L'équité dans le domaine de la santé renvoie à l'idée que les besoins des personnes orientent la répartition des mesures qui assurent leur bien-être. En santé, l'équité n'est pas synonyme d'un état de santé uniforme. Les inégalités au chapitre de l'état de santé entre les personnes et entre les populations sont des résultats inévitables des différences génétiques et de diverses conditions sociales et économiques, ou encore, des résultats de choix personnels pour ce qui est du mode de vie. Les inégalités ont lieu en raison de possibilités différentes qui provoquent un accès inégal aux services de santé, à l'alimentation nutritive ou au logement adéquat. Dans de telles situations, les inégalités des chances obtenues pendant la vie d'une personne donnent lieu à des inégalités en matière d'état de santé.
ÉVALUATION	Il s'agit des efforts déployés pour déterminer l'efficacité et l'effet des activités liées à la santé (et à d'autres questions) par rapport aux objectifs établis d'une façon aussi systématique et impartiale que possible tout en tenant compte des ressources utilisées.
GESTION DES RISQUES	Cette notion comprend l'évaluation des menaces possibles et de trouver les meilleurs moyens de les éviter.
GESTION EN SITUATION DE CRISES	Il s'agit du processus par lequel un organisme compose avec un événement majeur et imprévu qui pourrait nuire à l'organisme, à ses intervenants ou au grand public.
HRSH	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
JUSTICE SOCIALE	La distribution équitable des avantages et des responsabilités d'une société. La justice sociale est axée sur les concepts des droits de la personne et d'équité. Lorsque la justice sociale est appliquée, toutes les personnes et tous les groupes, peu importe leur situation, ont droit à une qualité de vie de base équitable, à la protection de la santé, à un niveau de revenu de base et à des possibilités qui favorisent une bonne santé. Elle tient compte de la situation d'un groupe social comparativement à d'autres et elle se penche sur les raisons fondamentales des divergences et sur les mesures qui permettraient d'éliminer ces divergences.



MOBILISATION	Processus de renforcement des capacités par lequel les membres, les groupes ou les organisations d'une collectivité planifient, exécutent et évaluent des activités sur une base participative et durable en vue d'améliorer leur santé et d'autres conditions, de leur propre initiative ou avec l'encouragement d'autrui.
MODÈLE LOGIQUE	Un modèle logique est un schéma des éléments communs de programmes qui illustrent les objectifs du programme, les intervenants et la justification.
NORMES COMMUNAUTAIRES	Voir normes sociales.
NORMES SOCIALES	Il s'agit des <u>attentes en matière de comportement</u> et des indices qui existent au sein d'une <u>société</u> ou d'un <u>groupe</u> . Il s'agit également des règlements qui régissent les valeurs, les croyances, les attitudes et les comportements appropriés et inappropriés d'un groupe. Ces règlements peuvent être explicites ou implicites.
OBJECTIFS	Il s'agit d'énoncés précis et mesurables des changements désirés qu'un projet se donne comme objectif dans un échéancier donné.
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA. Il s'agit d'un partenariat novateur de la grande famille des Nations Unies, qui coordonne les activités et les ressources de dix organismes onusiens participant à la lutte contre le SIDA afin d'aider à prévenir les nouveaux cas de VIH, à prendre soin des gens qui vivent avec le VIH et à atténuer les répercussions de l'épidémie.
PAE	Programme d'aide aux employés.
PARTENAIRES NON OFFICIELS	Autres travailleurs du secteur public, entreprises locales, membres du grand public et anciens itinérants.
PARTENAIRES OFFICIELS	Fournisseurs de services d'hébergement, de centres de jour, de services en matière d'alcoolisme et de toxicomanie, de santé et services sociaux, en particulier les soins primaires, les services de santé mentale, les services locaux de transport par ambulance et la police.



PARTENARIATS	Il s'agit d'une collaboration entre personnes, groupes, organismes, représentants du gouvernement ou secteurs dans le but d'entreprendre une action collective dans l'atteinte d'un but commun. La notion d'un partenariat suppose qu'une entente officieuse ou un accord plus officiel a été conclu (il pourrait avoir la force de la loi) entre des parties concernant les rôles et les responsabilités ainsi que la nature du but et les moyens pour y parvenir.
PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE	Il s'agit de procédures par lesquelles les membres d'une communauté participent directement au processus décisionnel sur les développements qui touchent leur communauté. Elle comprend un spectre d'activités allant d'une participation passive à la vie communautaire à une action vivement axée sur la participation au développement communautaire (y inclus les initiatives et les stratégies politiques). La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé souligne l'importance de l'action communautaire concrète et efficace dans l'établissement des priorités en matière de santé, dans la prise de décisions, dans la planification des stratégies et de leur mise en œuvre pour en arriver à un meilleur état de santé.
PDS	Professionnel(le) du sexe.
PEA	Programme d'aide aux employés.
PPE	Prophylaxie post-exposition.
PROMOTION DE LA SANTÉ	Il s'agit d'un processus d'habilitation des personnes qui vise à augmenter le niveau de contrôle sur leur état de santé et à l'améliorer. Non seulement ce processus fait-il place aux mesures ayant pour but d'étoffer les compétences et les capacités des personnes, mais il comprend aussi l'action qui mène au changement des conditions sociales, environnementales, politiques et économiques de sorte à réduire leur effet sur la santé publique et individuelle.
PROTECTEURS DE GROUPES	Les protecteurs de groupes sont des personnes influentes qui peuvent faciliter l'accès à une collectivité ou y faire obstacle. La protection d'un groupe peut avoir plusieurs intentions : protéger les personnes vulnérables contre d'éventuelles interactions néfastes avec les chercheurs, permettre aux protecteurs du groupe de parler au nom des résidents de la collectivité, délimiter les « territoires » professionnels ou définir les types d'interactions qu'auront les chercheurs avec les membres de la collectivité.



RÉDUCTION DES MÉFAITS	La réduction des méfaits est un ensemble de stratégies concrètes qui visent à réduire au minimum les effets néfastes de la consommation de drogues. Cette gamme de stratégies va de la consommation sécuritaire à l'abstinence en passant par la consommation encadrée. Les stratégies de réduction des méfaits prennent les consommateurs de drogues « là où ils sont rendus », et visent autant les troubles liés à la consommation et que la consommation en soi.
REFUGE-DÉBIT	Refuge où la consommation d'alcool par les clients est autorisée, mais soumise à des conditions surveillées.
REPÈRE	Une mesure ou un point de référence marquant le début d'une activité, comme une enquête, une évaluation ou un projet de recherche, qui est comparée avec des mesures subséquentes de la même variable.
RISQUE DE VIH	La probabilité pour une personne de contracter l'infection à VIH. Certains comportements créent, majorent et perpétuent le risque : rapports sexuels non protégés avec un partenaire dont le statut VIH est inconnu, multipartenariat sexuel sans protection, et consommation de drogues injectables avec utilisation d'aiguilles et de seringues contaminées.
SENSIBILITÉ AUX RÉALITÉS CULTURELLES	(ou l'esprit d'à-propos) – La reconnaissance, la compréhension et l'application des attitudes et des pratiques qui sont sensibles et appropriées aux personnes provenant de divers milieux culturels, socioéconomiques et scolaires, et des personnes de tout âge et sexe, de tout état de santé, de toute orientation sexuelle et de toute compétence.
SERVICES À BAS SEUIL	Un important point d'accès au système de santé publique. Les organismes à bas seuil offrent des services de santé publique, comme du counseling, des programmes de distribution d'aiguilles, des refuges, des soins médicaux et de l'éducation.
SERVICES D'APPROCHE	Il s'agit du processus qui permet de trouver les groupes qui sont invisibles, cachés ou qu'on fait intervenir difficilement dans un programme, en plus d'entrer en communication avec eux et de les recruter.
SERVICES INTÉGRÉS	On entend par services intégrés un ensemble de services conçus sur mesure offerts aux adultes qui souffrent de troubles de santé ou sociaux complexes, y compris de dépendances ou de maladies mentales. Parmi les services, il y a des soins et du soutien personnel, ainsi que tout autre type de soutien nécessaire pour assurer la stabilité et le fonctionnement dans la collectivité.



TRAVAILLEUR PAIR	Les travailleurs pairs sont des personnes qui ont un vécu particulier et qui utilisent ce vécu pour offrir un soutien à d'autres et pour donner de l'espoir.
UDI	Utilisateur de drogues injectables.
USURE DE COMPASSION	Il y a usure de compassion (aussi appelée stress de compassion, traumatisme transmis par personne interposée ou TSPT secondaire) lorsqu'une personne qui noue des liens empathiques avec des gens qui vivent des situations traumatisantes finit par ressentir elle-même ces émotions.
VALEURS	Il s'agit des croyances, des traditions et des coutumes sociales valorisées et reçues par des personnes et par l'ensemble de la société. Une personne tient beaucoup à cœur les valeurs morales; elles changent très peu avec le temps et elles sont souvent ancrées dans les croyances religieuses. Elles comprennent les croyances sur le caractère sacré de la vie, sur le rôle des familles au sein de la société et sur la protection accordée aux nouveau-nés, aux enfants et à d'autres personnes vulnérables contre les méfaits. Les valeurs sociales sont plus souples et peuvent changer au cours du vécu d'une personne. Ces valeurs peuvent inclure des croyances sur le statut et le rôle de la femme au sein de la société, et sur les attitudes relatives au tabagisme, à la consommation d'alcool et d'autres substances. Les valeurs peuvent avoir un effet bénéfique ou néfaste sur le comportement et sur la santé.
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine.
VULNÉRABILITÉ AU VIH	État résultant d'un ensemble de facteurs échappant au contrôle individuel qui réduisent l'aptitude d'individus et de communautés à éviter le risque de VIH. Ces facteurs sont notamment les suivants : 1) absence des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour se protéger et protéger les autres, 2) facteurs liés à la qualité et à l'étendue des services (p. ex. inaccessibilité des services en raison de la distance, du coût ou d'autres facteurs) et 3) facteurs sociétaux tels que les violations des droits humains ou des normes socioculturelles. Ces normes peuvent comprendre des pratiques, des croyances et des lois qui stigmatisent et inhibent certaines populations, limitant ainsi leur capacité d'accéder et d'utiliser les services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH ainsi que des produits correspondants. Ces facteurs, seuls ou combinés, peuvent créer une vulnérabilité au VIH individuelle et collective, ou l'intensifier.



ZONES SÛRES

Un endroit où chacun se sent libre de parler sans crainte de critique ou de haine, où l'on se sent non seulement soutenu, mais approuvé, où l'on est non seulement accepté, mais valorisé.

Références :

1. Agence de la santé publique du Canada. 2007. Glossaire des termes pertinents relatifs aux compétences essentielles en santé publique. Adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ccph-cesp/glos-a-d-fra.php>
2. Association canadienne de santé publique. 1990. Community Health~Public Health Nursing in Canada
3. Preparation & Practice. Ottawa (Ontario) : Association canadienne de santé publique « Gestion de crise » consulté le 17 septembre 2010. Adresse : http://fr.wikipedia.org/wiki/Gestion_de_crise
4. Agence de la santé publique du Canada. 2008. Trousse d'évaluation des programmes. Adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/toolkit-fra.php>
5. Elwood WN, Montoya ID, Richard AJ, Dayton CA. To hang in the 'hood: description and analysis of outreach activities. Journal of Psychoactive Drugs. 1995;27(3):249-59.
6. Adaptation de la page http://www.peerwork.org.au/?page_id=4
7. Association canadienne de santé publique. 2010. Public Health~ Community Health Nursing in Canada: Roles and Activities. Adresse : <http://www.cpha.ca/uploads/pubs/3-1bk04214.pdf>
8. « Norme (sociologie) » consulté le 17 septembre 2010. Adresse : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Norme>



ANNEXE B : DÉFINITION DU RISQUE ET DE LA VULNÉRABILITÉ

Pourquoi est-il important de définir le risque et la vulnérabilité dans le cadre de l'établissement de programmes d'approche relatifs au VIH et autres ITSS?

Les programmes d'approche efficaces tiennent compte du fait qu'il existe une différence entre le risque et la vulnérabilité. Ils font aussi la distinction entre les risques qui mènent directement au VIH ou autre ITSS et les vulnérabilités sous-jacentes. La reconnaissance et la mesure des comportements à risque associés au VIH est un phénomène relativement récent. La mesure combinée des comportements à risque et des taux de VIH/ITSS est connue sous le nom de « surveillance de deuxième génération ». Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA¹ définit ainsi le risque de VIH et la vulnérabilité au VIH.

Risque: c'est la probabilité pour une personne de contracter l'infection à VIH. Certains comportements créent, majorent et perpétuent le risque : rapports sexuels non protégés avec un partenaire dont le statut VIH est inconnu, multipartenariat sexuel sans protection, et consommation de drogues injectables avec utilisation d'aiguilles et de seringues contaminées.

Vulnérabilité: c'est l'état résultant d'un ensemble de facteurs échappant au contrôle individuel qui réduisent l'aptitude d'individus et de communautés à éviter le risque de VIH. Ces facteurs sont notamment :

- 1) L'absence des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour se protéger et protéger les autres;
- 2) Les facteurs liés à la qualité et à l'étendue des services (p. ex. inaccessibilité des services en raison de la distance, du coût ou d'autres facteurs);
- 3) Les facteurs sociétaux tels que les violations des droits humains ou des normes socioculturelles.

Ces normes peuvent comprendre des pratiques, des croyances et des lois qui stigmatisent et inhibent certaines populations, limitant ainsi leur capacité d'accéder et d'utiliser les services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH ainsi que des produits correspondants. Ces facteurs, seuls ou combinés, peuvent créer une vulnérabilité au VIH individuelle et collective, ou l'intensifier.

Au Canada, le manque de données relatives à ces facteurs a provoqué des vulnérabilités qui ont eu des répercussions sur la santé et le bien-être des professionnel(le)s du sexe (PDS), des utilisateurs de drogues injectables (UDI) et des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH). Plus précisément, la pauvreté, l'absence d'éducation et d'emploi, l'inégalité, les préjugés, la violence et la criminalisation des dépendances et de la prostitution ont pour effet de restreindre les possibilités de perfectionnement des connaissances et du savoir-faire nécessaires à la prévention du VIH et autres ITSS. Ces facteurs restreignent aussi les possibilités de bénéficier et de faire usage des services sociaux et de santé et de surmonter les obstacles sociétaux tels que la stigmatisation et la discrimination qui inhibent les gens et limitent leur potentiel. Les vulnérabilités permettent en grande partie d'expliquer pourquoi certains groupes sont disproportionnellement touchés par le VIH et autres ITSS, ainsi que par un certain nombre d'autres maladies infectieuses et chroniques¹.

Pour ces raisons, il faut s'assurer que les programmes d'approche expriment clairement le lien causal qui unit les déterminants sociaux, soit la santé, la vulnérabilité et un risque accru de VIH/ITSS. Il faut également que



les programmes prévoient des interventions appropriées qui visent la réduction à la fois des risques et des vulnérabilités.

Référence :

- ¹ UONUSIDA. *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2008*. Chapitre 3 : « Gestion des causes sociétales du risque et de la vulnérabilité par rapport au VIH » [en ligne], 2008.
http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1510_2008_global_report_pp63_94_fr.pdf



ANNEXE C : PRINCIPES DE RÉDUCTION DES MÉFAITS

Les principes de réduction des méfaits et leur applicabilité aux programmes d'approche

Les principes de réduction des méfaits sont pertinents aux services d'approche : attitude sans jugement, sens du réalisme, respect des individus, de leur organisation et de la complexité de leur situation, et compréhension du contexte sociétal plus large qui rend les groupes et les personnes vulnérables.

- Accepter, pour le meilleur et le pour le pire, que la consommation de drogues licites et illicites est bien réelle, et faire en sorte de réduire ses effets néfastes au minimum plutôt que de simplement ignorer le problème et de condamner les consommateurs.
- Comprendre que la consommation de drogues est un phénomène complexe et multidimensionnel qui englobe tout un spectre de comportements allant de l'abus grave à l'abstinence totale, et reconnaître que certains modes de consommation sont plus sécuritaires que d'autres.
- Adopter comme critère d'interventions et de politiques fructueuses la qualité de vie communautaire et le bien-être des individus, et non nécessairement l'arrêt total de la consommation.
- Exiger que les services et les ressources soient offerts sans jugement et de manière non contraignante aux consommateurs de drogues et aux collectivités dans lesquelles ils vivent afin de les aider à réduire les méfaits concomitants.
- S'assurer que les consommateurs de drogues et les personnes ayant des antécédents dans ce domaine aient systématiquement leur mot à dire dans l'élaboration des programmes et des politiques leur étant destinés.
- Soutenir que les consommateurs de drogues sont les premiers responsables de la réduction des méfaits liés à leur propre consommation, et essayer de les amener à communiquer et à se soutenir les uns les autres dans le cadre de stratégies qui se préoccupent de leurs conditions actuelles de consommation.
- Reconnaître que les réalités comme la pauvreté, la classe, le racisme, l'isolement sociale, le traumatisme antérieur, la discrimination fondée sur le sexe et les autres inégalités sociales rendent les gens plus vulnérables et nuisent à leur capacité de réagir de manière appropriée aux méfaits de la drogue.
- Ne pas essayer de minimiser ou d'ignorer les méfaits ou les dangers réels et tragiques de la consommation de drogues licites ou illicites.

Référence :

- ¹ Harm Reduction Coalition. « Principles of harm reduction » [en ligne] Peut être consulté à l'adresse suivante : <http://www.harmreduction.org/article.php?list=type&type=62> (anglais seulement)



ANNEXE D : THÉORIE DU CHANGEMENT DU COMPORTEMENT

Selon les théories du changement du comportement :

- le changement est considéré comme un processus plutôt que comme un événement;
- le processus du changement se caractérise par une série de phases;
- la personne qui essaie de changer un comportement passe normalement par ces différentes phases.

Le modèle de croyances de la santé¹ se fonde sur la perception qu'ont les individus :

- de la menace que constitue un problème de santé;
- des avantages d'éviter la menace;
- des facteurs qui poussent à agir.

Concept	Définition	Stratégies possibles relatives au changement
Prédisposition perçue	Perception par la personne du risque qu'elle a de contracter la maladie.	<ul style="list-style-type: none"> • Cibler les populations vulnérables et déterminer leur niveau de risque. • Adapter l'information sur le risque en fonction des caractéristiques ou des comportements de la personne. • Aider la personne à percevoir avec exactitude son propre risque de contracter la maladie.
Gravité perçue	Perception par la personne de la gravité de sa maladie et de ses conséquences.	<ul style="list-style-type: none"> • Préciser les conséquences d'une maladie et les mesures recommandées.
Avantages perçus	Confiance que possède la personne en l'efficacité des mesures qui permettront de réduire le risque ou la gravité de la maladie.	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer de quelle façon, à quel endroit et à quel moment agir, et préciser quels seront les résultats positifs éventuels.
Obstacles perçus	Perception par la personne du coût matériel et psychologique lié à l'action.	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir du réconfort, de l'encouragement et de l'aide et corriger les renseignements erronés.
Signes d'une volonté d'action	Facteurs qui déclenchent la « volonté de changer ».	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir des renseignements pratiques, conscientiser et recourir à des systèmes de rappel.
Autoefficacité	Confiance de la personne envers sa capacité d'agir.	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir de la formation et des conseils sur la manière d'agir. • Fixer des objectifs progressifs. • Offrir du renforcement positif. • Adopter les comportements souhaités.

Modèle des phases du changement²

- Mesure dans laquelle les individus sont motivés et prêts à changer un comportement problématique.

Phases du changement	Techniques/Interventions
<p>Précontemplation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ne considère pas actuellement le changement : « L'ignorance, c'est le bonheur ». 	<ul style="list-style-type: none"> • Valider le manque de préparation. • Clarifier : la décision leur appartient. • Encourager la réévaluation du comportement actuel. • Encourager l'auto-exploration, aucune action. • Expliquer et personnaliser le risque.
<p>Contemplation</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambivalence au sujet du changement : s'abstient de prendre une décision. 2. Ne prévoit aucun changement au cours du prochain mois. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valider le manque de préparation. • Clarifier : la décision leur appartient. • Encourager l'évaluation des avantages et des inconvénients du changement de comportement. • Définir et valoriser de nouvelles attentes positives en matière de résultats.
<p>Préparation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fait une certaine expérience du changement et tente de changer : tâte le terrain. • Prévoit agir dans le prochain mois. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cerner les obstacles et aider à résoudre le problème. • Aider le patient à trouver du soutien social. • Vérifier que le patient possède les aptitudes nécessaires au changement de comportement. • Au début, favoriser les petits pas.
<p>Action</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pratique son nouveau comportement pendant 3 à 6 mois. 	<ul style="list-style-type: none"> • Insister sur les signes de réadaptation et sur le soutien social. • Appuyer l'auto-efficacité lorsque vient le temps de surmonter les obstacles. • Aider le patient à lutter contre le fait de se sentir perdu et lui réitérer les avantages à long terme.
<p>Maintien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Volonté continue de maintenir le nouveau comportement. • Plus de 6 mois à 5 ans 	<ul style="list-style-type: none"> • Planifier le suivi. • Renforcer les récompenses internes. • Discuter des mesures à prendre en cas de rechute.
<p>Rechute</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retour aux anciens comportements : tomber en disgrâce. 	<ul style="list-style-type: none"> • Examiner les causes de la rechute. • Réévaluer la motivation et les obstacles. • Prévoir des stratégies d'adaptation plus draconiennes.



Théorie du comportement planifié¹

- attitude des personnes à l'égard d'un comportement
- perception des normes
- croyances au sujet de la facilité ou de la difficulté de changer

La théorie du comportement planifié étudie la relation entre le comportement et les croyances, les attitudes et les intentions. Elle suppose que l'intention comportementale constitue le déterminant le plus important du comportement. Cette intention est influencée par : a) l'attitude de la personne envers l'adoption d'un comportement; b) ses croyances; c) l'approbation ou non du comportement par les personnes importantes de sa vie (norme subjective). Selon cette théorie, tous les autres facteurs (p. ex. la culture, l'environnement) s'insèrent parmi les éléments du modèle, et n'expliquent pas, de manière indépendante, la probabilité qu'une personne se comporte d'une manière ou d'une autre.

Concept	Définition	Stratégies possibles relatives au changement
Intention comportementale	Probabilité perçue que la personne adoptera le comportement.	Êtes-vous susceptible ou non (d'adopter le comportement)?
Attitude	Évaluation personnelle du comportement	Percevez-vous (le comportement) comme étant bon, neutre ou mauvais?
Norme subjective	Croyances selon lesquelles des personnes importantes approuvent ou désapprouvent le comportement; motivation à se comporter d'une manière qu'elles approuveront.	Selon vous, est-ce que la plupart des gens approuvent/désapprouvent (le comportement)?
Contrôle perçu du comportement	Croyance selon laquelle la personne peut exercer un certain contrôle sur son adoption du comportement.	Croyez-vous que (l'adoption du comportement) dépend de vous?

Références:

¹ U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Health. *Theory at a glance, a guide for health promotion practice*, 2^e édition, 2005.

² Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. « In search of how people change ». *Am Psychol*, 1992, vol. 47, p. 1102-1104



ANNEXE E: SOURCES DE DONNÉES CANADIENNES SUR LES POPULATIONS À RISQUE

La présente annexe fait état de plusieurs sources de données du gouvernement fédéral concernant la population canadienne et des groupes à risque précis, ainsi que deux sources de données de l'Ontario. Il est recommandé également aux personnes qui exécutent les programmes de prendre connaissance des enquêtes sur la morbidité menées à l'échelle provinciale, des données administratives (p. ex. les dossiers d'hospitalisation), des systèmes d'information sur les maladies à déclaration obligatoire et des registres de maladies pertinents, ainsi que des données démographiques et épidémiologiques recueillies par les unités de services sociaux et de santé locales.

- Profils des secteurs de recensement (SR), Recensement de 2011. Les secteurs de recensement sont de petites régions géographiques, habituellement des zones urbaines, pour lesquelles il existe des données de recensement. <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>
- Profils des communautés de Statistique Canada. Offre des renseignements de base, comme de l'information sur la santé. <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-591/index.cfm?Lang=F>
- Statistiques démographiques annuelles de Statistique Canada. La plus récente version date de 2005. <http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=91-213-X1B&lang=fra>
- Les Indicateurs de santé sont produits conjointement par Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Il s'agit d'une compilation d'indicateurs qui mesurent 1) l'état de santé, 2) les déterminants non médicaux de la santé, 3) le rendement du système de santé et 4) les caractéristiques de la collectivité et du système de santé. Ces indicateurs sont produits à l'échelle des régions sociosanitaires ainsi qu'à l'échelle des provinces, des territoires et du Canada. <http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=82-221-X&CHROPG=1&lang=fra>
- L'Enquête M-Track est un système de surveillance de deuxième génération – des enquêtes à passages répétés, effectuées à des intervalles réguliers dans différents endroits au Canada en vue de dégager les tendances de l'évolution du VIH, de l'hépatite virale (hépatite C), des infections transmissibles sexuellement (ITS) et des comportements à risque chez les homosexuels, les bisexuels, les bispirituels et les autres hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/about/mtrack-fra.php>
- L'Enquête I-Track est un système de surveillance de deuxième génération – des enquêtes itératives effectuées dans différents endroits au Canada, et ce, à des intervalles réguliers – en vue de dégager les tendances en matière de comportements à risque associés au VIH et à l'hépatite C, qu'ils soient sexuels ou qu'ils aient trait à l'injection de drogues. Les enquêtes sont reprises généralement tous les deux ans. <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/about/itrack-fra.php>
- La Surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada est un système de surveillance de deuxième génération qui suit de près, à différents endroits, les taux d'ITS et de pathogène à diffusion hémotogène, les comportements et les déterminants du risque chez les jeunes de la rue. L'enquête est reprise tous les deux ans. <http://www.phac-aspc.gc.ca/sti-its-surv-epi/youth-jeunes-fra.php>
- L'Agence de santé publique du Canada (ASPC) offre toute une gamme de publications sur les maladies infectieuses. <http://www.phac-aspc.gc.ca/id-mi/index-fra.php>
- L'Association of Public Health Epidemiologists in Ontario (association des épidémiologistes en santé publique de l'Ontario) publie une liste d'indicateurs de base qui devraient être saisis à l'échelle du service de santé. <http://www.apheo.ca/index.php?pid=48> (anglais seulement)
- L'enquête Rapid Risk Factor Surveillance System (RRFSS) est un sondage téléphonique récurrent portant sur un ensemble de facteurs de risque signalés par les services de santé de l'Ontario. Elle est particulièrement utile en ce qui concerne la consommation d'alcool et de tabac, ainsi que les maladies chroniques. Pour un accès complet, il faut s'abonner. <http://www.rrfss.on.ca/index.php?pid=21> (anglais seulement)



ÉTUDE DE FAISABILITÉ DE LA REPRÉSENTATION GÉOGRAPHIQUE : ACTIVITÉS À RISQUE ÉLEVÉ À WINNIPEG

LEÇONS RETENUES ET RECOMMANDATIONS

1. Pour assurer la réussite d'un exercice de représentation géographique, il est essentiel de recruter, de sélectionner et de former un coordonnateur de la recherche et des travailleurs sur le terrain qui possèdent les antécédents, l'expérience et les qualités personnelles nécessaires à la mise au point de services d'approche efficaces dans la rue qui permettront la collecte des données.
2. Il est primordial de faire preuve de souplesse et d'adapter les méthodes de collecte de données à chacun des quartiers.
3. Si la mise en œuvre de méthodes de représentation géographique peut se faire assez rapidement, il faut prévoir suffisamment de temps pour mener les consultations nécessaires dans la collectivité au cours de la phase de préparation de l'étude. Il faut aussi prévoir assez de temps pour exécuter le travail sur le terrain dans chacun des quartiers, ce qui permettra de dégager le contexte communautaire, de cibler les informateurs clés et de tenir compte de la variation hebdomadaire dans le niveau des activités à risque élevé. Lors de prochains exercices de représentation géographique, il faudrait prévoir consacrer au moins deux mois à la phase de préparation (consultations et mise en œuvre au sein de la collectivité), dont au moins deux semaines à la collecte des données sur le terrain dans chacun des quartiers.
4. Les prochains protocoles de représentation géographique doivent définir avec précision ce que sont les activités à risque élevé. Au cours de l'étude pilote, les définitions relatives au terrain ont été modifiées afin de mettre l'accent sur la consommation de drogues injectables là où le partage d'équipement risquait de se produire, les HRSH anonymes/en maraude et le travail de prostitution dans la rue.
5. Le recours à des instruments électroniques contemporains de réseautage social et de communication (p. ex. Internet, messagerie texte) devrait être envisagé pour la collecte de données à des fins de représentation géographique.
6. Les frontières utilisées pour la représentation géographique de la région devraient être les frontières naturelles des quartiers établies par les membres de la communauté. L'utilisation de frontières administratives médicales ou politiques parfois arbitraires impose des contraintes artificielles et peut introduire un biais dans la collecte des données.
7. Les activités à risque élevé varient selon le lieu et le moment (p. ex. selon la saison dans les villes canadiennes aux hivers rigoureux). La représentation géographique devrait être effectuée à différents moments de l'année et répétée de manière régulière.
8. L'étude abondait dans le sens de la documentation existante, selon laquelle la représentation géographique des activités à risque élevé peut constituer l'un des aspects d'une évaluation complète des besoins en vue de la prévention du VIH à l'échelle communautaire. Pour être utile, la représentation géographique doit être assortie de données qualitatives (ethnographiques) et d'enquête.

Référence:

- ¹ Ormand M, Elliot L. *WIN-MAP: A feasibility study of geographic mapping of places in Winnipeg with high levels of HIV-related risk activity*—rapport définitif. Winnipeg (Manitoba) : Université du Manitoba, 2008. p. 32. Non publié.



ANNEXE G : ÉTAYER L'ÉVALUATION DE LA SITUATION

L'évaluation de la situation a pour but de fonder les décisions relatives à la planification des programmes et des politiques sur toute une gamme de faits. En examinant les faits recueillis au cours de l'évaluation de la situation, il est possible de cerner à quelles populations il faut accorder la priorité et les pratiques qui conviennent. Les conclusions de l'évaluation de la situation servent à formuler des recommandations en vue d'établir de programmes et d'orienter la prestation des services.

Commencez par formuler une question ciblée, à laquelle il est possible de répondre (c.-à-d. préciser ce que vous devez savoir). Puis, observez et étayez l'information qui suit de façon à répondre à la question.

1. Données de surveillance et d'évaluation de la santé de la population

Types de données/d'information sur la santé de la population à considérer (selon le cas) :

- Socioéconomiques et démographiques
- Mortalité et morbidité
- Résultats liés à la reproduction
- Résultats liés à la croissance et au développement
- Facteurs de risque et comportements de santé; pratiques préventives
- Environnement physique
- Conscience et connaissance des pratiques en matière de santé et attitudes à leur égard
- État de santé/résultats pour la santé

Sources de données à consulter :

- Systèmes d'information
- Bases de données administratives
- Enquêtes
- Autres répertoires de données brutes
- Données/rapports d'autres sources

2. Littérature et conclusions de l'évaluation

- Documentation actuelle
- Résultats de l'évaluation



3. Point de vue des intervenants

Recueillez et étayez systématiquement les renseignements relatifs à la décision fournis par les intervenants, à savoir :

- Les clients/participants
- La collectivité/le public
- Le personnel
- Les partenaires professionnels et communautaires
- Autres (s'il y a lieu), p. ex. autres fournisseurs de services de santé

4. Contexte

Évaluez les facteurs qui pourraient avoir une incidence sur le projet :

- Facteurs politiques, économiques, environnementaux, sociaux, technologiques ou autres
- Forces (capacités, ressources), faiblesses (limites), possibilités, menaces (obstacles), risques et avantages possibles

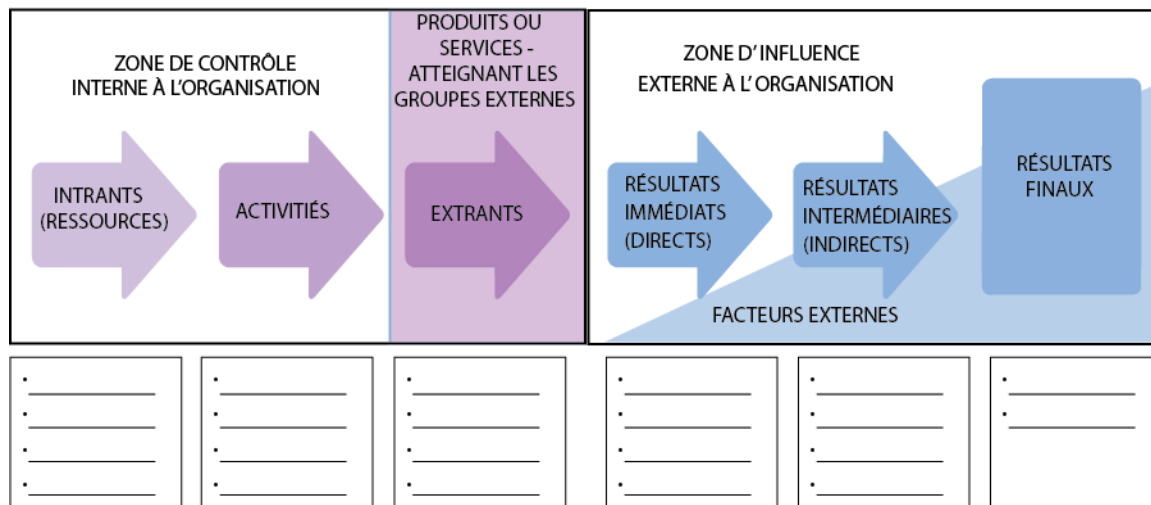


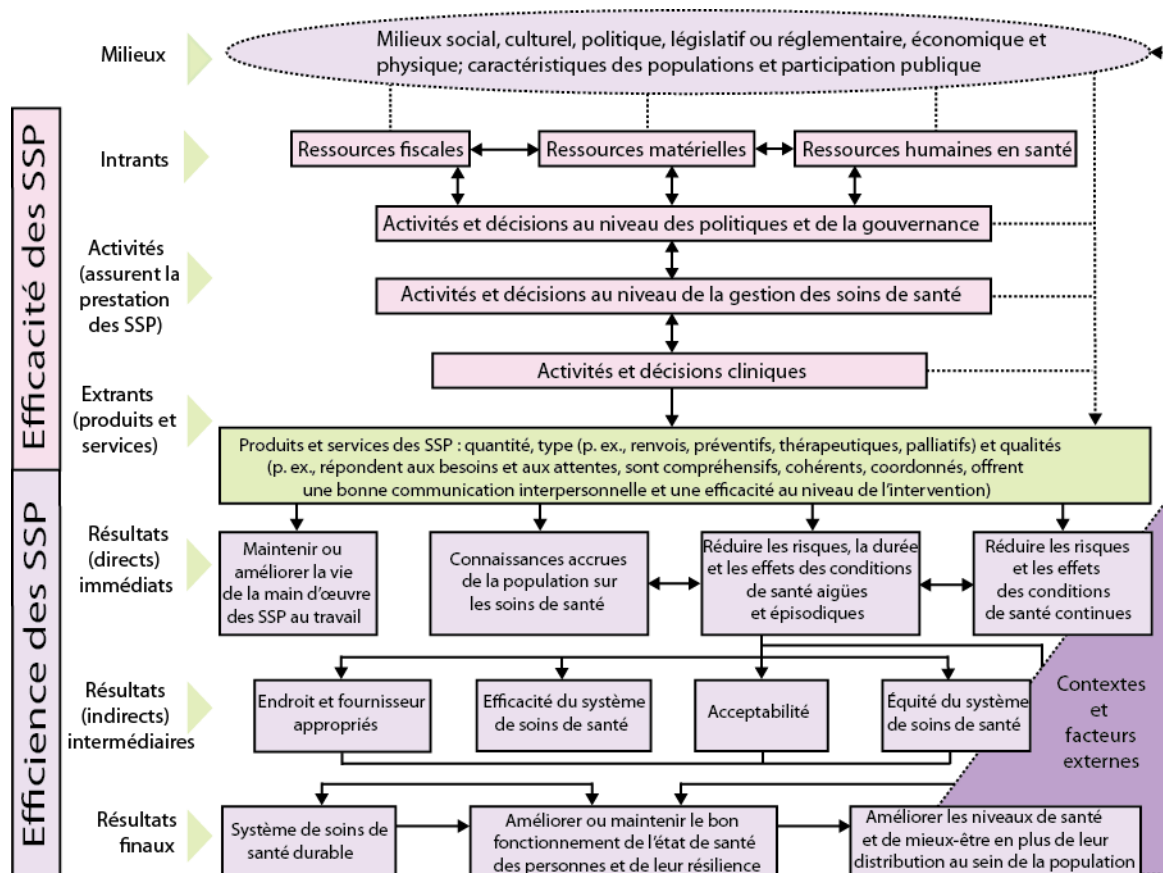
ANNEXE H : MODÈLES LOGIQUES

Un modèle logique, aussi appelé enchaînement des résultats, c'est « la relation déterminante ou logique entre les activités, les extrants et les résultats d'une politique, d'un programme, ou d'une initiative que ceux-ci sont censés produire »¹. Ce modèle indique la probabilité d'atteindre des résultats à court, moyen ou long terme si des ressources sont investies dans la prestation d'activités dans une population donnée. Le modèle logique décrit la façon dont le programme devrait fonctionner. Les modèles logiques ont aussi leurs faiblesses. Notamment, ils n'indiquent pas de quelle façon les résultats seront atteints, ne définissent pas la structure de responsabilisation et ne traitent pas des principaux risques ou suppositions associés aux résultats escomptés².

Deux modèles logiques sont présentés ci-dessous. Le premier est une version générique simple provenant du Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT) du Canada où figurent six étapes principales dans une structure d'enchaînement des résultats horizontale. Le second a été élaboré par le Centre for Health Services and Policy Research (CHSPR) à des fins précises d'établissement de programmes de soins de santé primaires. Il prend la forme d'un graphique de cheminement vertical.

Modèle logique général d'enchaînement des résultats du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada¹





Voici cinq autres points au sujet du modèle logique.

1. La **portée** ne fait normalement pas partie du modèle logique, car il ne s'agit pas d'une « étape » dans l'enchaînement des résultats. Par contre, lorsque l'on tente de prévenir ou de traiter des maladies infectieuses, les programmes doivent rejoindre une grande partie de la population vulnérable afin de produire un effet. Il est reconnu que les programmes de réduction des méfaits doivent atteindre autant d'UDI possible dans une région géographique donnée, sinon « ils risquent de devenir des programmes boutiques sans effet, ou aux effets limités, sur l'épidémie de VIH »⁴.
2. Les concepts du **contrôle** et de **l'influence** sont importants pour comprendre la perte de contrôle dans l'établissement de programmes lorsqu'on passe de l'activité aux résultats. Par exemple, même si un programme contrôle la distribution de condoms, il ne peut qu'inciter la personne à en faire usage. Des ressources suffisantes, l'atteinte d'une population vulnérable et la qualité des services d'approche peuvent aider à augmenter l'influence du programme.
3. La question de la **responsabilisation** à l'égard des résultats escomptés est l'« obligation de démontrer et d'assumer ses responsabilités à la fois pour les moyens utilisés et les résultats en fonction d'attentes convenues »¹. Cette responsabilisation est liée au contrôle et à l'influence. Toutefois, si les résultats

peuvent uniquement être influencés, comment un programme peut-il en être responsable? Il s'agit d'une question importante, qui se comprend mieux au sens de la responsabilité principale ou conjointe. De manière générale, plus un modèle logique s'approche de ses résultats définitifs, plus la responsabilité conjointe est grande. Par exemple, un programme de prévention du VIH dans les bains publics aurait la responsabilité principale de l'utilisation de condoms par les clients des bains; par contre, il partagerait la responsabilité des taux de VIH/ITSS chez les HRSH avec toute une gamme de fournisseurs de services sociaux et de santé.

4. Il est important de connaître les **suppositions** et les **risques** qui s'insèrent dans un modèle logique. La planification de chacun des programmes repose sur un mélange de théorie, de faits et suppositions. Par exemple, il est possible de supposer que le financement régulier continuera ou que le changement de comportement voulu s'effectuera. Les risques comprennent l'opposition politique ou un changement dans la dynamique de la transmission du VIH et autres ITSS. Dans le cadre du modèle logique, à mesure que l'on progresse de l'activité aux résultats, du contrôle à l'influence, les suppositions et les risques ont tendance à prendre de l'importance.
5. Le dernier point concerne l'intégration de **méthodes** ou de **stratégies** d'établissement de programmes dans le modèle logique. La plupart des modèles logiques n'en tiennent pas compte. D'autres le font, en les intégrant normalement comme étape précédant ou suivant immédiatement les extrants ou à l'intérieur même des extrants. Le modèle logique que proposent le Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (CCNMO) et The Health Communication Unit (THCU) dans *l'Outil de planification en ligne des programmes de santé* comprend une ligne pour les stratégies⁵.

Références :

- ¹ Guide d'élaboration des cadres de gestion et de responsabilisation axés sur les résultats; Annexe A – Lexique de la gestion axée sur les résultats. Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada. [en ligne] 2009. Peut être consulté à l'adresse : <http://www.tbs-sct.gc.ca/cee/pubs/lex-fra.asp>
- ² Rabinovitch A. « Realizing more benefits from logic models: what logic models can learn from benefits realization ». Exposé devant la Société canadienne de l'évaluation— Région de la capitale nationale [en ligne]. 2007. Peut être consulté à l'adresse : http://ncc.evaluationcanada.ca/downloads/presentations/bs_0607/LM_rabinovitch_0607.pdf (anglais seulement)
- ³ Watson DE, et coll. « A Results-Based Logic Model for Primary Health Care. Laying an Evidence-Based Foundation to Guide Performance Measurement, Monitoring, and Evaluation ». [en ligne] 2004. Peut être consulté à l'adresse : <http://www.chspr.ubc.ca/files/publications/2004/chspr04-19.pdf> (anglais seulement)
- ⁴ Groupe de gestion des projets sur le SIDA. *Guide to Starting and Managing Needle and Syringe Programmes* (OMS, ONUSIDA et ONUDC, 2007, p. 6). Peut être consulté à l'adresse : http://www.who.int/hiv/idu/Guide_to_Starting_and_Managing_NSP.pdf (anglais seulement)
- ⁵ Peut être consulté à l'adresse : http://www.thcu.ca/ohpp/output/logic_model_sample_fr.pdf



ANNEXE I : DÉFIS CONCEPTUELS À L'ÉTABLISSEMENT DE PROGRAMMES D'APPROCHE

La documentation et divers intervenants ont cerné un certain nombre de défis à la conceptualisation, à l'élaboration et à la prestation des services d'approche en tant que stratégie d'établissement de programmes.

- L'incapacité de déterminer la taille d'une population et la portée d'un programme rendent difficiles l'offre de services et la mesure efficace des répercussions. Les populations à risque « cachées » sont difficiles à trouver et à atteindre – elles se déplacent et se méfient. Leur survie peut dépendre de forces arbitraires et imprévisibles (p. ex. la police, la météo, le marché des drogues illicites, les changements en matière de politiques). Tous ces facteurs contribuent à compliquer l'évaluation de la taille d'une population.
- Il n'est pas facile d'établir un programme qui tient compte des variations naturelles de la prévalence du VIH/des ITSS au sein d'une population et des caractéristiques changeantes des épidémies au cours du temps. Pour cela, il faut arriver à faire correspondre les stratégies d'approche avec le stade d'une épidémie donnée, la prévalence d'une maladie ou d'une infection particulière ou les tendances et modes de consommation d'une substance intoxicante précise.
- Lorsqu'il est difficile d'obtenir des preuves de haute qualité et des données démographiques, comportementales et médicales relatives à une certaine population, et de les utiliser, nous avons parfois tendance à se fier à des observations, à des anecdotes et à des relations dans la communauté, et à refaire ce qui a déjà fonctionné et ce qui nous est familier.
- La fluctuation des niveaux de financement et des priorités nuit à la prévision et à la continuité. Les fournisseurs de services se retrouvent souvent dans la situation de devoir demander du financement dans un secteur afin d'être en mesure de répondre à un besoin dans un autre secteur. Par exemple, l'émergence de l'hépatite C comme priorité de financement s'est produite dans un contexte où le VIH et d'autres ITSS demeuraient d'importantes menaces pour la santé.
- Les cadres d'évaluation ou de mesure du rendement faibles ou imprécis gênent l'évaluation de la pertinence, de l'efficacité et des répercussions d'un programme.
- La création de partenariats dictés par les « organismes responsables » plutôt que par des processus de collaboration, ainsi que l'incohérence des approches d'intervention auprès des collectivités clientes, peut nuire à l'efficacité des programmes. Le fait de collaborer avec des partenaires de divers « champs d'activité » et qui ont une philosophie différente à l'égard de la prostitution et des dépendances peut rendre la situation plus complexe.
- En travaillant dans des zones « grises » légales et éthiques auprès des populations vulnérables touchées ou en participant à des activités illégales ou inacceptables sur le plan social, une personne s'expose à des difficultés. L'établissement de programmes à l'intention de populations vulnérables a toujours été sujet à un examen minutieux et à une opposition occasionnelle de la part des représentants élus, des services de police, des groupes communautaires et des médias.
- La rivalité entre les organismes qui ont des intentions précises ou qui représentent un certain secteur d'activité, le financement fragmenté et le cloisonnement horizontal des programmes selon qu'ils visent des troubles de santé (p. ex. VIH/SIDA, dépendances), des sous-populations (p. ex. HRSB, PDS) ou des problèmes précis (p. ex. itinérance, violence des gangs de rue) peuvent être cause de confusion, de redondance, d'inefficacité et d'insatisfaction des besoins des clients.



Ces facteurs peuvent également provoquer une tendance non productive à se déclarer responsable d'un groupe de clients en particulier.

- Le personnel de première ligne est à la base des programmes d'approche, mais au bas de la hiérarchie des services sociaux et médicaux. Bien souvent, ces travailleurs sont mal payés et n'obtiennent pas l'attention, le respect ni l'approbation qu'ils méritent, ce qui explique les forts taux d'épuisement professionnel et de renouvellement des effectifs.

Les planificateurs de programmes sont souvent contraints de trouver un juste équilibre entre différentes approches plutôt que d'en choisir une parmi les autres.

1. Offrir des services aux individus dans leur cadre naturel et/ou les mobiliser pour qu'ils emploient des services conventionnels (lieux fixes) et/ou créer un sentiment de solidarité envers le groupe ou d'appartenance à la communauté.

Tous les programmes d'approche devraient viser la meilleure harmonie possible de tous ces éléments. Le processus n'est pas simple. Il doit tenir compte des questions logistiques, juridiques et cliniques. Parmi les autres facteurs à prendre en considération, il y a :

- la disponibilité des ressources,
- la capacité et l'infrastructure organisationnelles,
- les interventions antérieures,
- la dotation,
- les intentions des donateurs,
- les relations entre les organismes,
- l'enjeu politique de travailler avec des groupes vulnérables.

Par exemple, quelque chose d'aussi banal que les lois sur l'interdiction d'uriner en public peut nuire à l'exécution d'un programme d'approche visant à recueillir de l'urine pour des tests en laboratoire.

La création d'un sentiment de solidarité et d'appartenance à la communauté est l'aspect le moins développé de l'établissement des programmes d'approche. L'argument en faveur du développement de ce sentiment communautaire dans le cadre de l'établissement de programmes de santé destinés aux populations vulnérables est double. Premièrement, la marginalisation de la population contribue à son mauvais état de santé, tandis que sa responsabilisation pourrait mener à de meilleurs résultats. Deuxièmement, il est possible de réduire les comportements à risque en changeant les normes sociales (p. ex., ne pas partager les seringues) et en incitant les populations vulnérables à contribuer à la protection de leur propre santé.

2. Réduire les méfaits immédiats des comportements et des situations à risque en insistant sur le bien-être à long terme

Les interventions d'approche, en particulier lorsque des dépendances entrent en ligne de compte, devraient offrir un rapport équilibré de réduction des méfaits imminents et de promotion du bien-être à long terme, un principe clé de la réduction des méfaits. La place que l'on accorde à l'approche dans le spectre des services mène à des interventions très différentes. Par exemple, est-ce que la consommation de drogues peut à la fois être un choix personnel à respecter (tout en limitant ses méfaits) et un comportement destructeur à décourager? Est-il possible de trouver un juste équilibre entre les services de réduction des méfaits et à bas



seuil (p. ex. les refuges-débites) et les services nécessitant l'abstinence? Quel est le juste milieu entre le respect des droits des malades mentaux et la promotion de l'observance des régimes de soins?

Souvent, les choix personnels sont guidés par des principes et des valeurs. Les organismes publics doivent être conscients de cette tension et respecter les méthodes de leurs partenaires. Les services d'approche, tout comme ceux visant la réduction des méfaits, devraient avoir pour but de prendre les clients « là où ils sont rendus » dans leur vie. Ils devraient aussi se pencher sur les problèmes actuels et les fondements ou circonstances sous-jacents¹. Les options seront alors variées et comprendront la réduction du risque de méfait imminent et la promotion du bien-être à long terme. Cela peut se réaliser en adoptant un changement de comportement positif et en réduisant les vulnérabilités sous-jacentes.

3. Réduire les risques et les vulnérabilités qui planent sur les individus tout en reconnaissant les normes sociales de la population vulnérable

Les programmes d'approche doivent porter une attention équitable aux personnes vulnérables et à la collectivité vulnérable en entier. Pour procéder à la mise en place de normes communes plus saines, la documentation nous offre suffisamment d'assises, en particulier des programmes qui ont recours aux services de travailleurs pairs. Dans leur quête d'un changement de comportement précis, ce genre de programme fait appel aux réseaux déjà en place et aux dirigeants communautaires afin de renforcer le sentiment de solidarité et d'appartenance envers le groupe et envers la communauté. Le succès de ce genre de programme peut être accordé au fait que les groupes peuvent [traduction] « [...] fournir le soutien psychologique dont ont besoin de nombreuses personnes pour avoir des relations sexuelles sécuritaires [...] »² et mettre en place d'autres pratiques saines, y compris les aptitudes qui permettront au groupe de surmonter des obstacles (vulnérabilités) plus grands.

Travailler avec les dirigeants des collectivités vulnérables peut permettre d'atteindre les personnes qui désirent rester cachées. Ces dirigeants peuvent également se servir de leur influence pour appuyer les messages du programme et jouer un rôle actif dans leur diffusion³.

Les « protecteurs de groupe » peuvent aussi bloquer l'accès aux programmes d'approche pour des motifs bien intentionnés, comme le désir de protéger les membres de la communauté contre la stigmatisation, l'intrusion et les méfaits, pour protéger le « territoire » de l'organisme, ou encore par crainte de perdre du contrôle ou du revenu. Peu importe leurs motifs, ces personnes doivent être incluses dans la planification des interventions d'approche.

4. Centrer l'établissement des programmes sur une population précise et/ou une maladie en particulier

Les programmes d'approche visant le VIH et les autres ITSS à l'intention des populations vulnérables s'articulent normalement autour de plusieurs objectifs qui regroupent la prévention et le traitement de maladies infectieuses précises au sein de populations vulnérables données. Il s'agit d'un secteur assez sensible, où les embûches relatives aux programmes et politiques sont nombreuses. Par exemple, un programme de prévention du VIH qui ne ferait pas de distinction entre les PDS, les UDI et les HRSN ne pourrait pas saisir les vulnérabilités uniques qui sous-tendent les comportements à risque dans chacun de ces



groupes. De même, un programme destiné à une population en particulier qui accorderait trop d'importance à la vulnérabilité et qui ignorerait les comportements à risque et la dynamique de la transmission qui s'y rattachent serait voué à l'échec.

En réalité, la plupart des programmes d'approche essaient d'harmoniser les deux orientations. Un organisme de défense des droits des professionnel(le)s du sexe peut situer la prévention du VIH et des ITSS dans le contexte plus large de la vulnérabilité des professionnel(le)s du sexe et concevoir la question du point de vue de la sécurité au travail. D'un autre côté, un ministère responsable de la santé publique verra les comportements et les situations à risques et réagira dans l'objectif de mettre fin à la transmission du VIH et des ITSS. Les deux points de vue sont valables et nécessaires à la réussite du programme.

5. Une intervention autonome ou faisant partie intégrante d'un vaste programme homogène

Il est rare qu'un programme d'approche fonctionne de façon complètement indépendante. Il sera plutôt intégré à un projet de santé publique de plus grande envergure ou à un réseau de partenaires. Comme l'approche constitue souvent un élément d'un vaste programme de services sociaux et de santé, il est nécessaire d'établir la meilleure façon de l'intégrer à ces programmes en soutenant leurs principaux objectifs⁴. Pour cette raison, il est important de définir clairement le rôle que tiendront les services d'approche au sein du programme, et ce, par des moyens propres aux programmes tels que :

- le soutien organisationnel,
- les descriptions de poste,
- les ressources,
- l'appartenance à la grande équipe du programme⁵.

Un tel projet peut être plus difficile dans le cadre de projets d'approche communautaires autonomes de moindre envergure en place dans une petite collectivité qui dépend grandement du travail bénévole.

Que les services d'approche liés au VIH et aux ITSS visant les populations vulnérables constituent une intervention autonome de petite envergure ou qu'ils fassent partie intégrante d'un programme plus vaste, il faut établir des partenariats entre organismes. Seuls, les grands organismes de santé publique ne possèdent peut-être pas les connexions nécessaires pour atteindre les populations cachées. Les petits organismes communautaires n'ont peut-être pas les connaissances techniques pour prévenir et traiter le VIH et les ITSS. Les partenariats et les ententes collaboratives peuvent exploiter les forces de divers organismes afin d'offrir des services intégrés nécessaires aux clients vulnérables qui ont des besoins complexes et multiples.

La qualité de ces partenariats et le rôle des organismes communautaires, en particulier ceux établis au sein de communautés vulnérables, dans la gestion et la participation à l'établissement des programmes influenceront la réussite des programmes. La collaboration a aussi pour avantage de renforcer le plaidoyer et d'accroître le contrôle sur les enjeux relatifs aux services sociaux et de santé et sur l'environnement de travail⁶.

6. Rencontrer le client dans un cadre « ouvert » et/ou « fermé »

En travaillant auprès de populations vulnérables, il est possible d'avoir à interagir avec des individus participant à des activités inacceptables sur le plan social, illégales et (par nécessité) cachées. Ces activités



sont souvent organisées par des réseaux informels (p. ex. prostitution) et peuvent être menées en milieu « ouvert » (en public) ou « clos » (en privée). Cela pose des difficultés à l'établissement de programme en matière de sécurité et sur le plan juridique⁴. Pour accéder aux lieux privés, les travailleurs d'approche doivent obtenir une « invitation » et avoir établi des liens avec les groupes vulnérables au préalable.

On peut également mener les activités d'approche dans un cadre fermé qui est géré par les organismes. Le concept de « service d'approche offert dans des locaux intérieurs » incite les clients à se rendre dans les haltes-accueil et autres installations de services afin de se faire guider vers les services appropriés. Ces lieux offrent un environnement sécuritaire, propre et accueillant⁷.

7. La prestation des services d'approche par des professionnels du domaine ou par des travailleurs pairs de la communauté

Les études sur le travail des pairs ont démontré qu'il s'agissait d'une méthode efficace, puisque de tels intervenants ont la possibilité d'atteindre les collectivités cachées qui se méfient et de les mettre en confiance avec le programme. Ils peuvent agir à titre d'ambassadeurs du programme, constituer une source d'information et offrir de la rétroaction. Les équipes d'approche qui combinent la connaissance de la communauté, l'accès dont bénéficient les travailleurs pairs et les compétences professionnelles d'une infirmière du secteur de la santé publique sont, par exemple, en mesure d'offrir une vaste panoplie de services. Liées au VIH, des interventions centrées sur le réseau qui font appel aux pairs pour stimuler l'identité collective et favoriser les comportements à caractère social parmi les UDI ont mené à l'adoption de pratiques d'injection et de relations sexuelles plus sécuritaires que celles adoptées par le groupe témoin^{8,9}. Toutefois, l'utilisation de pairs comporte son lot de difficultés. Ils peuvent être difficiles à superviser, en particulier si des drogues entrent en ligne de compte. Le roulement du personnel et la responsabilité posent problème, d'autant plus que le public perçoit mal les organismes publics qui ont recours à des gens impliqués dans des activités illicites (et qu'il les paie). Les programmes doivent préciser quelles seront les tâches des travailleurs pairs et définir leur rôle au sein de l'organisation. Il est bien connu que les travailleurs pairs, tout comme les bénévoles, ne sont pas « gratuits ». Ils nécessitent un important investissement sur les plans de la sélection, de la formation, de la supervision et du soutien. Ils ne devraient pas être perçus comme une solution de rechange à faible coût aux professionnels rémunérés.

Références :

- ¹ Harm Reduction Coalition. « Principles of harm reduction » [en ligne] Peut être consulté à l'adresse : <http://www.harmreduction.org/article.php?list=type&type=62>
- ² Macchiwalla T, Bhattacharjee P, Anthony J. *Community-led outreach: An outreach strategy for focused prevention of HIV in urban sex work interventions*. Rajajinagar, Bangalore: Karnataka Health Promotion Trust, 2006.
- ³ Organisation mondiale de la santé. « Evidence for action: effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users » [en ligne]. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2004. Peut être consulté en ligne à l'adresse : <http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu/en/>
- ⁴ Ford C et coll. « Key components of a theory-guided HIV prevention model: pre-outreach preparation, community assessment, and a network of key informants ». *AIDS Education and Prevention*, 2007, vol. 19, n° 2, p. 176.
- ⁵ Tembreull CL, Schaffer MA. « The intervention of outreach: best practices ». *Public Health Nursing*, 2005, vol. 22, n° 4, p. 350.



- ⁶ Lasker RD, *Committee on Medicine and Public Health. Medicine and public health: the power of collaboration*. New York (NY) : The New York Academy of Medicine, 1998.
- ⁷ Homeless Link. « Streets ahead: good practice in tackling rough sleeping through street outreach services » [en ligne]. Londres, Angleterre : Homeless Link; 2008. Peut être consulté à l'adresse suivante : www.handbooks.homeless.org.uk
- ⁸ Latkin CA, Sherman S, Knowlton A. « HIV prevention among drug users: outcome of a network-oriented peer outreach intervention ». *Health Psychology*, 2003, vol. 22, n° 4, p. 332-339.
- ⁹ Weeks, M, Li, J., Dickson-Gomez, Convey, M., Martinez, M., Radda, K. et Clair, S. « Outcomes of Peer HIV prevention program with injection drug and crack users: The risk avoidance partnership ». *Substance Use & Misuse*, 2009, vol. 44, p. 253.



LES TRAVAILLEURS CANADIENS DE PREMIÈRE LIGNE ET LA DIVULGATION

Les tribunaux ont jugé que les hôpitaux, les psychiatres, les travailleurs sociaux et la police ont tous l'obligation, dans certaines circonstances, d'avertir les autorités qu'ils croient qu'une personne est en danger. Jusqu'à présent, aucune cause concernant spécifiquement le VIH n'a été rapportée. Selon le droit canadien actuel, il n'est pas certain que les autres conseillers aient l'*obligation* de divulguer des renseignements confidentiels d'un client pour empêcher qu'un préjudice soit causé à autrui. Toutefois, ils ont la *discretion* (c'est-à-dire la permission) de le faire, lorsque :

- il existe un risque évident de préjudice envers une personne ou un groupe de personnes identifiables;
- il existe un risque important de lésion corporelle grave ou de mort;
- le danger est imminent.

Si les trois conditions sont remplies et que le conseiller décide de violer la confidentialité pour protéger quelqu'un d'autre, alors la divulgation de renseignements confidentiels devrait être minimale [...]

L'Association médicale canadienne informe les médecins que la divulgation au conjoint ou partenaire sexuel d'un patient séropositif peut être justifiée, lorsque :

- ce partenaire est exposé au risque d'infection;
- que le patient refuse de l'informer;
- le patient a refusé qu'on l'aide à informer le partenaire en son nom;
- le médecin informe le patient au préalable de son intention de contacter le partenaire.

Selon l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux, le principe général de confidentialité ne s'applique pas lorsque la divulgation « est nécessaire pour empêcher que des torts graves, prévisibles et imminents » soient faits à d'autres.

Référence :

- ¹ Réseau juridique canadien VIH/SIDA. *Le droit criminel et le VIH* [en ligne], 2008. Peut être consulté à l'adresse : <http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocEN.php?ref=848>



ANNEXE K : FACTEURS ORGANISATIONNELS QUI FAVORISENT LES ENVIRONNEMENTS DE TRAVAIL AGRÉABLES

L'ouvrage *The Child Welfare Challenge* énonce huit facteurs organisationnels qui contribuent à offrir aux travailleurs de première ligne un bon environnement de travail. Sept de ces facteurs s'appliquent aux fournisseurs de services d'approche. Les voici :

- La formulation d'une mission organisationnelle et d'une philosophie de programmes claires.
- Un plan d'organisation efficace.
- Le recrutement, la sélection et la formation du personnel de manière sensée.
- La professionnalisation du travail relatif à la protection de l'enfance.
- Des critères clairs pour la mesure du rendement de l'organisation et l'évaluation du personnel.
- Une supervision de qualité du personnel de première ligne.
- La collecte et l'utilisation des données sur le rendement des programmes, y compris la rétroaction des clients¹.

Une étude sur les travailleurs canadiens de la protection de l'enfance a permis de dégager plusieurs indicateurs de bonnes pratiques applicables à la gestion du personnel de première ligne. Ces indicateurs s'appliquent également aux travailleurs d'approche. Les voici :

- Satisfaction personnelle et professionnelle.
- Observation d'un code et de principes de déontologie.
- Souci du service à la clientèle.
- Compréhension et appui du rôle professionnel dans une plus large perspective; les obstacles sont définis, les buts et les mandats conflictuels sont harmonisés et tous les intervenants travaillent en équipe.
- Occasions de perfectionnement personnel et professionnel.
- Bien-être des employés et moral élevé du personnel.
- Responsabilisation et capacité d'établir si les efforts ont eu un effet favorable² ou non.

Références :

- ¹ Pecora, P, Whittaker J, Maluccio A. *The child welfare challenge: Policy, practice and research*. New York : De Gruyter, 1992.
- ² Herbert M. « Créer les conditions d'une pratique exemplaire : un projet relatif à la protection de l'enfance » [en ligne]. 2007. Peut être consulté à l'adresse suivante : <http://www.cccw-cepb.ca/fr/publications/1119>



ANNEXE L : APTITUDES DES TRAVAILLEURS D'APPROCHE

Le document *Street Outreach Training Manual*, qui traite des services d'approche offerts aux jeunes de la rue, présente les aptitudes que devraient posséder les travailleurs d'approche¹ :

- Le personnel peut être homogène ou posséder divers niveaux d'études, qualifications, types de personnalité et expériences.
- L'équipe peut être composée de professionnels, de bénévoles et de travailleurs pairs.
- Les membres de l'équipe devront être en mesure de :
 - bâtir la confiance;
 - gérer des situations tendues et complexes en faisant preuve de souplesse, de créativité et de confiance;
 - prendre des initiatives;
 - respecter les limites;
 - travailler en équipe.

Il a été démontré qu'aucun type de personnalité en particulier n'est plus efficace qu'un autre pour les services d'approche. En fait, les programmes profiteront de différentes personnalités, en les utilisant de manière créative pour s'occuper de clients difficiles².

On constate également que de nombreuses caractéristiques qui font en sorte qu'une personne offre de bons services d'approche sont les mêmes qui les rendent moins enclines à terminer la paperasse ou à s'intégrer à la culture organisationnelle de grands organismes¹.

Références :

- ¹ Peterson TA, Bucy J. « The Streetwork Outreach Training Manual. Chapter 4 - The outreach team ». In :. [en ligne]. Washington (DC): U.S. Department of Health and Human Services, 1993. Peut être consulté à l'adresse : <http://eric.ed.gov/PDFS/ED364617.pdf>
- ² Ford C et coll. « Key components of a theory-guided HIV prevention outreach model: pre-outreach preparation, community assessment, and a network of key informants ». *AIDS Education and Prevention*, 2007, vol. 19, n° 2, p. 175.



ANNEXE M : SOUTIEN AUX TRAVAILLEURS D'APPROCHE OFFERT PAR NINE CIRCLES

Le centre de santé communautaire Nine Circles, de Winnipeg, soutient que la durabilité des équipes d'approche repose sur :

- les lignes directrices en matière de sécurité,
- le soutien offert à l'équipe,
- l'évaluation,
- la formation continue,
- le Programme d'aide aux employés (PAE).

Selon ce centre, il est également primordial d'offrir du soutien aux membres de l'équipe exposés au traumatisme de la vie et au décès des clients si l'on veut éviter qu'ils subissent un épuisement professionnel, qu'ils démissionnent ou que leur rendement diminue.

[...] des thérapeutes en santé mentale et l'équipe d'approche se réunissent chaque mois pendant une heure et demie. Ils en profitent pour discuter de toute une gamme de besoins et de problèmes. Pour l'équipe, ces séances représentent une occasion de tribune pour traiter des problèmes non résolus concernant des clients qui présentent des troubles psychosociaux. Elles constituent un exutoire pour l'expression des difficultés et le renforcement de styles de communication sains. Les points de mire ou sujets abordés au cours des réunions évoluent et changent en fonction des nécessités de l'équipe. Il s'y retrouve un aspect psychoéducatif, qui exige une part d'enseignement et de simulation. Les membres de l'équipe s'encouragent mutuellement dans les difficultés communes qu'ils rapportent. Les sujets abordés comprennent notamment les frontières avec les clients et les organismes, les cas d'abus et l'élaboration de plans de soins. Parmi les sujets possiblement à venir, mentionnons les techniques d'entrevue motivationnelle, les étapes du changement et l'intervention auprès du client qui n'est pas un « client ». Les membres de l'équipe d'approche possèdent une expérience et des antécédents riches et variés. Ces réunions sont pour eux une occasion de partager et de se rendre honneur¹. [traduction libre]

Référence :

¹ Centre de santé communautaire Nine Circles. *Outreach team training and resource manual (a work in progress)*. Winnipeg, Manitoba, Canada: Nine Circles Community Health Centre, 2008. Non publié.



ANNEXE N : SYNERGIE DE PARTENARIAT

Opérationnalisation de la synergie de partenariat

L'efficacité d'un partenariat peut être évaluée en se demandant si la participation et la contribution des partenaires permet au partenariat de :

- considérer son travail dans une optique créatrice, globale et pratique;
- se fixer des objectifs réalistes, compris et appuyés par l'ensemble;
- prévoir et mener des interventions complètes qui établissent des liens entre de multiples programmes, services et secteurs;
- comprendre et d'étayer les répercussions de ses gestes;
- tenir compte des points de vue et des priorités des intervenants communautaires, y compris celles de la population cible;
- préciser en quoi ses actions résoudront les problèmes de la collectivité;
- obtenir le soutien de la collectivité.

Les déterminants de la synergie de partenariats sont les suivants :

- Ressources
 - Argent, espace, équipement, biens
 - Savoir-faire et connaissances
 - Information
 - Relations avec les gens, les organisations, les groupes
 - Appuis
 - Pouvoir de convocation
- Caractéristiques des partenaires
 - Hétérogénéité
 - Degré de participation
- Liens entre les partenaires
 - Confiance et respect



- Conflit
- Répartition des pouvoirs

- Caractéristiques du partenariat
 - Leadership et gouvernance
 - Administration et gestion
 - Efficience

- Environnement externe
 - Caractéristiques de la collectivité
 - Politiques publiques et organisationnelles

Référence :

- ¹ Lasker RD, Weiss ES, Miller R. Partner synergy :a practical framework for studying and strengthening the collaborative advantage. The Milbank Quarterly 2pp1; 79(2) : 188-189

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière provenant de l'Agence de la santé publique du Canada par le biais du financement du Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses (CCNMI). Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de la santé publique du Canada.

