

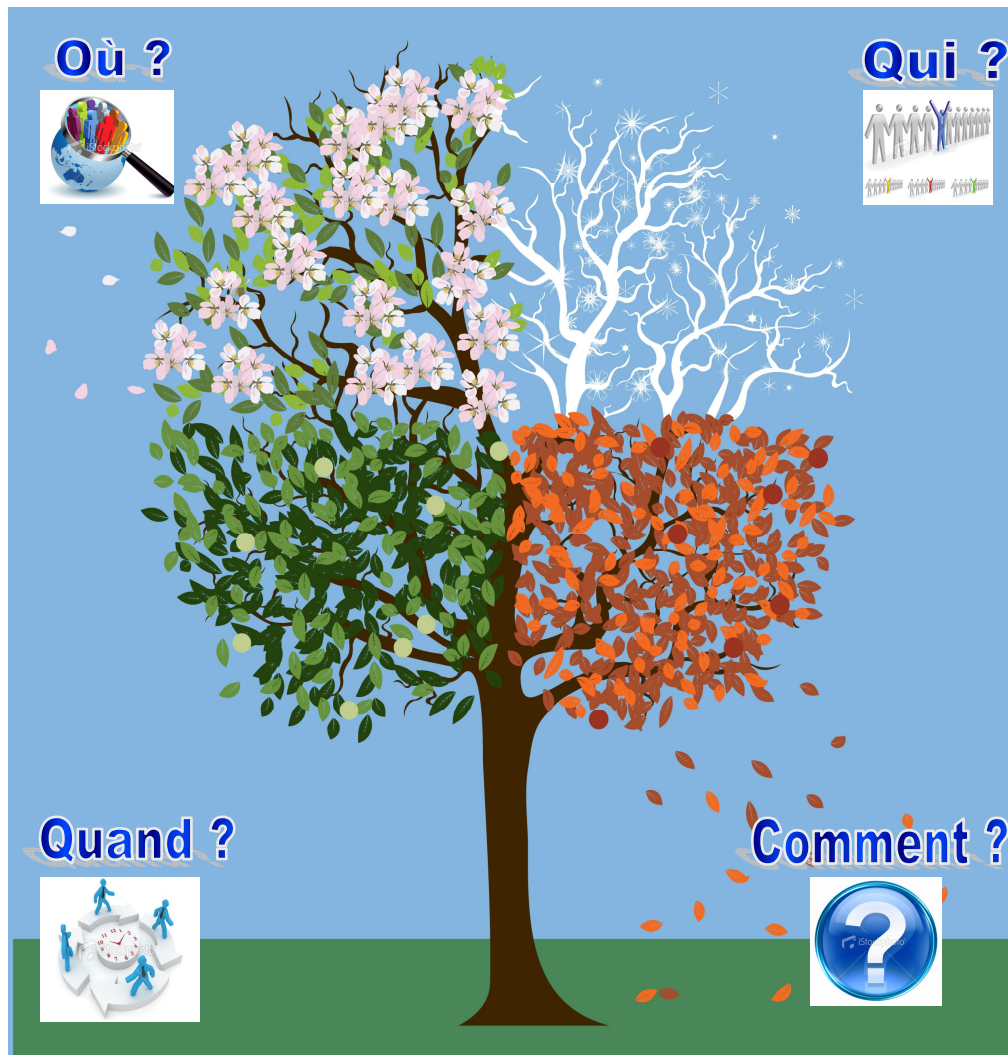
# Le projet Mapping

Pour la prévention des ITSS chez les personnes ayant des activités à risque au sein des populations vulnérables

**Bilan de la première expérimentation de la démarche en Chaudière-Appalaches et recommandations pour sa poursuite**

Direction de santé publique  
et de l'évaluation de Chaudière-Appalaches

Novembre 2011



## Conception, analyse et rédaction du document

Pier-Anne Paquet-Gagnon, agente de planification, de programmation et de recherche,  
Service en surveillance, recherche, évaluation et Infocentre

## Collaboratrices de l'Équipe maladies infectieuses

D<sup>re</sup> Diane Morin, coordonnatrice régionale  
D<sup>re</sup> Brigitte Fournier, médecin-conseil  
Joanne Eymard, agente de planification, de programmation et de recherche  
Louise Poulin, agente de planification, de programmation et de recherche

## Collaboratrices du Service en surveillance, recherche, évaluation et Infocentre

Andrée Fafard, agente de planification, de programmation et de recherche  
Sylvie Veilleux, technicienne en recherche psychosociale

## Collaborateurs et collaboratrices des CSSS

Danielle Boisclair, infirmière (CSSS de la région de Thetford)  
Olivier Duval, organisateur communautaire (CSSS de Montmagny-L'Islet)  
Joanne Fournier, infirmière (CSSS des Etchemins)  
Valérie L'Italien, infirmière (CSSS Alphonse-Desjardins)  
Cary Paquet, infirmière (CSSS de Beauce)  
Nathalie Pelletier, infirmière (CSSS de Montmagny-L'Islet)  
Maud Provençal, organisatrice communautaire (CSSS Alphonse-Desjardins)  
Louise Rouleau, infirmière (CSSS de Montmagny-L'Islet)  
Suzanne Roy, infirmière (CSSS des Etchemins)  
Chantal Caron, gestionnaire (CSSS de Montmagny-L'Islet)  
Marie Fillion, gestionnaire (CSSS de la région de Thetford)  
Véronique Veilleux, gestionnaire (CSSS de Beauce)  
Marylène Gagnon, gestionnaire (CSSS des Etchemins)  
Michel Laroche, gestionnaire (CSSS Alphonse-Desjardins)  
Christiane Goyette, gestionnaire (CSSS Alphonse-Desjardins)

## Révision du texte et mise en page

Brigitte Pelchat, agente administrative  
Sylvie Lepage, agente administrative

## Conception de la page couverture

Nicole Morin, agente administrative

## Remerciements

Je souhaite remercier tous ceux et celles qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce projet novateur. J'aimerais souligner la formidable collaboration de M<sup>mes</sup> Joanne Eymard et D<sup>re</sup> Brigitte Fournier de l'équipe maladies infectieuses à la Direction de santé publique et de l'évaluation (DSPE), qui sont initiatrices de cette démarche et qui ont participé à l'ensemble de sa réalisation. Je remercie également M<sup>me</sup> Sylvie Veilleux, technicienne en recherche psychosociale à la DSPE, pour sa contribution au projet, particulièrement pour son travail colossale dans le traitement des données. Soulignons aussi la collaboration particulière des personnes piliers participantes, de leurs collègues de chacun des CSSS et des organismes communautaires, sans oublier les informateurs-clés et les acteurs-clés qui ont participé à la collecte d'information.

Merci également à la coordonnatrice de l'équipe maladies infectieuses, D<sup>re</sup> Diane Morin, pour ses précieux conseils et son support tout au long de cette démarche. Je remercie aussi mes collègues, M<sup>mes</sup> Andrée Fafard et Josée Rousseau, pour la prélecture du document et leurs commentaires judicieux.

Enfin, je remercie M. Philippe Lessard, directeur de santé publique et de l'évaluation pour la région de la Chaudière-Appalaches, ainsi que M. Jacques Samson, adjoint à l'administration et coordonnateur de la surveillance, de la recherche et de l'évaluation, pour leur soutien à la tenue de ce projet.

Dépôt légal  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011  
Bibliothèque et Archives Canada, 2011

ISBN 978-2-89548-676-3 (version pdf seulement)

Document déposé à Santécom (<http://www.santecom.qc.ca>)

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

© Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2011

Document produit par le Service en surveillance, recherche, évaluation et Infocentre (SREI)  
Direction de santé publique et de l'évaluation  
Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches

## Novembre 2011

Note : Afin d'alléger le texte, l'expression écourtée « Mapping » est utilisée tout au long de ce document.

## Glossaire

<b>Acteurs-clés</b>	Dans le cadre de la collecte d'information du projet Mapping, des <i>acteurs-clés</i> ont été consultés. Il s'agit de personnes faisant partie des populations vulnérables ciblées par le projet, soit des travailleurs du sexe (TDS), des utilisateurs de drogues (UD), des jeunes en difficultés (JED) ou des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH).
<b>Informateurs-clés</b>	Dans le cadre de la collecte d'information du projet Mapping, des <i>informateurs-clés</i> ont été consultés. Ceux-ci représentent des intervenants impliqués directement auprès des populations vulnérables (par exemple, dans les CSSS et les organismes communautaires).
<b>Piliers</b>	Les piliers sont les personnes attitrées au projet Mapping dans chacun des CSSS. Lors de la première expérimentation du projet, ces personnes avaient essentiellement la responsabilité d'animer la démarche dans leur milieu et d'assurer la collecte d'information auprès des informateurs-clés et des acteurs-clés.
<b>UD</b>	Utilisateurs de drogues ou substances psychoactives (excluant les dérivés du cannabis : marijuana, haschisch, huile de haschisch) âgés de 24 ans et plus.
<b>HARSAH</b>	Hommes (bisexuels ou homosexuels) ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, excluant la prostitution.
<b>TDS</b>	Travailleurs et travailleuses du sexe (ex. danseurs, danseuses, prostitués, prostituées, excluant la prostitution juvénile).
<b>JED</b>	Jeunes en difficulté âgés de moins de 24 ans (ex. décrocheurs, délinquants, prostitution juvénile, UD).
<b>CAMI</b>	Les centres d'accès au matériel d'injection (CAMI) sont des établissements qui acceptent d'être publiquement identifiés comme donnant accès à des seringues. La plupart offrent aussi le matériel d'injection requis et la récupération des seringues usagées. Ces établissements s'affichent par un logo spécifique afin de faciliter leur identification par les personnes désireuses de se procurer un tel matériel.
<b>SIDEP en établissement</b>	Service intégré de dépistage et de prévention des ITSS offert dans les CSSS (CLSC).
<b>SIDEP hors les murs</b>	Service intégré de dépistage et de prévention des ITSS offert dans les milieux où se trouvent des personnes appartenant à des populations vulnérables aux ITSS (ex. Centres d'éducation aux adultes, organismes communautaires, etc.)

## Table des matières

Mise en contexte -----	5
Objectifs du projet MAPPING-----	6
Définitions des clientèles ciblées-----	6
Organisation pour la mise en œuvre du projet-----	6
Objectif du bilan -----	8
Méthode d'analyse et sources d'information-----	8
Présentation de l'information-----	8
Fiche d'analyse n° 1 : le démarrage du projet à la DSPE et sa prise en charge dans les CSSS -----	9
Fiche d'analyse n° 2 : le principal outil de collecte d'information, les procédures associées et les résultats obtenus -----	12
Recommandation pour la poursuite de la démarche -----	16
Conclusion -----	18

Références -----	19
Annexe A : Exemple de résultats cartographiques pour un secteur de CLSC -----	20
Annexe B : Stratégies efficaces pour la collecte d'information dans les milieux selon les personnes ayant participé au projet -----	30
Annexe C : Le projet Mapping s'inspire de quelles méthodes d'analyse? -----	31

## Mise en contexte

Les orientations du *Programme national de santé publique* en matière de prévention des ITSS posent un défi de taille, soit celui de réaliser des activités et d'offrir des services préventifs adaptés aux personnes vulnérables. Or, notre connaissance régionale des populations vulnérables est plutôt intuitive et les stratégies pour les joindre apparaissent sous-optimales. En outre, les services intégrés de dépistage et d'intervention préventive en matière d'ITSS (SIDEPE) dispensés par les CSSS de la région se font majoritairement dans un cadre traditionnel, dans les CSSS (en CLSC), et dans une moins grande mesure directement dans des milieux où se trouvent des populations vulnérables (ex. des organismes communautaires, des centres d'éducation aux adultes, etc.). L'organisation des interventions dans les milieux est difficile, entre autres parce qu'elle implique une connaissance fine des populations vulnérables et des lieux pour les joindre (INSPQ, 2006). Pour parvenir à mieux cerner cette clientèle, une organisation souple et une collaboration soutenue entre les acteurs qui œuvrent à l'interne et à l'externe des établissements du réseau de la santé et des services sociaux sont requises (INSPQ, 2006).

C'est dans ce contexte que « Le projet Mapping : Pour la prévention des ITSS chez les personnes ayant des activités à risque au sein des populations vulnérables » a été expérimenté au cours de l'année 2009 à la Direction de santé publique et de l'évaluation (DSPE) de Chaudière-Appalaches en collaboration avec les cinq CSSS de la région.

L'expérimentation du Mapping représentait avant tout un **projet de type pilote**, qui visait à :

- ➔ **vérifier la faisabilité** d'une telle démarche dans le contexte parfois semi-urbain et parfois rural qui caractérise cette région et valider les meilleures façons de faire pour son actualisation,
- ➔ **démontrer l'utilité** de cette approche afin de mieux orienter les activités et services préventifs destinés aux populations vulnérables de la région.

Les résultats obtenus suite à cette première expérience ont confirmé la faisabilité de la démarche. En effet, la collecte d'information réalisée dans le cadre du Mapping a permis de produire des cahiers de résultats sous forme de cartographie pour chaque CSSS de la région. Ainsi, pour chacun des secteurs CLSC, des cartes positionnant par des points colorés les endroits fréquentés par les diverses clientèles ciblées à l'échelle de la municipalité ont été produites (cinq cartes par secteur de CLSC : une carte globale et quatre cartes spécifiques à chaque type de clientèle). En misant sur une vue d'ensemble, ces cartes permettent de visualiser les concentrations de clientèles dans certaines municipalités par rapport à d'autres (voir l'exemple à l'annexe A).<sup>1</sup>

Au total, **351 lieux fréquentés par les clientèles cibles** ont pu être répertoriés en Chaudière-Appalaches. Pour y parvenir, **144 questionnaires** ont été recueillis et analysés pour l'ensemble de la région, dont **73 pour des informateurs-clés** et **71 pour des acteurs-clés**. Globalement, près de **60 organismes** différents ont collaboré à la démarche (organismes communautaires, CLSC, écoles, centres d'éducation aux adultes, etc.).

En définitive, la DSPE et les CSSS considèrent que les résultats obtenus sont utiles afin de mieux cibler les interventions destinées aux populations vulnérables de chacun des territoires de CSSS. Également, ils reconnaissent que ces résultats représentent le fruit d'une première étape d'une démarche de communication et de réseautage qui devra se poursuivre et se raffiner, notamment en s'intégrant dans les activités régulières des CSSS. Voilà pourquoi il importe maintenant de faire un bilan de cette première expérience.

---

1. Les documents présentant les résultats obtenus par la collecte d'information dans chacun des territoires de CSSS ne sont pas diffusés en raison de la présence de données sensibles. Seules les personnes spécifiquement attirées à l'intervention auprès des clientèles vulnérables dans les CSSS de la région ont accès à l'information détaillée.

## Objectifs du projet Mapping

1. **Obtenir une meilleure connaissance des lieux fréquentés par les populations vulnérables en Chaudière-Appalaches**, soit les groupes de personnes ayant des activités à haut risque en regard des ITSS et présentant une vulnérabilité psychosociale à plusieurs niveaux, ceci dans le but de leur offrir des services préventifs plus adéquats.

Cet objectif souhaite ainsi répondre aux questions suivantes : Qui sont ces personnes? Où se trouvent-elles? Quand s’y trouvent-elles? Comment les joindre?

2. **Créer un réseautage entre les divers intervenants qui œuvrent auprès des populations ayant des activités à haut risque d’ITSS** dans chacun des CSSS<sup>2</sup> et, si possible, auprès des personnes appartenant à ces groupes vulnérables.

Cet objectif vise ultimement à ce que les intervenants de la région travaillent en concertation et que l’intervention dédiée à ces groupes réponde de plus en plus adéquatement à leurs besoins.

## Définition des clientèles ciblées

Le projet Mapping s’intéresse à certaines des populations vulnérables au regard des ITSS ciblées par la *Stratégie québécoise de lutte contre l’infection par le VIH et le sida, l’infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement* (MSSS, 2004; MSSS, 2008). En fonction des besoins perçus pour la région, il vise plus spécifiquement les quatre types de clientèles suivantes :

- UD**            **Utilisateurs de drogues ou substances psychoactives (excluant les dérivés du cannabis : marijuana, haschisch, huile de haschisch) âgés de 24 ans et plus.**
- HARSAH**    **Hommes (bisexuels ou homosexuels) ayant des relations sexuelles avec d’autres hommes, excluant la prostitution.**
- TDS**           **Travailleurs et travailleuses du sexe (ex. danseurs, danseuses, prostitués, prostituées, excluant la prostitution juvénile).**
- JED**           **Jeunes en difficulté âgés de moins de 24 ans (ex. décrocheurs, délinquants, prostitution juvénile, UD).**

2. Cette notion de réseautage s’inscrit à différents niveaux, soit (1) entre les intervenants d’un même CSSS, (2) entre les intervenants des CSSS et ceux des organismes communautaires qui font partie du réseau de la santé et des services sociaux et (3) avec les intervenants hors du réseau qui sont en contact direct avec les populations vulnérables.

## Organisation pour la mise en œuvre du projet

Le projet Mapping s’inspire des méthodes d’analyse et d’organisation de l’information nommées les *Systèmes d’information géographique (SIG)* et intègre une approche sociale de collecte d’information dans les milieux (voir l’annexe D pour en savoir davantage). Il s’inspire également du *guide de planification des services d’approche* développé par le Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses (CCNMI, 2010), qui traite notamment de la conception et la mise en œuvre de programmes d’approche visant à joindre les groupes marginalisés dans leurs propres milieux.

### ➔ **Personnes impliquées et rôles de chacune**

Afin d’actualiser le projet Mapping, la structure de travail suivante était prévue :

#### **Chargée de projet**

Prise en charge du projet par une personne du Service en surveillance, recherche, évaluation et Infocentre de la DSPE afin de :

- ➔ coordonner la démarche en collaboration avec les professionnels de l’équipe maladies infectieuses,
- ➔ animer le comité régional de projet,
- ➔ développer la méthodologie et les outils requis pour la démarche,
- ➔ analyser les données recueillies et rédiger les différents rapports issus de la démarche (soit les rapports présentant les résultats obtenus dans chacun des CSSS et un rapport technique dressant un bilan de cette première expérimentation).

#### **Équipe de projet**

La chargée de projet devait travailler en collaboration étroite avec certains membres de l’équipe maladies infectieuses de la DSPE. Ces personnes formaient **l’équipe de projet**, qui était responsable de :

- ➔ déterminer les orientations du projet,
- ➔ définir les variables et l’information à rechercher,
- ➔ suivre l’évolution du projet et réfléchir à la démarche,
- ➔ contribuer au développement de la méthodologie et des outils.

## **Comité régional de projet**

L'actualisation de la démarche nécessitait aussi la formation d'un comité régional qui occuperait une place importante dans sa réalisation, tout particulièrement pour la collecte d'information. Il se constituait de l'**équipe de projet** et d'**au moins une personne pilier pour chaque CSSS** (idéalement 1 par secteur de CLSC).

Ce comité régional avait pour rôles de :

- s'assurer de l'avancement du projet dans chacun des territoires,
- participer à la définition des clientèles vulnérables,
- collaborer au développement de la méthodologie.

Les **personnes piliers** des CSSS étaient responsables de :

- animer la démarche dans leur milieu par des rencontres avec des organismes communautaires, des professionnels de leur organisation, d'autres personnes clés hors du réseau de la santé, etc.,
- assurer la collecte d'information auprès d'informateurs-clés (par des rencontres avec les intervenants directement impliqués auprès des populations ciblées),
- assurer la collecte d'information auprès d'acteurs-clés (avec la collaboration des intervenants directement impliqués auprès d'eux),
- supporter la chargée de projet en donnant leur opinion sur les outils de collecte d'information,
- participer aux rencontres du comité régional de projet et collaborer aux décisions sur les orientations de la démarche.

Pour soutenir les personnes piliers dans leur travail, trois conférences téléphoniques de suivi étaient animées par l'équipe de projet pendant la période de collecte d'information.

### ➤ **Méthode de collecte d'information**

Le projet s'intéressait essentiellement à obtenir de l'information sur:

- les lieux fréquentés par les populations vulnérables sur le territoire,
- le volume de clientèle dans ces endroits,
- certaines caractéristiques des clientèles présentes dans ces lieux.

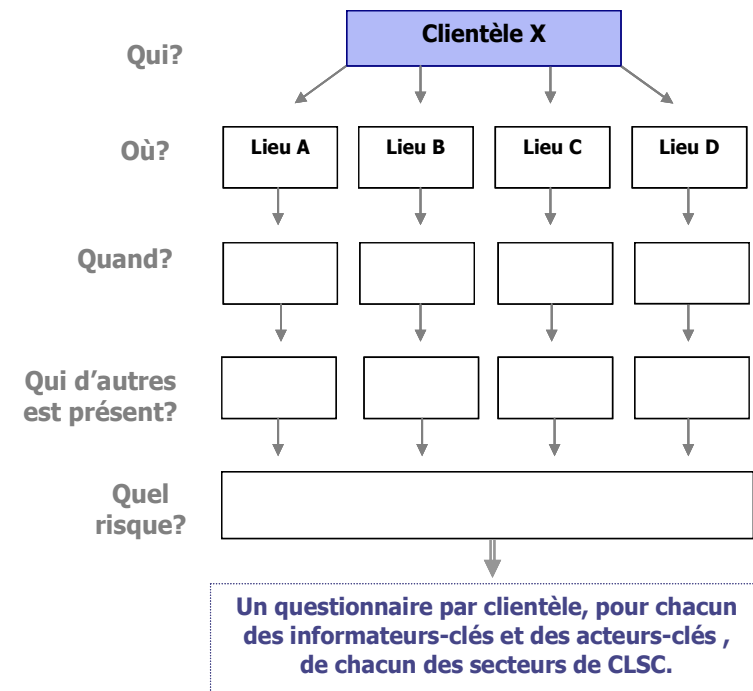
La méthode prévue était de recueillir de l'information à l'aide d'un questionnaire en réalisant des entrevues auprès:

- d'informateurs-clés du milieu : des intervenants impliqués auprès des populations vulnérables,
- d'acteurs-clés du milieu : des personnes appartenant aux groupes vulnérables ciblés.

La collaboration des informateurs-clés (ou d'autres intervenants) était souhaitée pour la réalisation des entrevues avec les acteurs-clés, étant donné leur meilleure connaissance des clientèles et leur lien de confiance établi avec celles-ci. En outre, il était envisagé de recueillir de l'information plus fine par des entrevues de groupes (ou individuelles selon le contexte) lors de rencontres avec les intervenants ou organismes clés du milieu.

L'outil de collecte consistait en un questionnaire conçu en deux versions, l'une pour les entrevues auprès d'informateurs-clés et l'autre pour celles auprès d'acteurs-clés<sup>3</sup>. Ce questionnaire était conçu de manière à pouvoir répondre à la combinaison des trois grandes questions d'intérêt, soit **QUI**, **OÙ** et **QUAND** (voir la figure ci-dessous).

**Figure 1**  
**Logique sous-jacente à la collecte d'information**



3. Les questionnaires sont présentés dans le document complémentaire intitulé « Outils utilisés pour la première expérimentation du Mapping en Chaudière-Appalaches ».

## Objectif du bilan

Le présent ouvrage vise à faire le bilan de la première expérimentation du projet Mapping en Chaudière-Appalaches. Il vise plus spécifiquement à :

- décrire l'ensemble des procédures de mise en œuvre initialement prévues pour actualiser le projet,
- examiner de quelle manière elles ont été réalisées dans l'ensemble du territoire ainsi qu'à la DSPE,
- identifier les éléments favorables et nuisibles pour l'actualisation du projet,
- énoncer des recommandations afin de faciliter la poursuite de la démarche.

## Méthode d'analyse et sources d'information

La méthode d'analyse s'apparente à celle d'une *évaluation des processus de mise en œuvre*, laquelle consiste en l'examen du fonctionnement d'un programme, de sa dynamique et des facteurs qui influencent sa capacité à produire des résultats (Jacob, 2010). Pour ce faire, deux principales sources d'information sont utilisées :

1. **La documentation disponible sur le projet** (les documents de planification, les outils élaborés, les notes de suivi, les comptes rendus de réunions, les correspondances, etc.)
2. **La consultation de personnes ressources**
  - 2.1 L'équipe de projet et la coordonatrice régionale en maladies infectieuses : tenue de rencontres régulières de suivi afin de discuter des processus de mise en œuvre de la démarche.
  - 2.2 Les piliers responsables de l'actualisation du projet dans les CSSS : administration d'un questionnaire à la suite de la collecte d'information afin de questionner les points forts et les points faibles de la démarche, de même que les pistes d'amélioration possibles pour sa poursuite.
  - 2.3 Les gestionnaires de CSSS impliqués au premier niveau en maladies infectieuses : tenue de rencontres afin de valider les résultats obtenus par ce bilan, leur utilité, ainsi que les orientations à prendre pour la suite de la démarche.

Pour l'analyse, les données sont regroupées selon les différents thèmes entourant le déploiement du projet Mapping et elles sont examinées en fonction des trois grandes questions suivantes : *qu'est-ce qui était prévu?*, *qu'est-ce qui s'est fait?* et *qu'est-ce que cela a donné comme résultat?* .

## Présentation de l'information

Ce rapport se veut synthétique. Ainsi, pour la présentation des résultats, l'information est regroupée à l'intérieur de deux grandes fiches d'analyse. La première s'intéresse aux thèmes entourant le démarrage du projet à la DSPE et sa prise en charge dans les CSSS; la seconde examine le principal outil de collecte d'information, les procédures associées et les résultats obtenus. Ces fiches d'analyses sont présentées sous forme de tableau en abordant les trois grands angles mentionnés ci-haut, soit :

- les éléments proposés initialement (Qu'est-ce qui était prévu ou demandé?),
- les résultats obtenus ou la concrétisation (Qu'est-ce qui s'est fait?),
- les constats ou retombées qui en découlent (Qu'est-ce que cela a donné comme résultat?).

Une dernière partie du document met en lumière les recommandations axées sur la poursuite de la démarche.

**Fiche d'analyse n° 1 :**  
**Le démarrage du projet à la DSPE et sa prise en charge dans les CSSS**

Thème	Éléments proposés initialement (Qu'est-ce qui était prévu ou demandé?)	Résultats obtenus/concrétisation (Qu'est-ce qui s'est fait?)	Constats/Retombées (Qu'est-ce que cela a donné comme résultat?)
Éléments d'historique	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Printemps 2008: projet proposé aux gestionnaires des CSSS responsables des maladies infectieuses.</li> <li>▪ Annonce du besoin d'identification des piliers: par secteur CLSC et avec profil approprié (activités auprès des populations ciblées par le projet, connaissance des organismes).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Projet entériné par tous les gestionnaires et rediscuté à quelques reprises, particulièrement lors des rencontres statutaires de l'équipe MI avec les gestionnaires concernés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adhésion de tous les CSSS au projet.</li> </ul>
Démarrage des activités (DSPE, CSSS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mai 2009: courriel annonçant le démarrage aux gestionnaires des CSSS (document précisant les objectifs, étapes/échancier, rôles des piliers).</li> <li>▪ Mise à jour périodique de l'information annoncée : les piliers identifiés deviendront responsables de la démarche dans le futur.</li> <li>▪ Contexte particulier : début des activités liées au risque de pandémie (grippe A H1N1); contraintes prévisibles dans la disponibilité des ressources.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contexte particulier: malgré les contraintes anticipées, le directeur de santé publique et les responsables locaux de santé publique recommandent la poursuite du projet (considéré comme prioritaire).</li> </ul>	
Délai pour l'identification de piliers	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La DSPE demande l'identification de piliers dans un court délai (4 semaines) en prévision du démarrage de la collecte d'information.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3 CSSS ciblent les piliers dans le délai demandé (mais changement en cours de collecte dans l'un d'eux).</li> <li>▪ Délai un peu plus long pour 1 CSSS : l'équipe de projet doit faire une relance.</li> <li>▪ Délai très long pour 1 autre CSSS : différentes interventions nécessaires et changement de piliers en cours de collecte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Retombée: rythme de démarrage du projet différent d'un CSSS à l'autre.</li> <li>▪ Explications : <ul style="list-style-type: none"> <li>-Selon différents acteurs interrogés, l'identification de piliers s'est faite tardivement dans certains CSSS parce que, face au contexte des activités liées à la pandémie, les directions hésitaient à participer au projet (vaccination massive en préparation, gestionnaires en alerte quant à l'organisation des ressources.) L'aménagement des équipes dans certains CSSS compliquait aussi parfois la désignation des piliers.</li> <li>-Selon différents acteurs interrogés, le fonctionnement et la visée du projet n'étaient pas clairement compris par certains gestionnaires de CSSS au départ.</li> </ul> </li> </ul>

Thème	Éléments proposés initialement (Qu'est-ce qui était prévu ou demandé?)	Résultats obtenus/concrétisation (Qu'est-ce qui s'est fait?)	Constats/Retombées (Qu'est-ce que cela a donné comme résultat?)
Nombre de piliers par CSSS	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Demande d'un ou plusieurs piliers selon la réalité des territoires (idéalement au moins 1 pilier par secteur CLSC).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dans les CSSS ayant plus d'un secteur CLSC, le nombre de piliers n'est pas organisé selon leur réalité (par exemple, 1 pilier pour 2 CLSC, 1 pilier pour 5 CLSC).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les piliers attirés à plus d'un secteur CLSC ont vécu des difficultés parce qu'ils étaient majoritairement actifs pour un seul secteur de leur CSSS dans leurs activités régulières :</li> <li>-connaissance limitée des autres secteurs à couvrir (et des informateurs-clés possiblement présents dans ces derniers),</li> <li>-manque de disponibilité pour investiguer davantage dans ces secteurs,</li> <li>-conséquences: certains secteurs de CLSC peu rejoints par la collecte, impact négatif sur le réseautage à construire.</li> </ul>
Profil des piliers	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cibler des individus bien positionnés afin de prendre en charge le projet (compatibilité au niveau de leurs tâches, de leur connaissance des organismes communautaires et des clientèles cibles).</li> <li>▪ Suggestion d'attirer des organisateurs communautaires (OC) comme piliers.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Piliers identifiés au départ: 6 infirmières SIDEPE (4 aux services courants dont l'une travaille dans un SIDEPE hors les murs, 2 aux SIDEPE en établissement, dont l'une en réaffectation temporaire).</li> <li>▪ Changement en cours de collecte : un CSSS remplace les 2 infirmières par 1 OC (comme piliers) et, dans 2 CSSS, des OC apportent un soutien ponctuel au projet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Constat global : Le projet a exigé une certaine souplesse dans les horaires des piliers afin qu'ils puissent s'investir adéquatement dans la collecte d'information. Pour certains piliers pour lesquels cette souplesse n'a pas été possible, ceci s'est reflété dans les résultats obtenus.</li> <li>▪ Profil intéressant des infirmières SIDEPE avec tâches hors les murs : connaissance des partenaires et des clientèles ciblées; personnes davantage connues du milieu.</li> <li>▪ Profil approprié de certains OC : travail de proximité, connaissance des organismes communautaires, habiletés pour approcher les partenaires et « vendre » le projet.</li> <li>▪ Profil moins approprié des infirmières à temps complet aux services courants (en établissement) : trop peu de temps disponible pour la collecte, moins à l'aise avec le travail terrain que demande le projet, aucune expérience hors les murs.</li> <li>▪ Profil moins approprié des infirmières exerçant uniquement des SIDEPE en établissement : moins à l'aise avec le travail terrain que les OC, mais davantage que les infirmières aux services courants; personnes un peu plus connues du milieu, mais moins que les infirmières SIDEPE hors les murs.</li> <li>▪ Complémentarité intéressante entre l'infirmière SIDEPE (pour sa connaissance des clientèles cibles) et l'OC (pour ses habiletés dans le type de travail requis).</li> <li>▪ Retombée globale variable selon les territoires :</li> <li>-Implication/investissement dans le projet variable d'un CSSS à l'autre.</li> </ul>

Thème	Éléments proposés initialement (Qu'est-ce qui était prévu ou demandé?)	Résultats obtenus/concrétisation (Qu'est-ce qui s'est fait?)	Constats/Retombées (Qu'est-ce que cela a donné comme résultat?)
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rythme d'avancement des travaux variable; prolongation nécessaire de l'échéance dans deux territoires.</li> <li>- Exhaustivité de l'information recueillie variable d'un CSSS à l'autre et d'une clientèle à l'autre.</li> </ul>
Formation et soutien des piliers	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Journée d'information et de lancement (prévue mi-juillet) :</li> <li>- Présentation du projet (objectifs, règles éthiques, définition des clientèles, procédures, outils, échéancier, résultats attendus).</li> <li>- Remise d'un cartable de documentation.</li> <li>- Signature du protocole de confidentialité.</li> <li>- Réalisation d'un atelier visant à ce que :</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) les piliers s'approprient la démarche en concevant un plan d'action pour la collecte,</li> <li>2) les piliers fassent un retour sur la démarche prévue avec leur gestionnaire en présentant leur plan d'action.</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Planification de 3 conférences téléphoniques (CT) de suivi et de soutien avec les piliers pendant la période de collecte (au début, à la mi-temps et à la fin; voir le schéma ci-dessous).</li> </ul> <div data-bbox="567 1057 1177 1279" style="text-align: center;"> <p>Période de collecte des données (du 9 septembre au 30 octobre 2009)</p> <p>The diagram shows a horizontal timeline from September to October 2009. A blue bar at the top represents the 'Période de collecte des données (du 9 septembre au 30 octobre 2009)'. Below this bar, three blue triangles represent teleconferences: CT #1 (17 septembre) in September, CT #2 (8 octobre) in October, and CT #3 (29 octobre) in October. The months 'Septembre' and 'Octobre' are labeled below the timeline.</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disponibilité de la chargée de projet pour soutien individuel en cours de collecte (téléphone / courriel).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Journée d'information et de lancement : Date reportée au début septembre compte tenu de la non-disponibilité de certains piliers.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CT : participation de tous les piliers à la première, participation partielle pour la deuxième (quelques absents) et participation quasi-nulle à la troisième (une seule personne; absences liées à des oublis et à la non disponibilité de certains).</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soutien individuel : beaucoup de temps investi en soutien téléphonique et électronique (courriel) par la chargée de projet, particulièrement dans les territoires où le projet a démarré plus difficilement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Journée d'information et de lancement : La date reportée en septembre coïncidait avec le début de la collecte. Ainsi, les piliers et les gestionnaires ont eu peu de temps pour s'approprier la démarche.</li> <li>▪ Atelier perçu utile par les piliers pour réfléchir promptement sur les notions du projet et se concentrer rapidement sur le plan d'action.</li> <li>▪ Questionnements : - Est-ce que les plans d'action conçus lors de l'atelier ont été présentés aux gestionnaires? - Les documents d'information contenus dans le cartable ont-ils été présentés aux gestionnaires? - Aurait-il été préférable que les gestionnaires assistent à la journée d'information et de lancement?</li> <li>▪ CT et soutien individuel : perçus par les piliers participants comme pertinents et aidants.</li> <li>▪ Soutien individuel: le projet a demandé une grande disponibilité de la responsable, de même qu'une connaissance approfondie de la démarche.</li> </ul>

## Fiche d'analyse n° 2 :

### Le principal outil de collecte d'information, les procédures associées et les résultats obtenus

Thème	Éléments proposés initialement (Qu'est-ce qui était prévu ou demandé?)	Résultats obtenus/concrétisation (Qu'est-ce qui s'est fait?)	Constats/Retombées (Qu'est-ce que cela a donné comme résultat?)
Outil de collecte	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le questionnaire développé vise à répondre au <u>premier objectif du projet</u>, soit d'<b>obtenir la perception</b> d'intervenants impliqués auprès des populations vulnérables (informateurs-clés) et de personnes appartenant à l'une des 4 clientèles vulnérables ciblées par le projet (acteurs-clés) sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) les lieux fréquentés par les clientèles cibles,</li> <li>(b) la concentration d'individus dans ces endroits,</li> <li>(c) certaines caractéristiques des clientèles présentes dans ces lieux.</li> </ul> </li> <li>Questionnaire conçu en 2 versions, l'une pour les entrevues auprès d'informateurs-clés et l'autre pour les entrevues auprès d'acteurs-clés.</li> <li>Description de l'outil : <ul style="list-style-type: none"> <li>-Section préliminaire informant sur le répondant.</li> <li>-Bloc 1 : profil sociodémographique</li> <li>-<b>Bloc 2</b> : lieux fréquentés pour les relations sexuelles</li> <li>-<b>Bloc 3</b> : lieux fréquentés pour consommer des drogues</li> <li>-Bloc 4 : services de dépistage et de prévention des ITSS</li> <li>-Bloc 5 : identification de leader</li> <li>-Bloc 6 : identification de besoins</li> <li>-Bloc 7 : conclusion</li> <li>-Bloc 8 : commentaires de l'intervieweur</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pendant la collecte, des ajustements mineurs ont été apportés au questionnaire (première et dernière page) afin d'en savoir davantage sur la provenance des répondants et sur leur compensation financière.</li> <li>Plusieurs questionnaires remplis de manière partielle ou imprécise : <ul style="list-style-type: none"> <li>-Section préliminaire non remplie adéquatement à plusieurs reprises : <ul style="list-style-type: none"> <li>Organisme de provenance et/ou nom du répondant non écrits, sexe de l'acteur-clé non coché, type de clientèle non coché.</li> </ul> </li> <li>-Blocs 2 et 3 <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Pour plusieurs lieux nommés, l'information n'était pas assez précise pour les situer géographiquement (ni la rue, ni la ville inscrite, nom incomplet, nébuleux ou absent).</li> <li>◦ Plusieurs réponses étaient générales et paraissaient intuitives (ex. toutes les haltes routières, les bars de plusieurs municipalités, les parcs sans précision).</li> <li>◦ Sous-question sur le <i>volume de clientèle</i> : taux de non réponse élevé ou réponses qualitatives nébuleuses.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>Pour quelques questionnaires remplis pour les JED ou les UD, le choix des acteurs-clés paraissait incertain puisque leurs réponses ne dévoilaient aucun comportement à risque.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Version ajustée du questionnaire peu utilisée. Donc, peu d'information obtenue sur la provenance des répondants et sur la compensation financière.</li> <li><u>Perception des personnes piliers sur l'outil</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>-Dans la grille d'évaluation de la démarche, la majorité des personnes piliers ont souligné que le questionnaire était trop long et trop complexe.</li> <li>-Quelques-unes ont indiqués leur mécontentement sur les ajustements apportés en cours de processus.</li> </ul> </li> <li><u>Retombées liées à la manière dont les questionnaires ont été remplis</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Les questionnaires contenant des réponses générales avaient un niveau de fiabilité douteux.</li> <li>◦ Plusieurs recherches sur Internet à l'aide de <i>Google</i> ont dû être effectuées avant la saisie des données, ceci afin de pouvoir localiser les lieux mentionnés.</li> <li>◦ Le traitement de la variable <i>volume de clientèle</i> n'a pas été possible en raison de données insuffisantes. (En conséquence, l'objectif 1b n'est pas atteint.)</li> </ul> </li> <li><u>Autres constats globaux sur les blocs 2 et 3 du questionnaire</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>-La nuance entre les réponses spontanées et les réponses dirigées n'a pas permis d'obtenir davantage de renseignements sur les lieux fréquentés par les clientèles.</li> <li>-Les réponses aux questions sur le <i>moment de l'année</i> et le <i>moment de la journée</i> où se trouvent les clientèles dans les lieux ciblés démontrent une certaine logique de fréquentation (ex. les lieux extérieurs surtout fréquentés en saison sans neige). Ceci suggère qu'il ne serait pas nécessaire de joindre systématiquement ces sous-questions pour chaque lieu dans le questionnaire.</li> </ul> </li> </ul>

Les **blocs 2 et 3** représentent le cœur du questionnaire. Ils sont conçus de manière à saisir les réponses spontanées et les réponses dirigées des participants (lorsque l'intervieweur énumère différents lieux types, tels les bars, les parcs, etc.).

Thème	Éléments proposés initialement (Qu'est-ce qui était prévu ou demandé?)	Résultats obtenus/concrétisation (Qu'est-ce qui s'est fait?)	Constats/Retombées (Qu'est-ce que cela a donné comme résultat?)
Outil de collecte (suite)		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Blocs 4 à 8</u> : peu de réponses (souvent aucune réponse ou « ne s'applique pas »).</li>   <li>▪ Un autre outil a été développé en cours de collecte : une « grille de contact » visant à conserver de l'information utile obtenue auprès de certains intervenants clés sans qu'un questionnaire d'entrevue n'ait été rempli.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Constats sur les blocs 4 à 8</u> :</li> <li>-Peu de données ressortent sur les caractéristiques des clientèles. (En conséquence, l'objectif 1c n'est pas atteint)</li> <li>-Point positif : quelques réponses au bloc 4 ont permis de connaître des raisons pour lesquelles les personnes vulnérables n'utilisent pas les services offerts.</li>   <li>▪ <u>Conséquence globale</u>: Par les limites entourant la manière dont les questionnaires ont été remplis, il était difficile de déterminer clairement et avec fiabilité quelles étaient les clientèles à risque présentes dans chacun des lieux ciblés. Par conséquent, un processus de validation à partir de critères précis a dû être réalisé<sup>4</sup>.</li>   <li>▪ « Grille de contact » très peu utilisée (par 1 pilier).</li> </ul>
Objectifs fixés pour le nombre de questionnaires à recueillir	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3 à 5 questionnaires auprès d'informateurs-clés par clientèle pour chacun des secteurs de CLSC.</li> <li>▪ 1 à 3 questionnaires auprès d'acteurs-clés par clientèle pour chacun des secteurs de CLSC.</li>   <li>▪ Principe: les objectifs fixés ne visent pas l'obtention d'un échantillon représentatif au sens statistique. Ils visent simplement à interroger un éventail d'individus afin d'obtenir le Mapping le plus complet possible pour chacune des clientèles dans chacun des secteurs de CLSC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dans chacun des secteurs de CLSC, l'objectif initial lié aux acteurs-clés est plus souvent atteint que celui lié aux informateurs-clés.</li>   <li>▪ L'atteinte des objectifs est variable selon le territoire de CSSS. Elle varie aussi dans un même territoire, selon le secteur de CLSC.</li>   <li>▪ L'atteinte des objectifs est aussi variable selon la clientèle : les JED davantage représentés que les autres; la population des HARSAH peu représentée et celle des TDS, encore moins.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'examen du nombre de questionnaires recueillis par clientèle et par secteur de CLSC amène les constats suivants :</li> <li>-Puisque les JED sont surreprésentés dans les questionnaires, ceci suggère qu'ils sont plus faciles à joindre et mieux connus des intervenants.</li> <li>-Puisque les HARSAH et les TDS sont sous-représentés dans les questionnaires, ceci confirme qu'ils sont plus difficiles à rejoindre et moins connus des intervenants.</li> <li>-Les résultats obtenus suite à la collecte d'information suggèrent qu'ils ne sont pas exhaustifs : en effet, les intervenants et les gestionnaires des CSSS perçoivent que les données ne reflètent pas la réalité globale de leurs territoires, mais plutôt une réalité partielle.</li> </ul>

4. Cette validation consistait à vérifier, dans chacun des questionnaires et pour chacun des lieux nommés, si les réponses obtenues permettaient d'identifier l'une ou l'autre des clientèles ciblées. De la sorte, les lieux nommés dans un questionnaire – peu importe pour quelle clientèle il avait été complété au départ – pouvaient obtenir l'étiquette de plus d'une clientèle à la fois (JED, UD, TDS, HARSAH), selon les réponses fournies aux questions portant sur les comportements à risque (ex. la consommation de drogues autres que les dérivés du cannabis, les relations sexuelles en échange de faveur ou d'argent, etc.).

Thème	Éléments proposés initialement (Qu'est-ce qui était prévu ou demandé?)	Résultats obtenus/concrétisation (Qu'est-ce qui s'est fait?)	Constats/Retombées (Qu'est-ce que cela a donné comme résultat?)
Objectifs fixés pour le nombre de questionnaires à recueillir (suite)			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Retombées suite au traitement des données</u> : Malgré les embuches, un total de 351 lieux fréquentés par les clientèles cibles ont pu être répertoriés, soit 84 bars, 94 parcs, 48 rues, 9 campings, 18 stationnements, 20 logements privés, 71 autres lieux publics – comme des écoles, des arénas, des motels, des dépanneurs, etc. – et 7 événements de foule. Il a été possible de produire, pour chacun des secteurs CLSC, des cartes positionnant par des points colorés les endroits fréquentés par les diverses clientèles ciblées à l'échelle des municipalités (voir l'exemple à l'annexe A).</li> <li>▪ <u>Retombées dans les CSSS</u> : Les gestionnaires des CSSS perçoivent l'utilité des documents cartographiques produits afin de mieux cibler les interventions destinées aux populations vulnérables de chacun des territoires.</li> </ul>
Méthode pour la collecte de l'information et le réseautage	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La méthode préconisée pour la collecte vise à répondre au <u>deuxième objectif du projet</u>, soit de <b>créer un réseautage</b> entre les intervenants qui œuvrent auprès des groupes de personnes ayant des activités à haut risque d'ITSS dans chacun des CSSS et, si possible, auprès des personnes appartenant à ces groupes vulnérables.</li> <li>▪ Ainsi, les questionnaires sont conçus pour que les piliers réalisent eux-mêmes les entrevues avec les informateurs-clés et complètent les questionnaires.</li> <li>▪ Entrevues avec acteurs-clés : une collaboration est nécessaire de la part des informateurs-clés ou intervenants étant donné leur connaissance des clientèles et du lien de confiance établi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Certains questionnaires distribués aux répondants afin qu'ils les complètent eux-mêmes (sans entrevue), alors qu'ils n'étaient pas conçus à cet effet.</li> <li>▪ En cours de collecte, un pilier fait ressortir une méthode intéressante : discuter avec les informateurs-clés ou acteurs-clés sans avoir en main les questionnaires. L'équipe de projet encourage cette approche en soulignant l'importance de remplir les questionnaires fidèlement à la suite des entretiens.</li> <li>▪ Parmi les questionnaires pour lesquels l'information était connue (115 sur 144), 23 provenaient d'organismes publics (réseau de la santé et de l'éducation), 30 d'organismes communautaires (dédiés aux jeunes, aux familles, aux hommes, aux personnes vivant une dépendance ou des problèmes de santé mentale) et 3 d'entreprises privées (bar, taxi, boutique érotique).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dans la grille d'évaluation de la démarche, la majorité des piliers ont mentionné l'impact de réseautage qu'amenait le projet. Selon eux, le projet a permis : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) de faire connaître davantage les services offerts par leur CLSC et d'augmenter le volume de clientèle,</li> <li>2) de commencer à tisser de nouveaux liens avec certains organismes communautaires,</li> <li>3) de comprendre le réel besoin de prévention au regard des ITSS,</li> <li>4) de comprendre que cette démarche sera profitable à long terme afin d'améliorer l'intervention.</li> </ol> </li> <li>▪ La provenance des questionnaires montre que le projet Mapping a permis l'amorce du réseautage.</li> <li>▪ Les retombées du projet pour le réseautage sont aussi perçues par l'équipe maladies infectieuses de la DSPE. Ils indiquent par exemple que : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) des services SIDEPE ont été offerts dans des lieux qui n'étaient pas couverts auparavant (ex. des centres d'éducation aux adultes),</li> <li>2) dans certains CSSS, les liens développés par le Mapping avec des organismes du milieu ont amené une augmentation du volume de clientèle pour les SIDEPE en établissement,</li> <li>3) les résultats obtenus ont été utilisés afin d'orienter le « projet Bars » dans la région, lequel visait à faire connaître les services SIDEPE dans des milieux fréquentés par les populations vulnérables.</li> </ol> </li> </ul>

Thème	Éléments proposés initialement (Qu'est-ce qui était prévu ou demandé?)	Résultats obtenus/concrétisation (Qu'est-ce qui s'est fait?)	Constats/Retombées (Qu'est-ce que cela a donné comme résultat?)
Échéancier (période de collecte)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Collecte ponctuelle tenant compte de la mouvance des clientèles selon les saisons (tel que reconnu par les experts en ce domaine; CCNMI, 2010).</li> <li>▪ Période de collecte limitée dans l'espace-temps afin de prendre « une photo de la situation » en contexte de saison sans neige.</li> <li>▪ Calendrier sur 7 semaines (septembre-octobre 2009).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prolongation demandée par certains territoires (en contrecoup des difficultés relevées au tableau 1).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perception de manque de temps :</li> </ul> <p>Des piliers indiquent que les questionnaires recueillis auraient été plus nombreux (et l'information plus exhaustive) si la période de collecte avait été plus longue. (Il faut savoir que certains piliers n'ont pas été libérés de leurs autres tâches pour effectuer le Mapping. Ils n'ont donc pas eu la disponibilité requise pour compléter la collecte adéquatement.)</p>
Rémunération des participants	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prime d'incitation prévue : une récompense de 50 \$ (en argent ou coupons d'achats) pour chaque participant n'appartenant pas au réseau de la santé qui accepte de remplir un questionnaire (acteurs-clés, organismes communautaires, informateurs-clés d'entreprises privées).</li> <li>▪ Procédure de paiement: récompense remise par le pilier à même la « petite caisse » de son CSSS, (ou par l'informateur-clé à même la « petite caisse » de son organisme).</li> <li>▪ Procédure de remboursement : par la DSPE à chaque CSSS (facturation pour la somme totale déboursée).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En cours de collecte, certains organismes se sont préoccupés des règles éthiques relatives à la rémunération des mineurs :</li> </ul> <p>La DSPE a suggéré d'offrir des coupons d'achats ou certificats-cadeaux plutôt que 50 \$ ; la majorité des piliers a adopté cette pratique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Certains piliers indiquent avoir apprécié le fonctionnement budgétaire établi (procédure de paiement claire).</li> <li>▪ D'autres ont perçu le fonctionnement établi comme lourd :</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la procédure a été déterminée trop tardivement (1 semaine après le démarrage des activités de collecte),</li> <li>- la procédure était complexe étant donné l'absence de « petite caisse » dans certains établissements et la lourdeur des processus administratifs dans le réseau (CSSS, DSPE).</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perception des CSSS sur la prime d'incitation:</li> </ul> <p>Les piliers ne nient pas que l'offre de récompenses ait été utile pour inciter à participer au projet. Toutefois, dans un souci de cohérence avec la visée des SIDEP, ils perçoivent qu'il serait préférable de développer une approche axée sur l'offre de services (plutôt que sur l'offre d'une compensation financière).</p>

## Recommandations pour la poursuite de la démarche

À la suite de la première expérimentation du Mapping, des rencontres ont été réalisées avec les gestionnaires de CSSS en maladies infectieuses et les personnes piliers participantes. Les échanges ont notamment permis de discuter des processus à mettre en place pour la continuité de la démarche en fonction des contextes propres à chacun des territoires. Ceux-ci ont ainsi inspirés la formulation des recommandations présentées.

### Recommandation générale

**En regard des résultats obtenus à la suite de cette première expérience, il est recommandé que le Mapping devienne un processus continu et transversal, inscrit à l'intérieur des activités régulières des CSSS et dans les ententes de services entre les CSSS et la DSPE (pour la prévention des ITSS auprès des populations vulnérables).**

Cette recommandation, axée sur la transversalité des processus, s'arrime d'ailleurs à la *Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle* actuellement déployée dans le réseau de la santé et des services sociaux. Axée sur l'idée que les CSSS doivent soutenir une dynamique de collaboration avec les partenaires des réseaux locaux de services, elle vise notamment le partage et la mise à profit des connaissances et des expériences, où les paliers central et régional jouent, quant à eux, un rôle de facilitateur (MSSS, 2011).

Dans les lignes suivantes, différentes recommandations spécifiques sont présentées afin de soutenir l'actualisation de cette recommandation générale, tout en tenant compte des résultats et constats exposés dans le chapitre précédent.

### Recommandation n° 1 : le développement d'une nouvelle approche

La notion de *processus continu* découle des considérants suivants :

- 1) Les résultats obtenus laissent entrevoir une certaine logique de fréquentation des lieux ciblés selon les saisons (ex. les lieux extérieurs surtout fréquentés en saison sans neige), plutôt qu'une mouvance des clientèles.
- 2) Puisqu'ils n'avaient pas la disponibilité requise pour effectuer une collecte de données intensive, les piliers ont mentionné que l'information recueillie aurait été plus exhaustive si la période de collecte avait été plus longue.
- 3) Les CSSS reconnaissent qu'il est nécessaire que le réseautage entamé par la démarche se poursuive et se raffine, ceci afin de continuer d'accroître la connaissance de la clientèle et d'améliorer les services offerts.

Ainsi, il paraît essentiel de **ne pas limiter l'espace-temps de collecte** et que **l'information soit recueillie à tout moment de l'année**, selon les opportunités se présentant dans les secteurs d'activités impliqués (ex. en clinique de dépistage, lors d'enquêtes épidémiologiques, dans le cadre des SIDEPS hors les murs, lors de rencontres individuelles avec des personnes appartenant aux clientèles ciblées, lorsque des intervenants ou des organisateurs communautaires des CSSS rencontrent des informateurs-clés, etc.).

Cette notion de *processus continu* implique également le développement d'une approche différente afin de colliger l'information. L'idée d'utiliser une **approche informelle** plutôt que formelle a été suggérée par certains piliers, ce qui sous-entend le développement d'un réflexe de curiosité chez les intervenants impliqués. Dans cette perspective, il est également suggéré qu'une **approche axée sur l'offre de services** soit utilisée (plutôt que d'offrir une compensation financière<sup>5</sup>).

L'approche développée devra également tenir compte des résultats obtenus à la suite de la première expérimentation du MAPPING, par exemple en ciblant avant tout des **stratégies particulières pour documenter les lieux fréquentés par les TDS et les HARSAH** – puisque ces clientèles ont été sous-représentées dans les questionnaires et dans les résultats cartographiques.

5. Comment motiver les acteurs-clés à participer sans compensation financière? Pour encourager cette approche, quelques stratégies intéressantes sont ressorties de la première expérimentation. Pour en savoir davantage, consultez l'annexe B.

## Recommandation n° 2 : la révision de l'outil de collecte

Afin de soutenir la recommandation générale axée sur la collecte d'information *en continu*, **le principal outil de collecte devra être révisé afin qu'il devienne plus simple, souple et facile d'utilisation** pour les piliers et les autres personnes susceptibles de l'utiliser (par exemple, un questionnaire d'une page, présenté sous la forme d'une grille de type *monitoring*). De même, sous l'angle d'une approche dite *informelle*, il sera plus approprié de compléter cet outil à la suite des entretiens réalisés (plutôt que d'avoir un questionnaire en main pendant les discussions).

La révision de l'outil devra aussi tenir compte des résultats obtenus aux différentes sous-questions et des limites observées à l'égard du questionnaire initial. De plus, d'autres outils seront nécessaires afin d'actualiser la poursuite de la démarche, à savoir la conception d'un **outil permettant la saisie informatisée de l'information**, accompagné d'un **guide d'utilisation**.

## Recommandation n° 3 : l'organisation des ressources dans les CSSS

Selon la vision de continuité et de transversalité proposée pour la suite de la démarche, le profil des personnes piliers devra être réexaminé en considérant que :

**A-** Le Mapping requiert un **profil de compétence précis** chez les piliers : ils doivent démontrer des habiletés dans le travail de proximité (dans les milieux) afin de joindre tous les types de clientèles ciblées (JED, TDS, UD, HARSAH). À cet égard, des activités de soutien et de formation seront à considérer.

**B-** Le Mapping requiert des **connaissances particulières du milieu** : les piliers doivent être actifs dans les secteurs de CLSC qu'ils couvrent, c'est-à-dire avoir une connaissance du milieu, des partenaires, des organismes présents et des mécanismes en place. Sinon, afin de les soutenir, des personnes ressources dans les secteurs où ils ne sont pas actifs devraient être ciblées.

**C-** Les piliers ciblés, tout comme les autres personnes mises à contribution, **doivent pouvoir développer des liens utiles au réseautage** de leur territoire au delà du Mapping.

De plus, soutenant l'idée que chaque type d'intervenant possède un champ de compétence différent et apporte une contribution différente au Mapping, une **approche de partenariat transversal** devrait se développer au sein de chacun des CSSS. Ainsi, le Mapping devrait se réaliser à la fois par les organisateurs communautaires, les intervenants psychosociaux, les infirmières SIDEPE hors les murs et les infirmières SIDEPE en établissement, dans leurs secteurs d'activités respectifs, lesquels formeraient une **équipe de piliers dans chaque territoire**. Ces équipes de piliers devraient donc être **responsables de faire vivre la démarche** dans chacun des secteurs de CLSC. L'idée que les organisateurs communautaires deviennent porteurs de la démarche à titre d'*agents facilitateurs* a aussi été mentionnée dans plus d'un CSSS.

Dans ce contexte où des professionnels de différents secteurs d'activités seront impliqués, il paraîtrait également important que des **gestionnaires responsables de la démarche** soient identifiés dans chaque secteur de CLSC afin d'assurer sa réalisation dans les milieux. Leur contribution devrait ainsi permettre :

- 1) d'assurer la communication de l'information sur la démarche à l'ensemble des personnes pouvant être impliquées dans les territoires,
- 2) de veiller à la conscientisation des personnes impliquées par rapport à la qualité de l'information recueillie et aux règles de confidentialité établies<sup>6</sup>,
- 3) de faciliter une certaine réorganisation du travail, si nécessaire, afin que les intervenants ciblés puissent participer à la démarche,
- 4) de demeurer au fait de l'impact potentiel de la démarche sur les services offerts aux clientèles ciblées dans chacun des CSSS,
- 5) de faire connaître sur une base continue les résultats du Mapping aux intervenants impliqués auprès de la clientèle (dont particulièrement les infirmières SIDEPE).
- 6) de faire le lien avec leur direction et les autres gestionnaires de leur organisation.

6. Étant donné qu'il ne sera pas possible de valider l'information recueillie, il sera primordial que les intervenants qui complètent un formulaire de collecte d'information soient bien conscientisés quant à l'importance de la précision des renseignements inscrits et leur authenticité.

#### Recommandation n° 4 : l'organisation des ressources de la DSPE

L'équipe maladies infectieuses de la DSPE devra assurer la coordination des activités liées au Mapping et, à cet égard, soutenir les CSSS via le comité des gestionnaires en maladies infectieuses et le comité des infirmières pivots en ITSS. Dans ce contexte, **la démarche du Mapping, dans sa globalité, devra évoluer afin que les CSSS et l'équipe maladies infectieuses de la DSPE deviennent plus autonomes** dans sa réalisation. Pour y parvenir, il serait souhaitable que le Service en surveillance, recherche, évaluation et Infocentre de la DSPE apporte un soutien minimal dans le domaine de son expertise (par exemple, pour la mise à jour des résultats cartographiques de manière périodique, pour répondre à des questionnements en cours de route ou pour ajuster les outils).

#### Recommandation n° 5 : la poursuite du réseautage

Les résultats obtenus à la suite du premier Mapping ont permis d'observer des retombées positives de la démarche pour le réseautage. Toutefois, les acteurs impliqués reconnaissent qu'il s'agit d'une amorce et qu'il est nécessaire que le réseautage entamé se poursuive dans chacun des territoires. En ce sens, la **constance de la démarche** s'avèrera essentielle, ceci afin de favoriser le développement de **liens de confiance** adéquats entre les acteurs. De plus, en tenant compte des résultats obtenus sur la provenance des questionnaires recueillis, il sera nécessaire de **développer davantage de liens avec les acteurs externes au réseau** de la santé et de l'éducation (par exemple, les propriétaires de commerces, les policiers communautaires, etc.).

En outre, afin de répondre aux orientations du *Programme national de santé publique* en matière de prévention des ITSS, les CSSS devront également poursuivre le développement de stratégies pour joindre les personnes vulnérables au delà du projet Mapping. En ce sens, il est recommandé d'accentuer la **mise sur pied de projets visant à faire connaître, dans les milieux, les services destinés aux groupes vulnérables** dans les CSSS (comme le « projets Bars »).

## Conclusion

Par son approche novatrice, le projet Mapping représentait un défi de taille, soit celui de mettre sur pied une méthodologie particulière afin de localiser géographiquement où se concentrent les clientèles à haut risque d'ITSS en Chaudière-Appalaches. Tout d'abord, le projet devait être réfléchi, sa structure établie, des liens créés dans chacun des CSSS auprès d'informateurs-clés et de personnes faisant partie des populations vulnérables; des outils devaient être pensés et conçus, des données recueillies, traitées et analysées; des cartes devaient être créées pour chacune des clientèles ciblées et pour chacun des secteurs de CLSC de la région.

En bout de ligne, l'expérimentation du projet Mapping en Chaudière-Appalaches a permis de démontrer la faisabilité d'une telle approche dans le contexte parfois semi-urbain parfois rural de cette région. En outre, le projet a permis d'identifier différents endroits fréquentés par les populations vulnérables dans le territoire et d'amorcer des liens, des communications, des échanges entre les différents intervenants des CSSS qui œuvrent auprès de ces populations et ceux de la communauté. De plus, cette démarche a permis de susciter une réflexion sur les lieux que fréquentent les populations vulnérables dans la région et sur des stratégies pour les joindre. Enfin, elle a également permis de démontrer la volonté réelle de la DSPE et des CSSS à vouloir mieux adapter les activités et les services préventifs offerts aux personnes vulnérables.

La production de ce bilan régional renferme maintenant des renseignements clés qui devraient permettre la poursuite du projet Mapping en Chaudière-Appalaches. Nous espérons que sa publication permettra non seulement d'informer les différents collaborateurs du projet, mais également d'outiller les gestionnaires concernés dans la prise de décisions et de soutenir les organisations pouvant s'intéresser à introduire une démarche similaire dans leurs milieux.

## Références

- CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DES MALADIES INFECTIEUSES (septembre 2010). *Guide de planification des services d'approche à l'intention des praticiens qui travaillent dans le domaine des maladies infectieuses auprès de populations vulnérables*, Version préliminaire, Winnipeg, Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses, iv, 71 p.
- COUPLAND, H., et autres, (juin 2005). « Clients or colleagues? Reflections on the process of participatory-action research with young injection drug users ». *International Journal of Drug Policy*, vol. 16, n° 3, p. 191–198.
- IMBLEAU, M., et C. ROSSI (décembre 2006), *Un portrait des services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (SIDEPS) 2004-2005*, Institut national de santé publique du Québec et Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Québec, XIII, 81 p.
- JACOB, Steve (2010). *Série des compétences essentielles en évaluation de programme (SCEE), atelier 1 : Qu'est-ce que l'évaluation de programme?, et atelier 2 : Planification d'une évaluation : Cahier du participant, (Québec, 8 et 9 mars 2010)*, formation offerte conjointement par la Société québécoise d'évaluation de programme, la Société Canadienne d'évaluation de programme et le Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales, Québec, 82 p.
- IMBLEAU, M. (2004). *Programme national de santé publique : Orientations 2003-2009 : Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine et le sida, l'infection par le virus de l'hépatite C et les infections transmissibles sexuellement : Orientations 2003-2009*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 56 p.
- GAUTHIER, L., et A.-M. LANGLOIS (2008), *Programme national de santé publique 2003-2012 : Mise à jour 2008*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 103 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (février 2011). *Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle*, Document à paraître, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, ii, 16 p.
- RAMESH, B. M., N. SHIV KUMAR et James F. BLANCHARD (2006). *A Geographic Approach to Mapping High Risk Locations for Scaling Up HIV : Prevention Program in Karnataka, a Southern Indian State : Methodology and Findings*, [En ligne], <http://www.aids2006.org/Web/TUAC0403.ppt> (Consulté le 20 janvier 2010).
- SHANNON, K. et autres (2008). « Mapping violence and policing as an environmental–structural barrier to health service and syringe availability among substance-using women in street-level sex work » *The international journal of DRUG POLICY*, British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS, St. Paul's Hospital, Canada, DRUPOL-753, 8 p.
- SMOYER, A., et R. TAYLOR (2009). *Women Living With HIV and AIDS in NYC : a mapping project and literature review*, Women HIV Collaborative of New York, 106 p.

## Annexe A :

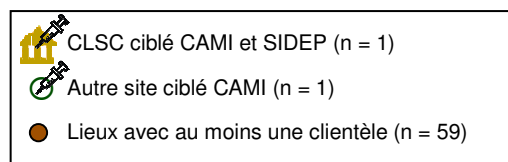
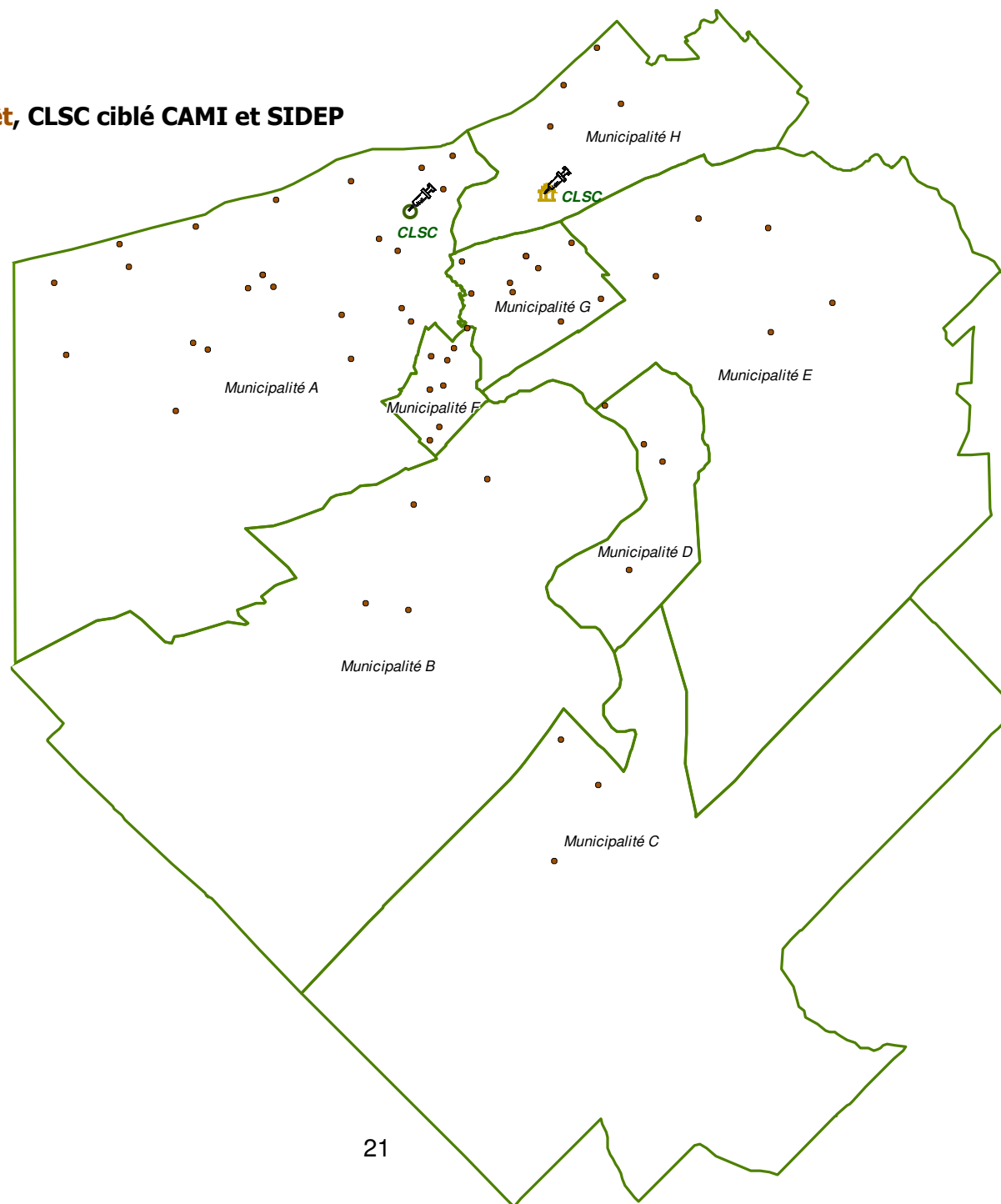
### Exemple de résultats cartographiques pour un secteur de CLSC

Présentés à titre d'exemple, les résultats cartographiques exposés dans cette annexe sont fictifs compte tenu du caractère confidentiel des données obtenus.

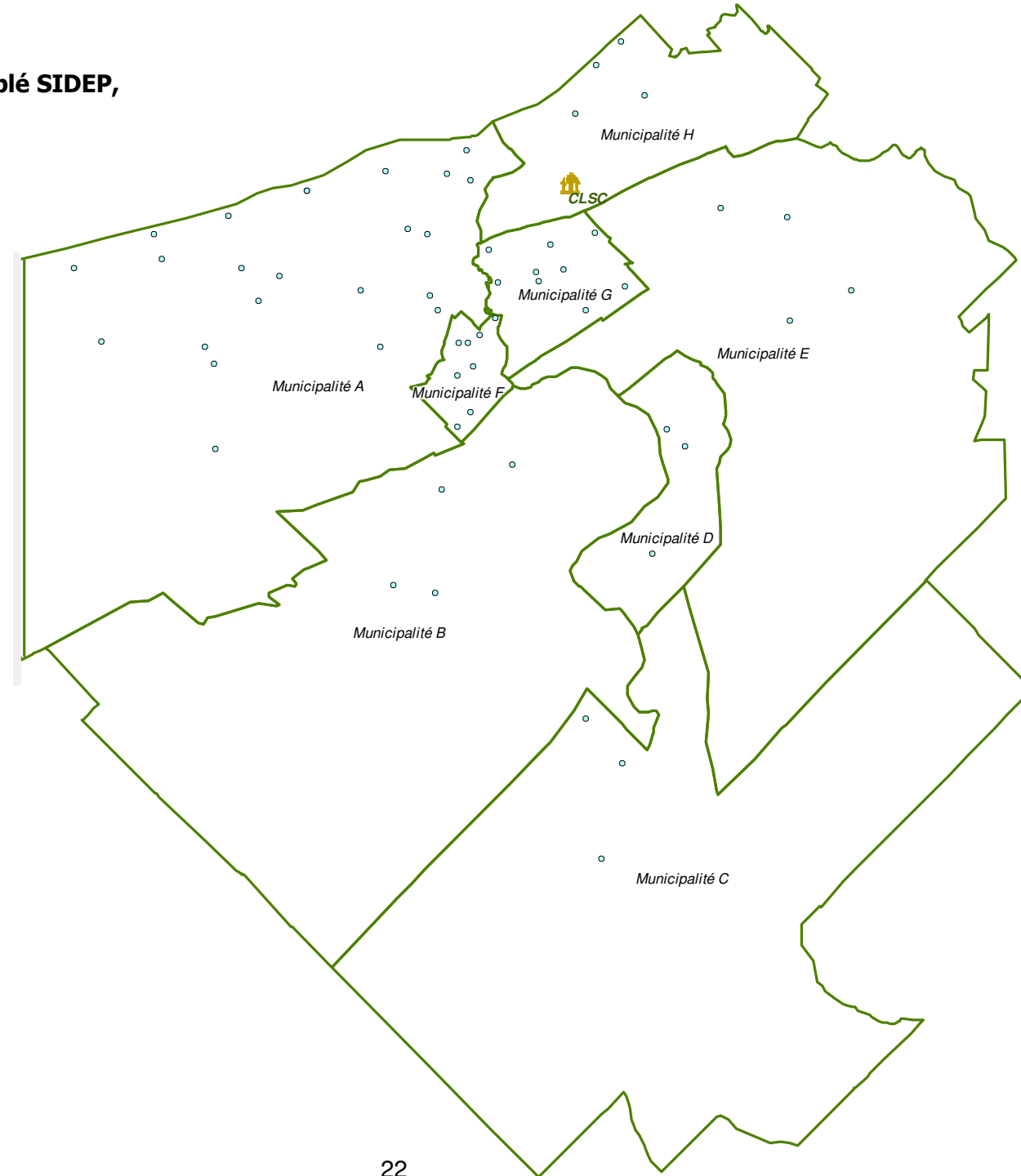
(Les documents dévoilant les résultats obtenus par la collecte d'information dans chacun des territoires de CSSS ne sont pas diffusés en raison de la présence de données sensibles.



Seules les personnes spécifiquement attitrées à l'intervention auprès des clientèles vulnérables dans les CSSS de la région ont accès à l'information détaillée.)

**Carte 1**  
**Lieux identifiés avec au moins une clientèle d'intérêt, CLSC ciblé CAMI et SIDEPE**  
**et autre site ciblé CAMI,**  
**secteur A**








**Carte 2**  
**Lieux identifiés pour la clientèle des JED et CLSC ciblé SIDEP,**  
**secteur A**



-  CLSC ciblé SIDEP (n = 1)
-  Lieux avec clientèle JED (n = 56)





**Carte 3**  
**Lieux identifiés pour la clientèle des UD, CLSC ciblé CAMI et SIDEP et autre site ciblé CAMI,**  
**secteur A**



-  CLSC ciblé CAMI et SIDEP (n = 1)
-  Autre site ciblé CAMI (n = 1)
-  Lieux avec clientèle UD adultes (n = 3)
-  Lieux avec clientèles UD adultes et jeunes (n = 34)
-  Lieux avec clientèle UD jeunes (n = 20)





**Carte 4**  
**Lieux identifiés pour la clientèle des TDS et CLSC ciblé SIDEP,**  
**secteur A**



-  CLSC ciblé SIDEP (n = 1)
-  Lieux avec clientèle TDS adultes (n = 5)
-  Lieux avec clientèles TDS adultes et jeunes (n = 11)
-  Lieux avec clientèle TDS jeunes (n = 23)

**Carte 5**  
**Lieux identifiés pour la clientèle des HARSAH et CLSC ciblé SIDEP,**  
**secteur A**



-  CLSC ciblé SIDEP (n = 1)
-  Lieux avec clientèle HARSAH adultes (n = 3)
-  Lieux avec clientèles HARSAH adultes et jeunes (n = 3)
-  Lieux avec clientèle HARSAH jeunes (n = 36)

**Tableau 1**  
**Bars identifiés dans le secteur A**  
**selon le type de clientèle et la source d'information**

Nom du bar	Adresse	Ville	JED	JED-UD	JED-TDS	JED-HARSAH	UD	TDS	HARSAH	Mineurs	Vente drogue	Rencontre partenaires	Sources
Bar 1	xxx avenue A	Municipalité D	✓	✓	✓	✓				✓		✓	
Bar 2	xxx avenue B	Municipalité G	✓	✓	✓	✓	✓			✓			
Bar 3	xxx avenue C	Municipalité G	✓	✓	✓	✓				✓		✓	
Bar 4	xxx route A	Municipalité B	✓	✓		✓	✓			✓			
Bar 5	xxx route A	Municipalité B	✓	✓		✓	✓			✓			
Bar 6	xxx route A	Municipalité A	✓	✓	✓	✓	✓			✓			A
Bar 7	xxx rue A	Municipalité A	✓	✓			✓	✓		✓			
Bar 8	xxx route B	Municipalité A	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓	
Bar 9	xxx rue B	Municipalité A	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓	A
Bar 10	xxx rue C	Municipalité A	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓	
Bar 11	xxx boul. B	Municipalité H	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓	
Bar 12	xxx rue D	Municipalité E	✓	✓	✓	✓	✓			✓			
Bar 13	xxx avenue D	Municipalité F	✓	✓									A

Légende de référence pour les tableaux 1, 2, 3 et 5 :

- \* Identifié une seule fois
- ✓ Présence de cette clientèle
- | Informateur-clé
- A Acteur-clé
- JED** Jeunes en difficulté âgés de moins de 24 ans (ex. décrocheurs, jeunes de la rue, délinquants, prostitution juvénile, UD, en institution ou non).
- UD** Utilisateurs de drogues ou substances psychoactives (à l'exception des dérivés du cannabis: marijuana, haschisch, huile de haschisch).
- TDS** Travailleurs et travailleuses du sexe excluant la prostitution juvénile (ex. masseurs, masseuses, danseurs, danseuses, escortes, prostitués, prostituées de rue ou de bars).
- HARSAH** Hommes (bisexuels ou homosexuels) ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, excluant la prostitution.

**Tableau 2**  
**Campings identifiés dans le secteur A**  
**selon le type de clientèle et la source d'information**

Nom du camping	Adresse	Ville	JED	JED-UD	JED-TDS	JED-HARSAH	UD	TDS	HARSAH	Mineurs	Vente drogue	Rencontre partenaires	Sources
----------------	---------	-------	-----	--------	---------	------------	----	-----	--------	---------	-----------------	--------------------------	---------

**Tableau 3**  
**Événement de foule identifié dans le secteur A**  
**selon le type de clientèle et la source d'information**

Nom de l'événement	Ville	JED	JED-UD	JED-TDS	JED-HARSAH	UD	TDS	HARSAH	Mineurs	Vente drogue	Rencontre partenaires	Sources
--------------------	-------	-----	--------	---------	------------	----	-----	--------	---------	-----------------	--------------------------	---------

**Tableau 4**  
**Centres d'accès au matériel d'injection (CAMI) pour le secteur A**  
**selon les seringues commandées et distribuées**

	Lieu	Type organisme	Adresse	N <sup>bre</sup> seringues commandées	N <sup>bre</sup> seringues distribuées	Distribuées /commandées (%)
1	Centre hospitalier A	CH	xxx boul. A, municipalité G			
2	CLSC –secteur A	CLSC	xxx rue A, municipalité H			

**Tableau 5**  
**Parcs, rues et autres lieux publics identifiés dans le secteur A**  
**selon le type de clientèle et la source d'information**

Nom du lieu	Ville	JED	JED-UD	JED-TDS	JED-HARSAH	UD	TDS	HARSAH	Mineurs	Vente drogue	Rencontre partenaires	Sources
Parc 1	Municipalité G	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Parc 2	Municipalité G	✓	✓		✓				✓		✓	
Parc 3	Municipalité G	✓	✓		✓				✓			
Parc 4	Municipalité G	✓	✓		✓				✓			
Parc 5	Municipalité G	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
Parc 6	Municipalité B	✓	✓			✓			✓			
Parc 7	Municipalité B	✓	✓	✓		✓			✓			
Parc 8	Municipalité E	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	A
Parc 9	Municipalité E	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓	A
Parc 10	Municipalité D	✓	✓	✓	✓	✓			✓		✓	
Parc 11	Municipalité A	✓										A
Parc 12	Municipalité A	✓	✓	✓		✓			✓			
Parc 13	Municipalité A	✓	✓	✓	✓	✓			✓			
Parc 14	Municipalité A	✓	✓			✓			✓			
Parc 15	Municipalité A	✓	✓	✓	✓				✓			
Parc 16	Municipalité A	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓			
Parc 17	Municipalité F	✓	✓	✓	✓				✓			
Parc 18	Municipalité F	✓										A
Parc 19	Municipalité F	✓	✓	✓	✓				✓			
Parc 20	Municipalité F	✓	✓			✓	✓					A
Parc 21	Municipalité F	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
Parc 22	Municipalité H	✓	✓	✓	✓	✓			✓			
Parc 23	Municipalité H	✓	✓			✓						
Parc 24	Municipalité H	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓	
Rue 1	Municipalité G	✓	✓		✓				✓			
Rue 2	Municipalité A	✓	✓						✓			
Rue 3	Municipalité A	✓	✓		✓				✓			A
Rue 4	Municipalité A	✓	✓	✓		✓			✓			

**Tableau 5**  
**Parcs, rues et autres lieux publics identifiés dans le secteur A**  
**selon le type de clientèle et la source d'information**

Nom du lieu	Ville	JED	JED-UD	JED-TDS	JED-HARSAH	UD	TDS	HARSAH	Mineurs	Vente drogue	Rencontre partenaires	Sources
Stationnement 1	Municipalité D					✓	✓	✓				
Stationnement 2	Municipalité A	✓	✓	✓	✓				✓			
Stationnement 3	Municipalité A	✓	✓						✓			
Autre 1 (école)	Municipalité E	✓	✓	✓	✓	✓			✓			
Autre 2	Municipalité E					✓	✓	✓				
Autre 3 (école)	Municipalité D	✓	✓	✓	✓	✓			✓			
Autre 4 (centre communautaire)	Municipalité G	✓	✓	✓	✓	✓			✓			
Autre 5 (église)	Municipalité G	✓	✓	✓	✓	✓			✓			
Autre 6 (école)	Municipalité A	✓	✓			✓			✓			
Autre 7 (école)	Municipalité A	✓	✓						✓			A
Autre 8 (école)	Municipalité A	✓	✓		✓	✓			✓			
Autre 9	Municipalité A					✓	✓	✓				
Autre 10 (centre d'achat)	Municipalité A	✓	✓		✓				✓			
Autre 11 (motel)	Municipalité A	✓	✓			✓	✓					A
Autre 12 (école)	Municipalité F	✓	✓	✓	✓	✓			✓			
Autre 13	Municipalité F	✓	✓		✓				✓			
Autre 14 (dépanneur)	Municipalité G	✓	✓	✓	✓	✓			✓			A
Autre 15 (dépanneur)	Municipalité G	✓	✓	✓	✓	✓			✓			

## Annexe B :

### Stratégies efficaces pour la collecte d'information dans les milieux selon les personnes ayant participé au projet

1- Utiliser une approche qui met l'accent sur le développement d'un lien de confiance avec l'informateur (ex. commencer par offrir des services plutôt que de chercher à obtenir de l'information sur la clientèle dès le premier contact).

2- Garder contact sur une base régulière avec les organismes approchés (bars, écoles, maisons de jeunes, groupes d'entraide, etc.).

3- Pour développer un réflexe de curiosité, poser des questions lorsqu'une personne semble ouverte à parler (exemple vécu : le gérant d'un bar est venu faire un test de dépistage et l'infirmière a saisi l'occasion pour le questionner sur la clientèle qui fréquente ce bar).

4- Faire connaître les services et le projet Mapping dans les différentes localités via la collaboration des organisateurs communautaires de chacun des secteurs de CLSC.

5- Prendre contact avec la clientèle présente dans les bars via la collaboration d'un travailleur de rue (connaissance de la dynamique, visage connu, lien de confiance établi).

6- Prendre contact avec les tenanciers de bars en dehors des heures de pointe.

7- À l'intérieur des CSSS, présenter le projet et demander la collaboration des partenaires via les tables de concertation jeunesse, santé mentale et dépendance.

8- Faire connaître l'offre de services en périphérie du territoire dans les différents endroits potentiellement fréquentés par les clientèles (ex. les bars, les maisons de jeunes, etc.) et en valider l'accueil.

## Annexe C :

### Le projet Mapping s'inspire de quelles méthodes d'analyse?

Le projet Mapping s'inspire des méthodes d'analyse et d'organisation de l'information nommée les *Systemes d'information géographique (SIG)*. Ces méthodes d'analyses sont employées dans différents champs d'application, dont celui de la santé publique. Selon *l'Agence de Santé Publique du Canada*<sup>7</sup>, le recours aux SIG a augmenté considérablement au cours des dernières années du fait que la majorité des données sur la santé ont une composante géographique et que les représentations géographiques - surtout les cartes - permettent d'associer les données sur la santé à d'autres types de données (par exemple des données de recensement, des données sur les services, etc.). Selon la même instance, les SIG amènent une dimension graphique et analytique intéressante pour la santé publique en assemblant une triade fondamentale de l'épidémiologie, soit **l'individu, le moment et l'endroit**. De plus, *l'Organisation Mondiale de la Santé*<sup>1</sup> considère que l'information géographique issue des SIG est très utile pour appuyer les décisions en matière d'allocation budgétaire quant à l'organisation des services et programmes de santé publique.

Les SIG sont notamment utilisés pour localiser certaines populations spécifiquement à risque d'ITSS (ou atteintes d'ITSS) afin d'améliorer les services de prévention. Aux États-Unis, ces méthodes ont récemment été utilisées afin de localiser les femmes atteintes du VIH et du SIDA dans l'État de New York pour ensuite mieux orienter les services leur étant destinés, de même que les services préventifs (Women's HIV Collaborative of New York, 2009). De plus, au cours des dernières années, les SIG ont été utilisés en y intégrant une approche sociale de collecte d'information, notamment en Australie, en Inde et au Canada (Coupland et Maher 2005; Ramesh et al. 2006; Shannon et al. 2008). Par exemple, des chercheurs de Vancouver ont interrogé des prostituées et prostitués de rue sur leurs lieux de travail, le niveau de

sécurité et de violence perçue dans ces endroits, la présence policière, les établissements qu'ils fréquentent pour obtenir des seringues et des soins de santé et l'accessibilité à ces derniers. Cette étude a, entre autres, permis de cibler des secteurs spécifiques de la ville où des services de prévention par unité mobile devaient être ajoutés (Shannon et al. 2008).

Bien que la région de la Chaudière-Appalaches ne comporte pas une réalité urbaine semblable à celles des études citées, le projet Mapping souhaite, similairement à l'expérience de Vancouver, considérer le point de vue des gens du milieu afin de localiser où se concentrent les populations à haut risque d'ITSS. Développé en Chaudière-Appalaches, ce projet vise à expérimenter une méthodologie particulière aux régions semi-urbaines et rurales du Québec. De même, à partir des outils cartographiques produits, il souhaite développer une nouvelle approche pour la planification des activités et services préventifs étant destinés aux groupes vulnérables dans ces milieux.

---

7. Sites Internet consultés en juillet 2010.